

SALUD GLOBAL, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

Health, gender and human rights in the world

María Soledad Cisternas¹
Universidad Central de Chile
Santiago, Chile
soledad.cisternas@gmail.com

Vol. XI, n° 18, 2013, 153-186
Fecha de recepción: 13 de marzo de 2013
Fecha de aceptación: 3 de junio de 2013
Versión final: 17 de julio de 2013

RESUMEN. El análisis, que vincula el derecho a la salud con el género y las condiciones de vulnerabilidad, se inicia con un diagnóstico de la situación actual en cifras y en datos cualitativos que describen la inequidad de género existente. Desde allí se pregunta: ¿cuál es el marco normativo que estas temáticas abordan?

Verificando la existencia de este marco normativo, pero conscientes de la inequidad de género en el ámbito de la salud, la pregunta es: ¿cuál es la prospectiva para los años venideros, para efectos de implementación de las directrices normativas y estándares internacionales en la materia?

El estudio concluye que un cambio profundo debe gestarse en el sistema social, convencido que la equidad de género en el ámbito de la salud y otros derechos relacionados es fundamental para una sana convivencia en la comuni-

¹ Abogada, magíster en ciencia política, profesora en Derecho, presidenta del Comité de Expertos sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

dad. El disfrute del derecho a la salud, no sólo debe enfocarse desde la óptica de los servicios de salud, sus funcionarios y sus prestaciones.

Serán buenos catalizadores de este proceso el fortalecimiento de la sociedad civil, particularmente de mujeres y niñas en condición de vulnerabilidad, y la acción del movimiento global de mujeres, llamadas a visibilizar la temática de los perfiles de género, cuya percepción y recepción en leyes, políticas públicas y otras medidas, serán fundamentales para el pleno disfrute del derecho a la salud y otros derechos relacionados.

Palabras clave: salud, género, perfiles de género, equidad de género, discriminación

ABSTRACT. The following analysis links the right to health with gender and vulnerable profiles, it starts off with a diagnosis of the current situation using figures and qualitative data that describe existing gender inequalities. The question that is then posed is; What is the regulatory framework that these issues address?

On ascertaining the existence of this regulatory framework, yet aware of gender inequalities in health areas, the issue becomes: what is the panorama for the coming years regarding the implementation of regulatory guidelines and international standards on the matter?

The study concludes that profound changes must be fostered in the social system, born out of a conviction that gender equality in health matters and other related rights is fundamental for healthy community relations. The benefits derived from the right to health must not be addressed merely from the point of view of health services, health workers and their activities.

This process would be catalyzed by a strengthened civil society, particularly with regards to vulnerable women and girls and any actions generated by the world women's movement tending to highlight gender profile issues. How these are picked up in law-making, public policies and other measures is to be fundamental for a wholehearted enjoyment of a right to health and other related issues.

Key words: health, gender, gender profiles, gender equality, discrimination

Introducción

El presente análisis, que vincula el derecho a la salud con el género y las condiciones de vulnerabilidad, se inicia con un diagnóstico de la situación actual en cifras y en datos cualitativos que describen la inequidad de género existente. Desde allí se pregunta: ¿cuál es el marco normativo que estas temáticas abordan? En este contexto, se observa la vigencia de normativas generales relativas a derechos humanos, salud y no discriminación, continuando con la revisión de normativas particulares en relación a género.

Se hace notar que, atendidas las condiciones de vulnerabilidad que afectan a determinados sectores de mujeres y niñas, se identifican normas y estándares relativos a género y grupos específicos en condiciones de desventaja, vinculados al derecho a la salud.

En consecuencia, verificando la existencia de este marco normativo en tres niveles, pero conscientes de la iniquidad de género en el ámbito de la salud, la pregunta es: ¿cuál es la prospectiva para los años venideros, para efectos de implementación de las directrices normativas y estándares internacionales en la materia?

El análisis termina con una reflexión conclusiva respecto del alcance del derecho a la salud, la prioritaria incorporación de la perspectiva de género en distintos niveles, considerando las especificidades de mujeres y niñas en condiciones de vulnerabilidad y señalando como dimensiones para esta implementación los planos individuales de la autoridad y de la sociedad. En esta última dimensión se releva la especial impronta del derecho a la salud como un patrimonio de la sociedad, significativo para el pleno disfrute de otros derechos humanos y libertades fundamentales, más allá de un enfoque médico acotado a los servicios de salud, funcionarios y prestaciones.

Situación actual de la mujer

Datos:

Se estima que en el mundo existen 3.445.260.000² mujeres y niñas, lo que corresponde al 49,57% de la población global.

En base a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2009), podemos destacar los siguientes datos recogidos de la *United Nations Statistics Division*³:

- En promedio, las mujeres viven entre seis y ocho años más que los hombres.
- En 2007, la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 35 países, pero tan solo de 54 años en la región de África.
- Las niñas tienen más probabilidades que los niños de ser víctimas de abusos sexuales.
- Medio millón de muertes maternas se registran cada año. El 99% de ellas se producen en países en desarrollo.
- El cáncer de mama es el tipo de cáncer más letal entre las mujeres de 20 a 59 años en los países de ingresos altos.

² *United Nations Statistics Division*, en <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>

³ Organización Mundial de la Salud (OMS), Nota Descriptiva n° 334, Salud de la Mujer, noviembre de 2009.

- A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares, a menudo consideradas un problema “masculino”, son la principal causa de mortalidad entre las mujeres.
- A nivel mundial, el suicidio es una de las causas principales de muerte en las mujeres entre los 20 y los 59 años de edad. En los países de ingresos bajos y medios de la región del Pacífico Occidental ocupa el segundo lugar (OMS, 2009: 6).
- Al tener las mujeres una expectativa de vida mayor que los hombres, también experimentan ciertas formas de discapacidad asociadas al transcurso del tiempo. Por ejemplo, cada año, más de 2,5 millones de mujeres mayores se quedan ciegas (cataratas y tracomatosis) (ibídem).

Descripción

Mujeres y hombres afrontan muchos problemas de salud semejantes, pero las diferencias entre ellos son de tal magnitud que la salud de las mujeres merece que se le preste una atención particular. Las mujeres suelen vivir más que los hombres porque tienen ventajas biológicas y de comportamiento, asevera el informe *Las mujeres y la salud* de la OMS (2009: 4). También agrega que la salud de las mujeres durante los años reproductivos o fecundos (entre los 15 y los 49 años), incluida la nutrición adecuada, es importante no solo para ellas mismas, sino porque tiene repercusiones en la salud y el desarrollo de la siguiente generación (5).

En igual línea, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1999) hace notar que la plena realización del derecho a la salud de la mujer puede lograrse únicamente cuando los Estados Partes cumplen con su obligación de respetar, proteger y promover el derecho humano fundamental de la mujer al bienestar nutricional durante todo su ciclo vital mediante la ingesta de alimentos aptos para el consumo, nutritivos y adaptados a las condiciones locales. Con este fin, los Estados Partes deben tomar medidas para facilitar el acceso físico y económico de las mujeres a los recursos productivos, en especial de aquellas que se encuentran en sectores rurales, garantizando que se satisfagan las necesidades nutricionales de todas las mujeres bajo su jurisdicción⁴.

A nivel mundial, la causa principal de muerte de las mujeres en edad reproductiva es el sida, fundamentalmente por la iniquidad de género que lleva a mujeres y niñas a desarrollar su vida sexual sin contar con información completa y oportuna y, muchas veces, sin la posibilidad de dialogar con su pareja. Esta falta de información incluye lo relativo a métodos de planificación familiar y conductas de riesgo (OMS, año: 5).

En los países en desarrollo, la causa principal de muerte en las adolescentes son complicaciones en el embarazo y en el parto. A su vez, los traumatismos cau-

⁴ Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), Recomendación n° 24, La Mujer y la Salud, 20° periodo de sesión, año 1999, en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

sados por el tránsito son también una importante causal de muerte en mujeres de este rango etario (5).

Por otro lado, en muchos países de ingresos altos está aumentando el número de las adolescentes que consumen alcohol y tabaco, como también su situación de obesidad (6).

La situación de suicidio en la mujer tiene como condicionantes, en muchos casos, la precariedad socioeconómica, la carga de trabajo que sobrellevan y la violencia de que son víctimas (ibídem).

Otra causa sobresaliente de muerte y discapacidad es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que se ha vinculado con la exposición de las mujeres al humo y a la contaminación del aire en interiores derivada en gran medida de sus funciones domésticas (quema de leña y estiércol) (ibídem).

Se hace notar que en Asia Sudoriental las quemaduras son una importante causa de muerte, tanto ocasionadas por accidentes en el hogar como por suicidios u homicidios (5).

Según la OMS, a pesar de que se ha avanzado mucho en materia de educación de las niñas, sigue habiendo una gran diferencia entre ambos sexos en lo que respecta a la educación secundaria, el acceso al empleo y la igualdad de paga (7).

Los motivos por los que los sistemas de salud no cumplen sus obligaciones con las mujeres suelen ser complejos y, en su mayoría, guardan relación con los prejuicios de la sociedad contra ellas. Por ejemplo, las mujeres tienen mayores gastos de salud que los hombres porque utilizan más los servicios asistenciales, pero, en comparación con ellos, suelen ser más pobres y están desempleadas, trabajan a tiempo parcial o en el sector informal, que no ofrece prestaciones sanitarias (ibídem).

La Recomendación n° 24 del Comité CEDAW (1999) señala que el examen de los informes presentados por los Estados Partes revela que la salud de la mujer es una cuestión de reconocida importancia cuando se desea promover su bienestar.

Este Comité hace énfasis en diversas problemáticas que afectan el bienestar de la mujer y que se vinculan a su libre e igualitario acceso a la salud, a saber: la circuncisión femenina, el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), la discapacidad, la violencia y la igualdad en las relaciones familiares (ibídem).

En consecuencia, las políticas y medidas a aplicar deben considerar las condiciones particulares de las mujeres, con atención a (ibídem):

- Factores biológicos: la menstruación, la función reproductiva y la menopausia, etc.
- Factores socioeconómicos: desigual relación de poder con el hombre, violencia, abuso sexual, mutilación genital femenina.
- Factores psicosociales: depresión general, depresión posparto, trastornos alimenticios y faltas a la confidencialidad en la información de salud (esto último disuade a la mujer de solicitar atenciones necesarias sobre planificación familiar, abuso, ETS, etc.).

- Legislación y políticas públicas de acceso: el Estado debe asegurar el acceso a los servicios de atención médica, información y educación de las mujeres en igualdad de condición con los hombres. También debe establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales.

Los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que la mujer tropieza para acceder a servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible a dichos servicios. Esos obstáculos incluyen requisitos o condiciones que menoscaban el acceso de la mujer, como los honorarios elevados de los servicios de atención médica; el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias; la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible (ibídem).

Por otro lado, dado que la violencia contra la mujer constituye una violación grave a los derechos humanos, el Comité CEDAW señala que los Estados deberán ocuparse de adoptar medidas en las siguientes esferas:

- Leyes y políticas: promulgación y aplicación eficaz de leyes y formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer, los abusos deshonestos a las niñas y la prestación de los servicios. Además se requerirán leyes que prohíban la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz.
- Capacitación: capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género.
- Acceso a la justicia: establecimientos de procedimientos efectivos para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes.

Los Estados Partes en CEDAW tienen la obligación de adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles, para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica. Preocupa al Comité que cada vez más se da la situación de que los Estados renuncian a cumplir las obligaciones en atención a salud, ya que transfieren a organismos privados lo que constituye funciones estatales en estas materias (ibídem).

La atención en salud debe ser de calidad, contemplar toda la información que requiere la mujer y respetar su dignidad, su intimidad y sus condiciones particulares.

Se insta a los Estados Partes a que, cuando informen sobre las medidas adoptadas en cumplimiento del artículo 12, reconozcan su vinculación con otros artículos de la Convención relacionados a la salud de la mujer, por ejemplo, el acceso a la información⁵.

⁵ Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, 1979, Artículo 5 letra b, artículo 10, artículo 11, artículo 14 letra b y h inciso 2, artículo 16 letra e inciso 1 e inciso 2.

La mencionada Recomendación 24 también reconoce la diversidad entre las problemáticas de salud que pueden afectar a mujeres y hombres, pero avanza aún más en reconocer esta diversidad entre distintos sectores de mujeres, expresando que “debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables⁶.”

El Comité enfatiza que los informes estatales presentados para su examen deben demostrar que la legislación, los planes y las políticas en materia de salud se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas y las necesidades de salud de la mujer en el país, teniendo en cuenta todas las diferencias de carácter étnico, regional o comunitario, así como las prácticas basadas en la religión y la cultura (ibídem).

El Informe de Desarrollo Humano (2010), se refirió extensamente al Índice de Desigualdad de Género IDG (93), observando las disparidades de género en salud reproductiva, empoderamiento y participación en el mercado laboral, estimados para 138 países.

El IDG, incorporado como serie experimental, es el único indicador en su tipo que incluye niveles educacionales, participación económica, política y temas de salud que solo atañen a las mujeres y que considera la superposición de desigualdades en los ámbitos nacionales.

Medir las desventajas que enfrenta la mujer genera conciencia en torno a sus problemas y dificultades, permite vigilar el progreso en pos de los objetivos de equidad de género e impulsa a los gobiernos a asumir su responsabilidad.

Los primeros índices globales de género, el Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG) y el Índice de Potenciación de Género (IPG) fueron presentados en el Informe sobre Desarrollo Humano de 1995. El IDG examinaba las desigualdades de género en las dimensiones del Índice de Desarrollo Humano (IDH). El IPG, en tanto, analizaba la participación política⁷.

No obstante, una crítica a estos índices es su medición en términos absolutos: logro o no logro, mirado por separado.

El Índice de Desigualdad de Género realiza ajustes en el Índice de Desarrollo Humano en función de las desigualdades de género. El IDG aumenta cuando las desventajas están vinculadas; entonces, cuanto mayor sea la correlación de las disparidades de género en todas las dimensiones, más alto será el valor de un índice que mide la desigualdad. De este modo, se reconoce que las dimensiones son complementarias y que la desigualdad en escolaridad suele estar asociada, por ejemplo, con el acceso a oportunidades laborales y con la mortalidad materna. La simultaneidad de las desventajas es uno de los aspectos importantes en la desigualdad de género y una de las principales ventajas del IDG es que logra captarlas.

⁶ Como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental.

⁷ Tanto el IDG como el IPG suscitaron debates sobre la mejor forma de construir un índice de género válido y confiable.

Si bien la representación en los parlamentos nacionales, que indica la visibilidad de la mujer en el liderazgo político y en la sociedad de manera más general, ha ido aumentando en el tiempo, el promedio mundial es solo de 16%.⁸⁹

Cabe señalar que el IDG tiene una relación inversamente proporcional con el Índice de Desarrollo Humano. En otras palabras, un IDH alto se vinculará a un IDG bajo.

El Informe sobre Desarrollo Humano del 2011, titulado *Sostenibilidad y equidad* advierte sobre la notoria desigualdad de género frente a los desastres naturales que perjudican sistemáticamente a muchas mujeres y niñas, haciéndolas más vulnerables (20).

Este Informe señala que el IDG visibiliza las restricciones a la salud reproductiva y su contribución a la desigualdad de género. Dicha situación tiene enormes consecuencias para la sostenibilidad y la equidad (21).

Debido a que las mujeres suelen hacerse cargo de la recolección de leña y agua, siendo las más expuestas a la contaminación intradomiciliaria, resienten más que los hombres las decisiones relacionadas con los recursos naturales (21).

El Informe subraya que no solo importa la participación de la mujer, sino también cómo y cuánto participan, puesto que a menudo ellas se preocupan más por la ecología, apoyan las políticas ambientales y votan por líderes que también lo hacen. Su mayor intervención en la política y en organizaciones no gubernamentales podría ser de beneficio para los asuntos ambientales, teniendo efectos multiplicadores en todos los objetivos de desarrollo del milenio con un importante impacto para la salud (21).

Los países con más mujeres en el parlamento son más proclives a ratificar tratados internacionales medioambientales, según un estudio realizado en 130 países, que representan alrededor del 92% de la población mundial. Por ejemplo, seis millones de mujeres participan en la pesca de captura o acuicultura. En vínculo a esto, la erosión costera dañaría más a las mujeres, que normalmente recolectan invertebrados en aguas más cercanas a la costa.

En los sistemas democráticos es importante que las instituciones nacionales sean inclusivas y rindan cuentas a las mujeres, entre otros sectores vulnerables, con el propósito de otorgarles información adecuada que a su vez las empodere en su participación plena y efectiva.

⁸ Una de las deficiencias en el IDG es el sesgo a favor de minorías selectas que tienen algunos de sus indicadores (como la representación parlamentaria). Aun así, los ajustes para neutralizar los efectos de la desigualdad aclaran aspectos importantes sobre la posición de la mujer en casi 140 países, además de entregar nuevas perspectivas sobre las brechas de género en materia de bienestar y empoderamiento. También subraya la importancia de contar con políticas públicas dinámicas para superar las desventajas estructurales que afectan a la mujer.

⁹ El PNUD (2011: 82) señala que la representación de la mujer en el parlamento nacional sigue siendo baja: en promedio ocupa solo 19% de los escaños y apenas 18% de los ministerios. Los cargos más altos les son esquivos: solo siete de 150 jefes de Estado elegidos y solo 11 de 192 jefes de gobierno son mujeres, según datos de este Informe. La situación es similar en los gobiernos locales.

El Informe enfatiza la intersección entre equidad de género y sostenibilidad ambiental: reproducción elegida y participación en la toma de decisiones. La frecuencia de uso de anticonceptivos y la posibilidad de optar en materia reproductiva puede repercutir en el medio ambiente y el empoderamiento femenino, lo que tiene un valor intrínseco para ellas y para el entorno (79).

Por su parte, contamos con Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁰ directamente relacionados con género y salud, a saber:

- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Metas:

- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
- Lograr el acceso universal a la salud reproductiva.
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- No obstante, muchos otros Objetos de Desarrollo del Milenio pueden vincularse a género y a salud, por ejemplo:
- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.
- Objetivo 7: Garantizar el sustento del medio ambiente.
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Cabe hacer notar que la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en Beijing en 1995, también reconoció la diversidad de realidades dentro del sector femenino. Se enfatizó que el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales, grupos indígenas y étnicos (CIDH, 2010: 8).

Como corolario a esta descripción diagnóstica, podemos decir que se acostumbra a reseñar el tránsito de la igualdad jurídica y práctica tomando como referentes al hombre y a la mujer estándar¹¹. No obstante, cuando se introducen diversas condiciones de vulnerabilidad en la condición de la mujer, el trayecto es más largo. Ejemplifico esto con la escalera ascendente de cuatro peldaños, que coloca en el primero de ellos a la mujer en situación de vulnerabilidad; en el segundo

¹⁰ Objetivos de Desarrollo del Milenio, en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

¹¹ Al utilizar las expresiones “mujer estándar” y “hombre estándar” nos estamos refiriendo a quienes no presentan condiciones de vulnerabilidad real o aparente.

el hombre en condición de vulnerabilidad; más adelante, en el tercer peldaño, la mujer estándar; y en el cuarto peldaño y final, el hombre estándar.

Desde otro ángulo, las mujeres en condiciones de vulnerabilidad suelen encontrar un techo de cristal que las excluye sistemáticamente de alcanzar posiciones políticas relevantes en distintos ámbitos. No obstante, esto puede ser irrelevante para dichas mujeres, por encontrarse sujetas a un suelo pegajoso caracterizado por bajos salarios, desempleo y reducidas al ámbito doméstico, que les impide despegar hacia el pleno disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales (Iglesias, 2002: 36).

Entonces la pregunta es: ¿existe un marco normativo que sirva como directriz para superar la iniquidad de género, particularmente en el ámbito de la salud?

Normativas relacionadas con el derecho a la salud

Es preciso tener en cuenta que existen normativas internacionales de carácter general que, a propósito de abordar derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, constituyen una plataforma básica para la implementación del derecho a la salud, lo que debemos entender aplicable al análisis de género en el reconocimiento, goce y ejercicio de este derecho.

No obstante, el devenir jurídico ha concebido normas y estándares internacionales específicos en relación a género y derechos humanos, que, por ende, incluyen el derecho a la salud. Estas normas y estándares son aplicables de manera directa sin una interpretación o hermenéutica extensiva.

Sin embargo, el sistema social ha entregado insumos significativos para que el sistema jurídico produzca normas que especifiquen las particularidades del género, por una parte, como también las singularidades de género relacionadas con otras condiciones de vulnerabilidad de la población, por otra. Esto último produce *perfiles de género* diversos, que a su vez pueden motivar discriminaciones múltiples, muy necesarias de erradicar.

Examinaremos las principales normativas, en los tres grados señalados, como marco para el logro de la equidad de género en materia de salud.

Normas generales

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹² prescribe que los Estados se comprometen a garantizar los derechos contenidos en el Pacto, sin discriminación, ocupándose de explicitar, entre otras causales, el “sexo”¹³. A continuación afirma la igualdad entre el hombre y la mujer en el goce de los

¹² Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de Organización de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966.

¹³ PIDESC, parte II N° 2.

derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC Art. 3)¹⁴. Lo propio hace el Protocolo de San Salvador en el ámbito de las Américas¹⁵.

El PIDESC se encarga de subrayar que los Estados Partes en el Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (PIDESC, Art. 12)¹⁶.

Luego, explicita como medida para esta garantía la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (PIDESC, Art. 12: Letra B)¹⁷.

Por su parte, el Protocolo de San Salvador (art. 10) incorpora un relevante elemento al definir la garantía del derecho a la salud, señalando que esta consiste en el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social¹⁸. Sin duda la introducción del factor social, que se correlaciona a la justicia social, hace concordancia con la especificación de una medida que se hace cargo de los sectores vulnerables de la población, entre los que se sitúa los distintos *perfiles de género*. De este modo, señala la obligación de los Estados de satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (Art. 10: Letra f)¹⁹.

Cabe hacer notar que este protocolo, al referirse al derecho a la seguridad social, señala la obligación de los Estados de cubrir, al menos, la atención médica de los trabajadores y las trabajadoras. Además deberá contemplarse la licencia pagada por maternidad antes y después del parto (Art. 10)²⁰.

Es evidente que el cruce entre estas normas da como resultado la igualdad formal en el ámbito de la salud para mujeres y niñas, así como el respeto a otros derechos que se explicitan en el Tratado.

Según el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU-Comité DESC), los Estados tienen que “integrar una perspectiva de género en sus políticas, planificación programas e investigaciones en materia de salud, con el fin de promover mejor la salud de la mujeres y los hombres” (OPS, 2011: 7).

En la observación general n° 14, el Comité DESC declaró que los “establecimientos, los bienes y los servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a todos sin discriminación alguna, en especial a los sectores más vulnerables de la población (8).

Más tarde, en su observación general n° 16, señaló que: “La igualdad formal presupone que se logra la igualdad cuando una ley o una política trata a los hombres y mujeres de una manera neutra. La igualdad sustantiva se ocupa además

¹⁴ PIDESC, art. 3.

¹⁵ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado por la Organización de Estados Americanos (OEA) el 17 de noviembre de 1988, art. 3.

¹⁶ PIDESC, art. 12.

¹⁷ *Ibidem*, art. 12, letra d.

¹⁸ Protocolo de San Salvador, art. 10.

¹⁹ *Ibidem*, art. 10, letra f.

²⁰ *Ibidem*, art. 10.

de los efectos de las leyes, las normas y las prácticas y de conseguir que no se mantengan, sino que corrijan las desventajas inherentes que sufren determinados grupos”. Además, este Comité reconoció que “la igualdad sustantiva de los hombres y las mujeres no se lograría solo con promulgar leyes o adoptar políticas que sean, a primera vista, neutras en materia de género”. Los Estados Partes en el Pacto deben “tener en cuenta que estas leyes, normas y prácticas pueden ignorar la desigualdad entre los hombres y las mujeres o incluso perpetuarla, cuando no tienen en cuenta las desigualdades económicas, sociales y culturales que existen, en especial las que afectan a las mujeres”. Por último, una de las metas fundamentales del Pacto es que sus Estados Partes alcancen efectivamente la igualdad formal y la igualdad sustantiva (9).

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las estrategias en salud incluirán “intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a las mujeres, además de políticas que ofrezcan acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y a su alcance, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva”. Agrega que estas estrategias promoverán “medidas preventivas y correctivas que protejan a la mujer contra las prácticas y las normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos integrales” (7).

Estas observaciones específicas se ven reforzadas con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que prescribe que cada Estado Parte en el tratado “se compromete a respetar y a garantizar a todas las personas que se encuentren en su territorio y están sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” (8).

En concordancia, con la finalidad de explicar las obligaciones de los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Comité de Derechos Humanos publicó la observación general n° 28, que señala: las Partes del tratado deben “tomar todas las medidas necesarias, incluida la prohibición de la discriminación por motivos de sexo, con el propósito de poner fin a las acciones discriminatorias que impiden el ejercicio igualitario de los derechos” (8).

En la misma línea se encuentran la Declaración Americana de Derechos Humanos²¹ y la Convención Americana de Derechos Humanos²², ambas de la OEA²³.

²¹ Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU), el 10 de diciembre de 1948.

²² Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, en San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969.

²³ Con respecto a la no discriminación, la Declaración Americana, adoptada por la Organización de los Estados Americanos en 1948 y que ha estado en vigor desde su adopción, es vinculante para cada Estado Miembro de la Organización. Reconoce en el artículo 2: “todas las personas gozan de los derechos y las responsabilidades que establece esta declaración, sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otros factores”.

Normas particulares en relación a mujeres y niñas

a. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW-ONU)

La CEDAW define la discriminación contra la mujer como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (CEDAW, Art. 1)²⁴.

Se prescribe la eliminación de la discriminación contra la mujer en todas sus formas, por lo cual los Estados deberán adoptar medidas legislativas, políticas, administrativas y de toda índole para lograr este propósito, promoviendo la igualdad de género y brindando protección adecuada a través de los tribunales de justicia. Esto implica también la abstención de actos discriminatorios, cualquiera sea la persona, funcionario o entidad que la perpetre, derogando leyes y prácticas discriminatorias (CEDAW, Art. 2)²⁵.

La adopción por los Estados Partes de medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación en la forma definida en esta Convención, pero de ningún modo entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas. Estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato²⁶.

Lo propio hace este Tratado al referirse al trabajo de las mujeres, asegurando el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluida la salvaguardia de la función reproductiva²⁷.

La CEDAW explicita la no discriminación en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia²⁸. A vez, garantiza las prestaciones médicas durante el embarazo, el parto y el período posterior a este, incluida la lactancia²⁹. Se prohíbe la discriminación por motivos de maternidad³⁰. Estas prescripciones deben aplicarse a todas las mujeres, incluidas a aquellas que viven en sectores rurales³¹.

²⁴ CEDAW, art. 1.

²⁵ *Ibíd.*, art. 2.

²⁶ *Ibíd.*, art. 4.

²⁷ *Ibíd.*, art. 11, n° 1, letra f.

²⁸ *Ibíd.*, art. 12.

²⁹ *Ibíd.*, art. 12, n° 2.

³⁰ *Ibíd.*, art. 11, n° 2.

³¹ *Ibíd.*, art. 12.

Cabe hacer notar que vinculadas a CEDAW existen declaraciones que inciden en materia de salud de mujeres y niñas. Estas son la Declaración sobre la Protección de la Mujer y el Niño en Estados de Emergencia o de Conflicto Armado³² y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer³³.

b. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem Do Para” (OEA)³⁴

Se releva el sustrato de esta Convención toda vez que, refiriéndose a género, lo hace desde la particularidad de la violencia y del maltrato, que constituye violación grave a distintos derechos de mujeres y niñas, entre ellos el de la salud.

Esta Convención define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado³⁵.

El Tratado señala que toda mujer tiene derecho a vivir una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado³⁶, a la vez de tener el derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Esto incluye la dignidad y la integridad física, psíquica y moral, lo que está directamente vinculado a la salud de mujeres y niñas³⁷.

Desde luego, la violencia impide y anula el ejercicio de estos derechos³⁸.

Belem do Pará se ocupa de visibilizar la situación de violencia que pueden experimentar sectores de mujeres y niñas en situación de vulnerabilidad, a saber: adultas mayores, mujeres y niñas con discapacidad; mujeres y niñas pertenecientes a grupos étnicos; mujeres embarazadas, mujeres que están en situación socioeconómica desfavorable; entre otras³⁹. En este sentido, los Estados deben adoptar medidas que consideren esta diversidad en los *perfiles de género*.

Serán medidas específicas a implementar por los Estados⁴⁰, las siguientes:

³² Declaración sobre la Protección de la Mujer y el Niño en Estados de Emergencia o de Conflicto Armado, proclamada por la Asamblea General en su resolución 3318 (XXIX) de 14 de diciembre de 1974.

³³ Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1993.

³⁴ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”, adoptada en el vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, Brasil, 1994.

³⁵ *Ibidem*, art. 1.

³⁶ *Ibidem*, art. 3.

³⁷ *Ibidem*, art. 4.

³⁸ *Ibidem*, art. 5.

³⁹ *Ibidem*, art. 9.

⁴⁰ *Ibidem*, art. 8.

- Conocimiento sobre derechos: fomentar el conocimiento de la mujer sobre sus derechos y sobre una vida libre de violencia.
 - Modificación de patrones socioculturales: modificar los patrones socioculturales para erradicar la violencia contra la mujer.
 - Capacitación de funcionarios: capacitación de funcionarios de la administración de justicia, personal policial y otros para erradicar la violencia contra la mujer.
 - Servicio especializado: servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer víctima de violencia.
 - Programas educativos: programas de educación gubernamentales y privados para promover la toma de conciencia sobre la violencia contra la mujer.
 - Programas de rehabilitación: programas de rehabilitación y capacitación para mujeres víctimas de violencia.
 - Difusión: directrices de difusión para erradicar la violencia contra la mujer.
 - Investigación: investigación y recopilación de estadísticas sobre violencia contra la mujer, con fines de evaluación de medidas y su posterior mejoramiento.
- Cooperación internacional: cooperación internacional con el objeto de proteger a la mujer víctima de violencia.

La implementación de esta Convención es una prioridad regional, ya que, según datos de la OPS, entre un 20% y un 60% de los hogares en la región ha vivido violencia física y psíquica contra las mujeres, las niñas y los niños. Pese a que en todos los países se han promulgado leyes que protegen a estos sectores de la violencia intrafamiliar, dichas leyes no se aplican cabalmente (OPS, año: 9)⁴¹.

Normas y estándares particulares en relación a mujeres y niñas en condición de vulnerabilidad / perfiles de género

a. Personas de origen indígena:

El Convenio 169 de OIT sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes⁴² es el instrumento que aborda de manera más integral, a nivel internacional, la temática de los pueblos indígenas. Prescribe que los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación, asegurando una

⁴¹ Por su parte, el Plan Estratégico OPS 2008-2012 se centra en la prevención y la disminución de las enfermedades, la discapacidad y la defunción prematura por afecciones crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos.

⁴² Convenio n° 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el 27 de junio de 1989.

aplicación no discriminatoria de las normas del Tratado a hombres y mujeres pertenecientes a estos pueblos⁴³.

En lo particular, el Convenio advierte que los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados, especialmente en el ámbito comunitario, servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental⁴⁴.

Es relevante destacar que el Convenio indica que estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales⁴⁵.

El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria⁴⁶.

A la vez, los gobiernos se obligan a informar a estos pueblos, de acuerdo a sus tradiciones y cultura, sobre sus derechos y obligaciones, incluyendo expresamente el ámbito de la salud⁴⁷.

En consecuencia, salud y género, tratándose de pueblos indígenas, estará fuertemente cruzado por la consideración y respeto a su identidad cultural. Esto significa que el *perfil de género* tendrá un sello caracterizado por la cultura y tradiciones del sector indígena al cual pertenezcan las mujeres y niñas.

Por su parte, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial⁴⁸, aunque no hace referencia explícita a género, aporta en esta materia señalando que los Estados Partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, ocupándose de explicitar que ello implica: el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales⁴⁹.

En el plano regional interamericano no existe un instrumento normativo sobre esta materia⁵⁰.

⁴³ *Ibidem*, art. 5.

⁴⁴ *Ibidem*, art. 25, 1.

⁴⁵ *Ibidem*, art. 25, 2.

⁴⁶ *Ibidem*, art. 25, 3.

⁴⁷ *Ibidem*, art. 30.

⁴⁸ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CDR), aprobada por las Naciones Unidas. Entró en vigor el 4 de enero de 1969.

⁴⁹ *Ibidem*, art. 5, letra e, iv.

⁵⁰ Cabe señalar que existe un proyecto de Declaración sobre Pueblos Indígenas a nivel de OEA, con una data de casi veinte años, el que no ha registrado avances recientes.

b. Personas con discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU-CDPD)⁵¹ primer instrumento de derechos humanos del siglo XXI. Explicitó como principio general la igualdad entre el hombre y la mujer⁵².

Dicha Convención se ocupó directamente de la temática de género en conjunción con la situación de discapacidad, tanto en un artículo específico como transversalmente en distintas disposiciones del Tratado. En esta línea cabe destacar que los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación, comprometiéndose a adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Además, los Estados se obligan a adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales⁵³.

Lo propio hace la Convención al reconocer la discriminación que han experimentado las niñas con discapacidad (mencionadas junto a los niños), debiendo relevarse el interés superior de ellas en el ejercicio de sus derechos, ocupándose que su opinión sea debidamente considerada a través de las formas y medios aptos para la expresión de su voluntad⁵⁴.

Es importante precisar que la CDPD introduce un concepto multifocal de las personas con discapacidad, en el cual sumado al impedimento está la interacción con diversas barreras (factores personales o ambientales-entorno), dando como resultado las restricciones a la participación en diversos planos⁵⁵. Desde esta base conceptual, tendrá relevancia en la definición y calificación del sujeto de derechos, aspectos vinculados al medio en que se desenvuelve, entre los que tiene vital importancia el goce y ejercicio del derecho a la salud (que en una deficiente implementación, podría transformarse en una barrera que acentúa la discapacidad). En tal virtud, la Convención señala que los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, adoptando las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. El Tratado visibiliza la temática de género, precisando que las acciones de salud deberán tender a la gratuidad en términos generales, incluida la salud sexual y reproductiva; a la provisión de servicios que atiendan la situación de discapacidad de la persona,

⁵¹ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, año 2006.

⁵² *Ibidem*, art. 3.

⁵³ *Ibidem*, art. 6.

⁵⁴ *Ibidem*, art. 7.

⁵⁵ *Ibidem*, art. 2.

relevando expresamente a las niñas; a la atención de calidad, velando por el consentimiento libre e informado; a la capacitación de los funcionarios y la no discriminación en materias de seguros de salud y de vida⁵⁶.

Se hace notar que el *perfil de género* de mujeres y niñas con discapacidad también es diverso, dependiendo del tipo de discapacidad que experimentan: física, auditiva, visual, intelectual o psicosocial (mental). Por esta razón, existen algunos estándares internacionales muy específicos destinados a ciertas discapacidades, por ejemplo a las personas que presentan discapacidad psíquica o intelectual⁵⁷.

No obstante esta diversidad, existen distintos puntos de encuentro vinculados al goce y ejercicio del derecho a la salud de este sector. Estas intersecciones pueden encontrarse en diversos apartados de la CDPD⁵⁸, relacionados a: Propósito; Definiciones, Principios generales, Niños y niñas con discapacidad, Toma de conciencia, Accesibilidad, Igual reconocimiento como persona ante la ley, Acceso a la justicia, Protección contra la explotación, la violencia y el abuso, Respeto de la privacidad, Trabajo y empleo, Nivel de vida adecuado y Protección social.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad está elaborando un comentario general sobre igual reconocimiento como persona ante la ley que incide sobre la manifestación de voluntad de personas con discapacidad, principalmente con discapacidad intelectual y psicosocial. Cabe hacer notar que muchas mujeres con estas formas de discapacidad son objeto de esterilizaciones sin consentimiento, terapias electroconvulsivas, psicocirugías, cirugías invasivas, cirugías irreversibles sin contar con la expresión de su voluntad e internaciones forzadas. De este modo, son víctimas de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Por otro lado, el Comité se encuentra analizando un caso, en virtud del Protocolo Facultativo, que se relaciona con el derecho a la salud.

En consonancia, el Comité CEDAW señaló que los Estados Partes deberían adoptar las medidas apropiadas para garantizar que los servicios de salud atiendan las necesidades de las mujeres con discapacidades y respeten su dignidad y sus derechos humanos (7).

La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad OEA⁵⁹ plantea como ob-

⁵⁶ Ibidem, art. 25.

⁵⁷ Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Adoptada por la Asamblea General de la ONU, resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.

⁵⁸ CDPD, artículo 1, artículo 2, artículo 3, artículo 7, artículo 8, artículo 9, artículo 12, artículo 13, artículo 16, artículo 22, artículo 27 y artículo 28.

⁵⁹ Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) en junio de 1999.

jetivo la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad⁶⁰.

Este Tratado no se refiere expresamente a mujeres y niñas con discapacidad ni detalla el derecho a la salud. Sin embargo, entrega un lineamiento general en esta última dirección, a señalar que los Estados Partes se comprometen a realizar investigación científica y tecnológica relacionada con la rehabilitación e integración a la sociedad de las personas con discapacidad⁶¹.

c. Adultas mayores

El Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento⁶² insta a los Estados a tomar medidas en las siguientes dimensiones:

- las personas de edad y el desarrollo,
- la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y
- el logro de entornos emancipadores y propicios.

Esto implica habilitar a los hombres y a las mujeres para que lleguen a la vejez con mejor salud y disfrutando de un bienestar más pleno⁶³.

Alcanzar el grado más alto posible de salud es un objetivo social de suma importancia en el mundo entero. Para que se haga realidad es preciso adoptar medidas en muchos sectores sociales y económicos más allá del sector salud⁶⁴.

Las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más, a medida que el promedio de vida aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debe ser una prioridad. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente a esta situación. Por consiguiente, es decisivo alcanzar la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes, según instruye el Plan de Acción Mundial⁶⁵.

Las mujeres de edad se ven particularmente afectadas por los estereotipos negativos: en lugar de representarlas de manera que reflejen sus aportaciones, sus puntos fuertes, su inventiva y sus calidades humanas, suelen ser figuradas como débiles y dependientes, lo que refuerza las prácticas excluyentes a nivel nacional y local⁶⁶.

⁶⁰ *Ibíd*em, art. II.

⁶¹ *Ibíd*em, art. IV, letra a.

⁶² Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 2002.

⁶³ *Ibíd*em, art. 6.

⁶⁴ *Ibíd*em, art. 14.

⁶⁵ *Ibíd*em, Anexo II, Introducción, párrafo 8.

⁶⁶ *Ibíd*em, Anexo II, párrafo 112.

La atención de la salud, el apoyo y la protección social de las personas de edad deben incluir los cuidados de la salud preventiva, curativa y la rehabilitación; teniendo en cuenta aspectos de crucial importancia como la salud sexual y mental, así como reducir factores de discapacidad y de mortalidad⁶⁷.

Llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito, resumiéndose lo anterior en llevar un estilo de vida saludable⁶⁸.

Es particularmente importante para la mujer que el bienestar en la vejez se tenga en cuenta durante toda la vida, ya que a lo largo de esta se enfrenta a obstáculos que tienen un efecto acumulativo para el bienestar social, económico, físico y psicológico del que goce en este período de la vida⁶⁹.

Hacen falta medidas especiales de protección social para hacer frente a la feminización de la pobreza, especialmente en el caso de las mujeres de edad⁷⁰. También se deben elaborar indicadores en esta materia⁷¹.

El Plan de Acción Mundial advierte que es una prioridad ayudar a las personas de edad a restablecer su autosuficiencia económica teniendo en cuenta las necesidades especiales de las mujeres de edad⁷².

Dicho Plan enfatiza que se deben adoptar medidas para permitir la participación plena e igual de las mujeres mayores en la adopción de decisiones a todos los niveles⁷³.

A la vez, la toma de conciencia frente a la violencia y el maltrato hacia las mujeres mayores, en todas sus formas, incluido el abuso financiero, será fundamental para salvaguardar su bienestar físico, mental y social, poniendo especial atención en períodos de emergencias humanitarias y catástrofes naturales⁷⁴.

Los servicios de salud deben incluir la capacitación del personal necesario y recursos que permitan atender las necesidades especiales de la población de edad, teniendo en cuenta la perspectiva de las mujeres mayores⁷⁵.

El Comité CEDAW, en su recomendación n° 24, se encargó de visibilizar la preocupación por las condiciones de los servicios de atención médica a las mujeres de edad, no solo porque ellas a menudo viven más que los hombres y son más proclives que estos a padecer enfermedades crónicas degenerativas y que causan discapacidad, como la osteoporosis u otras enfermedades que afectan su salud mental, sino también porque suelen tener la responsabilidad de atender a sus cónyuges mayores. Por consiguiente, los Estados Partes deben

⁶⁷ Ibidem, Anexo II, párrafo 58.

⁶⁸ Ibidem, Anexo II, párrafo 59.

⁶⁹ Ibidem, Anexo II, párrafo 64.

⁷⁰ Ibidem, Anexo II, párrafo 46.

⁷¹ Ibidem, Anexo II, párrafo 48.

⁷² Ibidem, Anexo II, párrafo 56.

⁷³ Ibidem, Anexo II, párrafo 22.

⁷⁴ Ibidem, Anexo II, párrafo 108.

⁷⁵ Ibidem, Anexo II, párrafo 58.

adoptar medidas apropiadas para garantizar el acceso de las mujeres de edad a los servicios de salud que atiendan las discapacidades que puede traer consigo el envejecimiento (CEDAW)⁷⁶.

En el ámbito de las Américas, cabe señalar que se ha constituido un grupo de trabajo para la elaboración de un borrador de Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, documento que se ha basado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU y su nuevo paradigma. Dicho borrador se ocupa de la perspectiva de género⁷⁷.

Tratándose de adultas mayores, el *perfil de género* está intensamente cruzado por el impacto del transcurso del tiempo en la vida de la mujer.

d. Mujeres y adolescentes en contexto de mortalidad materna

La mortalidad materna es definida por la OMS como la muerte de las mujeres durante el embarazo o los 42 días posteriores al parto. La morbilidad materna, en tanto, se refiere a las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio, que afectan la integridad y la salud de las mujeres, muchas veces en forma permanente (CIDH, año: 7).

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres. Su ocurrencia es un signo de la ubicación de la mujer en la sociedad y se vincula con su acceso a servicios sociales, de salud, nutrición y a oportunidades económicas. En el caso de los hombres, no hay una causa única de muerte o discapacidad cuya magnitud se aproxime a la de los casos de mortalidad y morbilidad materna, asevera la OMS (6).

Cada año, aproximadamente 536.000 mujeres mueren en el mundo por complicaciones en el embarazo y el parto, a pesar de que estas generalmente son prevenibles y a costos relativamente bajos (6).

El Informe de Desarrollo Humano 2011 (79) señala que el acceso a atención de salud reproductiva ha mejorado en la mayoría de las regiones, pero no lo suficientemente rápido como para alcanzar el quinto ODM referido a mejorar la salud materna. Los indicadores relacionados con la meta de acceso universal a la salud reproductiva incluyen el embarazo adolescente, el cuidado prenatal y la necesidad no satisfecha de planificación familiar.

La salud reproductiva de la mujer puede medirse a través de dos indicadores: coeficiente de mortalidad materna y tasas de fecundidad entre adolescentes, según lo precisa el mencionado Informe de Desarrollo Humano 2010 (99). Además, agrega que el bienestar de la mujer durante el parto tiene importancia intrínseca, y es una clara señal del lugar que ocupa la mujer en la sociedad. Hay factores que reducen el riesgo de morir durante el parto, como educación, nutrición adecuada, acceso a anticonceptivos, servicios de salud prenatal y asistencia de profesionales capacitados. El Informe verifica que, aun-

⁷⁶ Comité CEDAW, recomendación n° 24.

⁷⁷ Ha liderado este grupo Argentina, Brasil y Chile.

que muchos de estos servicios son de bajo costo, todavía les son negados a muchas mujeres (99).

En lo normativo, no habiendo pactos sobre esta materia recurrimos a la CEDAW, la cual expresa que la adopción por los Estados Partes de medidas especiales, encaminadas a proteger la maternidad, no se considerará discriminatoria⁷⁸. Además agrega que los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social⁷⁹. La CEDAW, al referirse al derecho a la educación, se ocupa de señalar que será una obligación relevante de los Estados garantizar el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia⁸⁰. Además, esta Convención prescribe que los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y asegurando una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia⁸¹.

Por su parte, el comité CEDAW ONU observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, así como a servicios obstétricos de emergencia, asignándoles el máximo de recursos disponibles⁸².

El Banco Mundial calcula que si todas las mujeres tuvieran acceso a intervenciones para atender las complicaciones del embarazo y parto, en especial a cuidados obstétricos de emergencia, un 74% de las muertes maternas podrían evitarse (CIDH, año: 7).

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas hizo referencia a un promedio de 1.500 mujeres y niñas que mueren diariamente como consecuencia de complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y parto (7). ONU, en concordancia, emitió una resolución en la que expresa su preocupación por la mortalidad materna y solicitó a los Estados que renueven su compromiso de eliminar la morbilidad y mortalidad materna prevenible, a nivel local, regional e internacional (10).

No tener acceso a servicios de salud reproductiva trae como consecuencia resultados que debilitan la salud de mujeres y niños y causan más muertes que las provocadas por los desastres naturales más devastadores, según afirma el Informe sobre Desarrollo Humano, 2011. Este reporte calcula que, en el período anual analizado, 48 millones de mujeres dieron a luz sin asistencia calificada y que dos millones parieron solas. En términos más generales, se estima que 215 millones de mujeres de países en desarrollo tienen necesidades de planificación familiar insatisfechas (PNUD, 2011: 80).

⁷⁸ CEDAW, op. cit, art. 4.

⁷⁹ *Ibidem*, art. 5, letra b.

⁸⁰ *Ibidem*, art. 10, letra h.

⁸¹ *Ibidem*, art. 12, N° 2.

⁸² *Ibidem*, art. 12, N° 2.

Se subraya la importancia de las inversiones en salud y en educación para fomentar las opciones de salud reproductiva, mejoramiento que es relevante para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el ámbito de OEA, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) elaboró el estudio *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, que señala que existe una gran preocupación a nivel internacional ante las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas evitables. Esta situación no es ajena a las Américas. La mortalidad materna continúa siendo un problema grave de derechos humanos que afecta dramáticamente a las mujeres en el mundo y en la región y que repercute en sus familias y en sus comunidades. Específicamente las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad, son quienes tienen menos acceso a servicios requeridos de salud materna. El informe aborda cómo las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal, pueden contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna, asegurando que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios (CIDH, año: 5).

El derecho de toda persona a la integridad física y psíquica sin discriminación se encuentra consagrado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El derecho a la integridad personal en el ámbito de la salud guarda una estrecha relación con el derecho a la salud, dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece el derecho a la integridad de la persona, y más específicamente el derecho de toda persona a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, junto a la asistencia médica sin discriminación, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad, según advierte el CIDH. Por su parte, el Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud, en los términos señalados precedentemente (ibídem).

Según la OPS, las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe representa el 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres y 14% en los hombres, haciéndose manifiesta la brecha entre los género (6).

El derecho a la integridad personal se relaciona con principios básicos de derechos humanos, como la igualdad, privacidad, autonomía y dignidad. Sin embargo, la CIDH ha constatado que muchas mujeres en situación de exclusión, entendida esta como una condición que perjudica a ciertos individuos o grupos sociales de acceder a servicios básicos de calidad, están más propensas a sufrir una afectación a su derecho a la integridad física, psíquica y moral en su acceso a servicios de salud materna, como consecuencia de algunas barreras que limitan su acceso a estos servicios (ibídem).

Los índices de mortalidad materna en las Américas alcanzan un total de 22.680 muertes anuales. Las causas principales de muerte materna en los países de la región son prevenibles y coincidentes: preclampsia, hemorragia y aborto, variando el orden según la razón de mortalidad materna y las coberturas de atención prenatal, parto y prevalencia de uso de anticoncepción (7).

América Latina y el Caribe se caracterizan por ser una región que presenta mucha diversidad, tanto en niveles de desarrollo económico y distribución geográfica en la que existen además disparidades, entre los países y al interior de ellos, en cuanto al acceso a servicios de salud materna. El Informe del CIDH afirma que el 20% de la región más pobre concentra 50% de las muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tienen el 5% de estas defunciones (8).

Aunque la mortalidad y morbilidad materna afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, la CIDH advierte que un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres, indígenas y/o afrodescendientes, que en su mayoría residen en zonas rurales, son quienes con mayor frecuencia no disfrutan plenamente de sus derechos humanos respecto de la salud materna (ibídem).

Las estadísticas muestran que los altos índices de embarazos en adolescentes no han disminuido de manera significativa desde 1990, a pesar de la reducción en la fertilidad total en la región. Los altos índices de embarazo adolescente (menores de 18 años) reflejan una situación seria, debido a que las adolescentes embarazadas enfrentan entre dos a cinco veces mayores riesgos de muerte materna en comparación con las mujeres de 20 años o más. Asimismo, es más probable que sus hijos mueran durante la etapa de la infancia (10).

La CIDH se basa en los estándares contenidos en la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de integridad personal y en el Protocolo de San Salvador en relación a salud, para desarrollar sus recomendaciones a los Estados en las líneas de: adecuación legal a estándares internacionales eliminando discriminación (considerando la participación de la mujer); información completa y oportuna para el consentimiento libre e informado en materia de reproducción; perspectiva de género en las políticas de salud; atención profesional al embarazo, parto y período posterior (incluida atención obstétrica de emergencia), considerando la particular vulnerabilidad de muchas mujeres; nutrición durante y después del embarazo; eliminación de barreras para atención como los costos médicos, lejanía y transporte; servicio de salud que consideren la diversidad cultural de mujeres indígenas y afrodescendientes; políticas públicas que consideren la salud materna de las adolescentes salvaguardando su intimidad y confidencialidad; información fidedigna que considere la salud de las mujeres para la adopción de medidas efectivas; información sobre derechos a las usuarias del sistema de salud; acceso a la justicia por violación de estos derechos; capacitación de funcionarios y rendición de cuentas (36)⁸³.

⁸³ A nivel regional, los Estados americanos han emprendido diversos esfuerzos para abordar este desafío a través de modificaciones en sus legislaciones, políticas, programas y servicios. No obstante, las tendencias indican que, a pesar de los esfuerzos, estos aún se encuentran muy por

Por otro lado, con el objeto de proteger el derecho a la salud de las mujeres y las adolescentes, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la resolución “Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas” (OPS, año: 9). En dicha resolución, los Estados Miembros se comprometieron a “establecer alianzas clave entre los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones de profesionales, las organizaciones de mujeres y otras organizaciones no gubernamentales. La meta es intensificar los esfuerzos tendientes a disminuir la morbilidad y la mortalidad maternas, promoviendo la colaboración interinstitucional en esta materia (ibídem).

En la observación general n° 4 de OPS se aborda el tema de la educación y el acceso a la información en el contexto de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Dicha observación señala que se debe brindar a los adolescentes acceso a la “información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los anticonceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención de la infección por el VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual”. Por ello es fundamental encontrar los medios y métodos adecuados para facilitar una información que sea apropiada y sensible a las particularidades y los derechos específicos de los adolescentes de ambos sexos (10).

Como se aprecia en este segmento, el *perfil de género* de las futuras madres y madres está fuertemente cruzada por la función reproductiva de la mujer y su salud sexual.

- e. Diversidad de género: grupos LGTBI (Lesbianas, gays, transgénero, bisexuales e intersexo)

El Informe de OPS titulado *El derecho a la salud de los jóvenes y las identidades de género* (2011) ilustra sobre la temática de la identidad de género, su expresión y orientación sexual.

El término “sexo” ha sido definido por la OPS como “la suma de las características biológicas que define el espectro de los humanos como mujeres y hombres”. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha expresado en la observación general n° 20 que el concepto “sexo” ha evolucionado considerablemente. Hoy no solo abarca las características fisiológicas, sino también la construcción social de los estereotipos, los prejuicios y las funciones esperadas en función del género, todos los cuales plantean nuevos obstáculos al ejercicio de la igualdad de los derechos económicos, sociales y culturales” (3).

El relator especial sobre el derecho de toda persona a disfrutar del máximo grado de salud física y mental (relator sobre la salud) (14) define la identidad de género como “la experiencia profunda del género, vivida interna e indi-

debajo de la mejora necesaria de 5,5% anual para alcanzar la meta establecida en los Objetivos del Desarrollo del Milenio. A manera de ilustración, si bien en América Latina y el Caribe, entre 1990 y 2005 se redujo la mortalidad materna de 180 a 130 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, dicha cifra es aún muy alta y refleja esta grave y persistente situación que afecta a las mujeres en la región.

vidualmente por cada persona y que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer, incluido el sentido personal de la expresión corporal y otras expresiones del género”. Además, el relator define la orientación sexual como “la capacidad de cada persona de experimentar una atracción emocional, afectiva y sexual profunda y entablar relaciones íntimas y sexuales con personas de un género diferente, del mismo género o de más de un género” (14)⁸⁴.

El relator advierte que la no discriminación en relación a sexo y género deben interpretarse desde la perspectiva de hombre, mujeres, niños y niñas, como también de los grupos LGTBI, considerando una amplia mirada de la identidad de género, expresión de él y orientación sexual. Esta óptica facilita el goce y ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas, sin exclusión (ibídem).

Por otro lado, una consecuencia evidente de la penalización, por razones de orientación sexual e identidad de género, es la creación de una percepción social de las LGTBI como anormales y criminales, lo cual repercute sobre la manera como ellos se autoperciben. A este respecto, el relator sobre el derecho a la salud observó que la tasa de intentos de suicidio es mucho más alta en los jóvenes que inician relaciones con personas del mismo sexo que en los jóvenes que se autoidentifican como heterosexuales (ibídem).

Además, la criminalización de la expresión de la identidad de género y la orientación sexual perpetúa estereotipos que afectan la dignidad y el ejercicio de derechos humanos, llevando al autoocultamiento que genera una dificultad en el logro de un objetivo de la salud pública, cual es la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. A la vez, se genera una invisibilidad de esta situación de diversidad en los programas y los sistemas nacionales de salud (16).

La interpretación normativa efectuada por el Comité DESC, en sus recomendaciones 14 y 20, enfatiza la prohibición de la discriminación en el derecho a la salud en base a la mencionada diversidad. En la misma línea se pronuncia el Comité de los Derechos del Niño en su recomendación n° 4, tratándose de adolescentes (11).

De igual modo se pronunció el Comité de Derechos Humanos en caso de Toonen contra Australia, al decir que “toda distinción entre las personas por razones de su orientación sexual y su identidad de género equivale a una violación”, haciendo aplicación del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El mismo Comité ha señalado que “no es posible considerar la criminalización de las prácticas homosexuales como un medio justificado ni una medida proporcionada para lograr el objetivo de prevención de la propagación de la infección por el VIH/SIDA”, a la vez de señalar que dichos estatu-

⁸⁴ La Comisión Internacional de Juristas, una organización no gubernamental internacional de derechos humanos, define expresión del género como una fuente visible de identificación, que se presenta mediante características como la conducta personal, la modalidad del vestido, los manierismos, el modo de hablar, los comportamientos e interacciones socioeconómicos y otras características externas, que pueden subvertir las expectativas tradicionales de las normas masculinas y femeninas.

tos pueden forzar a la clandestinidad a muchas de las personas que presentan mayor riesgo de contraer la infección (11)⁸⁵.

En el año 2011, el Consejo de Derechos Humanos de ONU instauró un mecanismo formal encaminado a combatir la discriminación y la violencia contra las personas LGBTI por razón de su orientación sexual y su identidad de género. En la resolución “Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género”, los Estados Miembros del Consejo expresaron su preocupación por los actos de violencia y discriminación que se cometen en todas las regiones del mundo contra las personas debido a su orientación sexual e identidad de género. Habida cuenta de esta inquietud, los Estados solicitaron al Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas la realización de un estudio que documentó las leyes y las prácticas discriminatorias y también los actos de violencia contra las personas por razón de su orientación sexual e identidad de género, junto con entregar directrices para la aplicación de las normas internacionales en estas materias (11).

La OEA ha adoptado desde el 2008 medidas encaminadas a que sus Estados Miembros protejan a las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales de la discriminación sobre la base de su identidad de género, expresión de género y orientación sexual. En el 2010 esta organización regional aprobó la resolución “Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género”, en la que los Estados Miembros reafirmaron que la Declaración Universal de los Derechos Humanos protege los derechos de todos los seres humanos sin distinción por razón de sexo, lo cual incluye “la no discriminación contra las personas debido a su orientación sexual e identidad de género”. En consecuencia, decidieron “condenar los actos de violencia y las violaciones de los derechos humanos que se cometen contra las personas debido a su orientación sexual e identidad de género, instando a garantizar el acceso a la justicia y las sanciones por estas violaciones” (12).

En el 2011 la OEA aprobó una nueva resolución sobre “Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género”, reforzando la línea de trabajo de resoluciones previas. Además, se solicitó a la CIDH que “preste especial atención a su plan de trabajo titulado “Derechos de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales” y, de acuerdo con su práctica establecida, que prepare un estudio continental sobre el tema; instando a los Estados Miembros a participar en el informe” (13).

⁸⁵ Una forma de discriminación contra las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGTBI), incluidos los jóvenes, por razones del sexo y género es tipificar como delito su manera de vivir y su conducta sexual. En su informe al Consejo de Derechos Humanos, el relator especial sobre el derecho a la salud señaló que, hasta el 2010, existían ochenta países cuya legislación penaliza las relaciones sexuales consensuadas entre personas del mismo sexo y en muchos países también se sanciona a las personas únicamente por su orientación sexual y su identidad de género.

En este segmento, el *perfil de género* estará fuertemente vinculado a la auto-percepción de una persona en cuanto a su identidad emocional frente al género que reconoce para sí y su orientación sexual.

Justiciabilidad y monitoreo internacional

Detallaremos dos casos en que, a nivel internacional, se ha presentado el debate sobre el derecho a la salud y género. Cabe recordar que para llegar a instancias internacionales ha sido necesario el agotamiento de recursos internos en el plano nacional, donde ha ocurrido la violación de derechos.

a. Corte Europea de Derechos Humanos

En el caso K. H. y otras contra Slovakia, se alegó una violación del derecho al respeto de la vida privada y vida familiar consagrado en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos por la falta de acceso a fotocopias de la historia médica de las denunciantes, quienes consideraron ser víctimas de esterilización sin consentimiento y que no fueron informadas de ello. La Corte Europea enmarcó el caso en el ejercicio por parte de las demandantes de su derecho a un efectivo acceso a la información relativa a su salud y situación reproductiva, y determinó la violación del derecho a la vida privada de las víctimas.

En su razonamiento, la Corte señaló que existen obligaciones positivas inherentes al respeto efectivo de la vida privada, ya que los archivos originales, que el Estado indicaba que no podían copiarse manualmente, contenían información importante para las demandantes desde un punto de vista de su integridad moral y física, por existir fundadas sospechas que se le había practicado una intervención quirúrgica afectando su situación reproductiva.

La Corte señaló que la protección de la información médica es de vital importancia para el disfrute del derecho a la vida privada y familiar de la persona reconocido en el artículo 8 del Convenio Europeo y que el respeto de la confidencialidad de dicha información es un principio fundamental en todos los sistemas jurídicos de los países miembros. La Corte determinó igualmente que si bien la protección de la información médica es de importancia fundamental para el disfrute del derecho de la vida privada y familiar de una persona, el riesgo de un abuso de la información por terceras personas pudo haberse prevenido por otros medios en lugar de negar el acceso a fotocopias a las demandantes⁸⁶.

⁸⁶ Por otro lado, dentro de la jurisprudencia comparada la CIDH hace referencia a la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia, que ha señalado que se vulnera el derecho de petición e indirectamente el derecho a la salud cuando se impide el acceso al paciente a su historia clínica. Al respecto en la Sentencia T-275 de 2005 sostuvo que: “La historia clínica que reposa en la entidad demandada, constituye en principio, no solo un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por el paciente y la institución, y excepcionalmente por un tercero, sino además, en el único archivo o banco de datos donde legítimamente reposan, todas las evaluaciones, pruebas, intervenciones y diagnósticos realizados al paciente. En este

b. Comité CEDAW

Dictamen, Comunicación núm. 17/2008

María de Lourdes da Silva Pimentel contra Brasil

Una madre, como autora de la comunicación, denuncia la muerte de su hija, reclamando al Estado Parte por la violación de los derechos de vida y salud de esta última. La autora declaró que su hija, embarazada de seis meses, asistió a un centro de salud pues padecía de fuertes dolores abdominales. La Dra. que la atendió le practicó los exámenes necesarios y, como una medida de precaución, le recetó medicamentos. La joven, al ingerir los fármacos, comenzó a empeorar. Asistió nuevamente al centro de salud, ingresando a pabellón para inducción del parto, constatándose que el feto había fallecido. La condición de la joven madre se había agravado. La autora solicitó el traslado de su hija a otro hospital, como también su expediente. El Centro no le otorgó la información oportunamente. La hija falleció a los pocos días. La autopsia reveló que la causa oficial de la muerte había sido una hemorragia digestiva. Según los informes de los especialistas, este fue el resultado de las condiciones del parto del feto muerto.

El Comité CEDAW dictaminó que efectivamente el Estado Parte violó sus obligaciones en virtud del artículo 12 (en relación con el acceso a la salud), el artículo 2 c) (en relación con el acceso a la justicia) y el artículo 2 e) (en relación con la obligación del Estado Parte de la debida diligencia para reglamentar las actividades de los proveedores de servicios privados de salud), en conjunción con el artículo 1 (en relación a definición de discriminación), de la Convención. Incorporando en la recomendación la prescripción de pagar una indemnización a la autora, por parte del Estado.

Sabemos que los derechos económicos sociales y culturales, entre los que se encuentra el derecho a la salud, están sujetos al principio del cumplimiento progresivo, de acuerdo a los recursos disponibles de los Estados para su implementación. Esta posición ha debilitado las reales posibilidades de justiciabilidad de estos derechos en los planos nacionales. No obstante, si cortes y comités internacionales de derechos humanos han declarado admisibles comunicaciones y denuncias por violaciones del derecho a la salud, en las que constan el agotamiento de recursos internos, acogiendo finalmente la reclamación, es porque han considerado que el derecho a la salud es plenamente justiciable.

Se hace notar que la supervisión internacional en materia de género, y por ende su vinculación al derecho a la salud, la efectúa el Comité CEDAW. Esto sin perjuicio a la revisión de informes y al examen de comunicaciones individuales que efectúen otros Comités de Derechos Humanos de ONU, haciendo énfasis en la perspectiva de género.

En otro ámbito, la Comisión Interamericana de la Mujer (CIM), recibe informes nacionales, los cuales deben contener las medidas adoptadas por los

sentido, al no permitir al paciente acceder a su historia clínica, se viola el derecho de petición, e indirectamente el derecho a la salud del peticionario”.

Estados para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer y para asistir a la mujer afectada por la violencia, señalando las dificultades que observen en su aplicación y los factores que contribuyan a las distintas formas de maltrato⁸⁷.

En lo regional, será tarea de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el examen de comunicaciones individuales o de grupo de individuos por violaciones de derechos, lo que incluye el ámbito de género y de salud.

Prospectiva

Después de la revisión del marco normativo señalado, que nos permite afirmar la existencia de estándares internacionales aplicables en materia de género y derecho a la salud, considerando la vulnerabilidad que presenta determinados sectores de mujeres y niñas —*perfiles de género*—, cabe preguntarse: ¿cuál es la prospectiva para los años venideros?

Una meta importante de las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos consiste en promover la realización del derecho a la salud de las mujeres y las adolescentes, eliminando obstáculos y riesgos para su salud, como la discriminación y la violencia doméstica, que dificultan su acceso a los servicios de salud, la educación y la información. Con el objeto de cumplir esta meta, ambas organizaciones exigen que sus Estados Miembros elaboren y apliquen estrategias integrales que tengan en cuenta las necesidades de salud de las mujeres y las adolescentes como parte de un programa de “integración de la perspectiva de género (OPS, año: 7).

En esta línea, la Resolución CD49.R12 de OPS (9) agrega la recomendación de crear una oficina dedicada a los asuntos de género en los Ministerios de Salud de los países.

Los temas transversales para una adecuada perspectiva de género, en vínculo a los servicios de salud, serán: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad e información sobre la salud sexual y reproductiva (4).

La atención primaria de salud, gracias al acento que pone en la equidad, la solidaridad y la justicia social, debe brindar la oportunidad de lograr cambios mediante la acción normativa en las cuatro esferas siguientes (OMS, año: 13):

- Liderazgo sólido e institucional: crear un liderazgo sólido y de una respuesta institucional coherente.
- Sistema de salud: promover que los sistemas de salud trabajen en favor de las mujeres y niñas.
- Cambios en políticas públicas: impulsar los cambios en las políticas públicas para lograr una sociedad más sana.
- Acervo de conocimientos y monitoreo: fortalecer el acervo de conocimientos y monitoreo de los progresos en materia de género.

⁸⁷ Convención Belem do Para, OEA, *óp. cit.*, art. 10.

- Para el cumplimiento de estos propósitos, OPS entrega pautas operativas en su Resolución CD 50.R8 sobre la Salud y Los Derechos Humanos.
- Entre estas directrices, se pueden destacar (OPS, año: 7):
- Autoridad sanitaria: fortalecer la capacidad técnicas de las autoridades sanitarias para trabajar con las entidades gubernamentales de derechos humanos, así como para evaluar y vigilar la implementación de los instrumentos internacionales vinculados al derecho a la salud.
- Cooperación técnica de OPS: apoyar la cooperación técnica de OPS en diversos ámbitos y niveles en materia de salud y sectores vulnerables.
- Difusión: promover la difusión hacia las organizaciones de la sociedad civil sobre el derecho a la salud para abordar la exclusión de sectores vulnerables.
- Capacitación: capacitar al personal de OPS en estas materias.

Reflexión conclusiva

Luego de este examen, es valioso enfatizar que:

- El derecho a la salud, inserto en el universo de derechos humanos, universales, indivisibles e interdependientes, se vincula directamente con el reconocimiento, goce y ejercicio de otros derechos humanos, como la integridad personal, la igualdad y no discriminación, la libertad de expresión y de opinión y el acceso a la información, la autonomía, y la manifestación de voluntad, el igual reconocimiento como persona ante la ley, la capacidad jurídica, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia de las personas, intimidad, confidencialidad, identidad personal, honra, la libertad y la seguridad de la persona, vida libre de violencia y de maltrato, no ser sometido a tortura ni tratos o penas crueles inhumanos o degradantes, educación, trabajo, seguridad social, acceso a la justicia, la participación política y pública, entre otros. Todo esto se plasma bajo el prisma de la dignidad personal.

Desde otro ángulo, el derecho a la salud, consistente en el disfrute del más alto grado de bienestar físico, mental y social, se puede graficar como un abanico que abre sus vértices hacia el disfrute de otros derechos. A su vez, el pleno disfrute de otros derechos incidirá en el mayor grado de bienestar alcanzable por una persona, en un proceso de retroalimentación.

- El derecho a la salud y el género son temáticas interconectadas en la esfera normativa. Sin embargo, en el desarrollo del siglo XXI será fundamental reconocer la diversidad de *perfiles de género* y su eventual concomitancia, conviviendo en la sociedad e imperando a profundizar en ellas para una adecuada implementación de los estándares internacionales. En este aspecto radica el “hilado fino de los derechos humanos” en la perspectiva de género.

Por esta razón, la igualación de género desde una perspectiva más profunda no solo se agota en considerar a mujeres estándar en relación a hombres estándar. La igualación de género transita en forma de escalera ascendente

a la cual se van adicionando peldaños por cada causal de discriminación que mujeres y niñas deban experimentar, en vínculo a sus particulares condiciones de vulnerabilidad. Estos peldaños adicionales aumentan la distancia con la meta final de igualdad, que es la condición del hombre estándar.

Cabe hacer notar que el *perfil de género* será la sumatoria de las condiciones de vulnerabilidad que experimentan mujeres y niñas por las situaciones particulares que vivencia en razón de edad, maternidad, etnia, discapacidad u otras.

- El pleno disfrute del derecho a la salud por parte de mujeres y niñas implica diversas dimensiones, respecto de las cuales se deben ejercer acciones concretas. Estas dimensiones pueden resumirse en: individual, de la autoridad y social.
- En el ámbito individual se encuentra el conocimiento de las mujeres respecto de sus derechos y su actitud de ejercerlos y reclamarlos si lo consideran necesario.
- En el plano de la autoridad se sitúa el desarrollo de la concepción filosófica y jurídica que implica el disfrute del derecho a la salud por todas las personas, considerando la perspectiva de género en sus diversos perfiles. Esta evolución debe llevar a la toma de decisiones en la adopción de medidas concretas en el ámbito legislativo, de políticas públicas o de otra índole.
- No obstante, un cambio profundo debe gestarse en el sistema social, convencido que la equidad de género en el ámbito de la salud y otros derechos relacionados es fundamental para una sana convivencia en la comunidad.

El disfrute del derecho a la salud no solo debe enfocarse desde la óptica de los servicios de salud, sus funcionarios y sus prestaciones. La mirada de la salud debe efectuarse desde un contexto amplio que involucre a todos los sectores en un llamado a la inclusión, tanto desde el enfoque activo como pasivo. Con esta observación, los principios bioéticos para la atención en salud —autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia social— serán directrices y patrimonio de la comunidad en su conjunto para el bienestar de todos.

Serán buenos catalizadores de este proceso el fortalecimiento de la sociedad civil, particularmente de mujeres y niñas en condición de vulnerabilidad, y la acción del movimiento global de mujeres, llamadas a visibilizar la temática de los perfiles de género, cuya percepción y recepción en leyes, políticas públicas y otras medidas, serán fundamentales para el pleno disfrute del derecho a la salud y otros derechos relacionados.

El pleno disfrute del derecho a la salud con inclusión de la perspectiva de género en sus distintos perfiles, contribuirá al fortalecimiento del núcleo valórico de la democracia y a la solidez de sus verificadores de ejercicio, contribuyendo a la solidez del sistema político. En otras palabras, la salud desde la perspectiva de género incidirá en la “salud del sistema político democrático”.

Referencias bibliográficas

Instrumentos jurídicos

- Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, en San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, aprobada por las Naciones Unidas, entrada en vigor el 4 de enero de 1969.
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, 1979.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”, adoptada en el vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, Brasil, 1994.
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, OEA, junio de 1999.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, año 2006.
- Convenio n° 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, el 27 de junio de 1989.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de Organización de Naciones Unidas, ONU, el 16 de diciembre de 1966.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado por la Organización de Estados Americanos, OEA, el 17 de noviembre de 1988.

Otros instrumentos

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2010). Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos.
- Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer-Comité CEDAW (1999). Recomendación n° 24, La Mujer y la Salud, vigésimo periodo de sesión.
- Naciones Unidas (1974). Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado, Proclamada por la Asamblea General en su resolución 3318 (XXIX), del 14 de diciembre.
- _____ (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Adoptada por la Asamblea General, resolución 46/119, del 17 de diciembre.

- _____ (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, aprobada por la Asamblea General.
- _____ (2010). Objetivos de Desarrollo del Milenio, en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Nota Descriptiva n° 334, Salud de la Mujer, noviembre.
- Organización Panamericana de Salud (2011). El derecho a la salud de los jóvenes y de las identidades de género.
- Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 2002.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). Informe sobre Desarrollo Humano del 2010 sobre “La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano”.
- _____ (2011). Informe sobre Desarrollo Humano 2011. “Sostenibilidad y equidad”. United Nations Statistics Division, en <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>
- Informe de Desarrollo Humano (2010). *La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano*,