



**La obligación de tomar medidas
para eliminar la discriminación
contra la mujer en el ámbito de la
salud**

Artículo 12. CEDAW

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer 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 familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario,

y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Se trata de:

La obligación de tomar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la salud

Este artículo contiene dos disposiciones. La primera establece la obligación de los Estados de tomar medidas para asegurar a las mujeres atención a la salud de forma igualitaria con los hombres; la segunda, se refiere a la obligación de proporcionar servicios adecuados en el ámbito de la salud reproductiva.

De acuerdo con la Corte Interamericana, el derecho a la salud no debe ser entendido únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino como el derecho a contar con el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, que permita a las personas alcanzar un balance integral:

“184. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, y todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. En este sentido, el derecho a la salud se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 184.)

Las mujeres y las niñas tienen derecho a la igualdad y a la no discriminación en la atención de su salud y en la atención de su vida reproductiva. El término genérico “mujer” abarca también a las niñas:

“8. [...] Se alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta. Por lo tanto, a los efectos de la presente Recomendación general, el término “mujer” abarca asimismo a la niña y a la adolescente”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 8.)

Se debe prestar especial atención a las necesidades de las mujeres pertenecientes a grupos que viven discriminaciones adicionales, como las mujeres en movilidad, las niñas, las adultas mayores, quienes se dedican al trabajo sexual, las mujeres indígenas y las mujeres con discapacidad. Por ello siempre es necesaria la perspectiva interseccional:

“6. Si bien las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y los hombres, y que pueden variar entre las propias mujeres. Por ello, debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos 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”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 6.)

Obligaciones generales:

La Corte Interamericana ha señalado que la obligación de protección de la salud tiene manifestaciones específicas, según cada obligación general y en atención a los elementos institucionales; protege el derecho, al asegurar el servicio de salud; lo garantiza, al brindar atención médica eficaz y al mejorar las condiciones de salud; respeta el derecho a la salud, al considerar las condiciones de marginación y vulnerabilidad; la atención a la salud debe encontrarse disponible, ser accesible, aceptable y de calidad, y debe realizarse de manera progresiva conforme a los recursos disponibles.

“185. La obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Este derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado. El cumplimiento de la obligación del Estado de respetar y garantizar este derecho deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados, y deberá realizarse de conformidad con los recursos disponibles de manera progresiva y de la legislación nacional aplicable”. (Corte IDH, Caso [Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 185.)

Respetar

Los Estados deben abstenerse de poner obstáculos a la atención de la salud que han decidido requerir las mujeres. Es indebido rechazar la atención de la salud por causas como no tener el permiso del marido o sobre la base de estereotipos acerca de las mujeres con discapacidad. También se debe proporcionar atención adecuada a la salud durante todo el ciclo de vida de la mujer, incluida su salud reproductiva.

“193. La Corte ha señalado que, debido a su capacidad biológica de embarazo y parto, la salud sexual y reproductiva tiene implicancias particulares para las mujeres. En este sentido, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la misma tome en cuenta que las necesidades en materia de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 193.)

“194. Adicionalmente, la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la presunta comisión de un delito por parte de un paciente bajo ningún supuesto puede condicionar la atención médica que dicho paciente necesita. Por tanto, los Estados deben brindar la atención médica necesaria y sin discriminación para las mujeres que lo requiera”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 194.)

“14. La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Los Estados Partes han de informar sobre el modo en que los encargados de prestar servicios de atención de la salud en los sectores público y privado cumplen con su obligación de respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica. Por ejemplo, los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada o por su condición de mujer. El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 14.)

“2. El cumplimiento, por los Estados Partes, del artículo 12 de la CEDAW es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer. De conformidad con el texto del artículo 12, los Estados eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de

la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 2.)

“38. La fijación de estereotipos indebidos relacionados con la discapacidad y el género es una forma de discriminación que tiene repercusiones especialmente graves en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y del derecho a fundar una familia. Los estereotipos nocivos respecto de las mujeres con discapacidad incluyen la creencia de que son asexuales, incapaces, irracionales, carecen de control y/o son sexualmente hiperactivas. Al igual que todas las mujeres, las que presentan discapacidad tienen derecho a elegir el número y el espaciamiento de sus hijos, así como a ejercer control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia”. (CDPD, [Observación General 3](#), párr. 38.)

Los Estados también deben armonizar su legislación para cumplir con la obligación de respeto y eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la salud. En particular, en materia de violencia obstétrica:

“252. La Corte ha reconocido que la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales. Ello se ha debido a que se ha asignado social y culturalmente a los hombres un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres y a que las mujeres son vistas como el ente reproductivo por excelencia. No obstante, las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 252.)

“El Comité recomienda al Estado parte que:

[...]

d) Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”. (Comité CEDAW, párr. 42.)

Proteger

Sobre la obligación de proteger los derechos relativos a la salud de las mujeres:

“15. La obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan

esas violaciones. Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar: a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados; b) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género; c) Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes; d) La promulgación y aplicación eficaz de leyes que prohíben la mutilación genital de la mujer y el matrimonio precoz". (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 15.)

Los Estados deben proteger a las mujeres de la violación a sus derechos sexuales y reproductivos. Muchas de las prácticas de violación a estos derechos constituyen tortura o tratos crueles inhumanos o degradantes:

"18. Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante". (Comité CEDAW, [Recomendación General 35](#), párr. 18.)

La violencia obstétrica debe ser reconocida en todas las legislaciones como una forma de violencia institucional y por razón de género:

"42. En consonancia con su recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, el Comité recomienda al Estado parte que:

[...]

d) Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica".

Se debe proteger a los niños intersexuales de operaciones quirúrgicas u otros procedimientos médicos, cuando aún no tienen la edad suficiente para dar un consentimiento libre, previo e informado:

“22. A la luz de la recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta en 2014, el Comité [CEDAW] recomienda al Estado parte que adopte disposiciones en las que se prohíba expresamente someter a operaciones quirúrgicas u otros procedimientos médicos innecesarios a los niños intersexuales hasta que lleguen a una edad en la que puedan dar su consentimiento libre, previo e informado, y que aporte a las familias con niños intersexuales el asesoramiento y el apoyo adecuados”. (Comité CEDAW, [Observaciones finales](#), 9º informe México, párr. 22.)

Garantizar

Acceso a la salud en condiciones de igualdad

El Estado es responsable de garantizar el derecho a la salud de las mujeres privadas de libertad. En atención a su posición especial de garante, debe brindar atención médica a las personas desde el inicio de su internamiento, tan pronto como sea posible, para garantizar su revisión médica de forma regular, así como la práctica de exámenes médicos, la asignación del tratamiento necesario para su curación o prevención de agravamiento de la enfermedad, cuando así lo requieran, y su traslado a instituciones hospitalarias en situaciones de emergencia o enfermedades graves.

“230. Con base en el principio de no discriminación, el derecho a la salud de las personas privadas de libertad también implica la provisión de revisión médica regular y, cuando así se requiera, de un tratamiento médico adecuado, oportuno y, en su caso, especializado y acorde a las especiales necesidades de atención que requieran las personas detenidas en cuestión”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 230.)

“232. Con base en el derecho a la integridad personal, la Corte ha interpretado que los Estados deben realizar un examen médico integral de las personas privadas de libertad tan pronto como sea posible. En este mismo sentido, las Reglas sobre Tratamiento de Reclusos señalan, inter alia, que “[e]l médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, [y] tomar en su caso las medidas necesarias”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 232.)

“234. Además, la Corte recuerda que se deben realizar exámenes médicos a las personas privadas de libertad tan frecuente como sea necesario. Las autoridades deben asegurar que, cuando lo requiera la naturaleza de una condición médica, la supervisión sea periódica y sistemática dirigida a la curación de enfermedades del detenido o a prevenir su agravamiento, en lugar de tratarlos de forma meramente sintomática”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 234.)

“239. En razón de la posición especial de garante que el Estado ejerce sobre la persona en situación de detención, y el consecuente control de los medios de prueba sobre su condición física, condiciones de detención y eventual atención médica, es el Estado quien tiene la carga probatoria de proveer una explicación satisfactoria y convincente de lo sucedido y desvirtuar las alegaciones sobre su responsabilidad, mediante elementos probatorios válidos. La falta de entrega de los elementos de prueba que permitan esclarecer el tipo de atención recibida por una persona son particularmente graves en casos que involucren alegatos relacionados con la violación al derecho a la salud. En su condición de garante, el Estado tiene tanto la responsabilidad de garantizar los derechos del individuo bajo su custodia, como la de proveer la información y las pruebas relacionadas con lo que suceda al detenido...”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 239.)

“240. La Corte resalta que los servicios médicos de las personas privadas de libertad deben estar organizados y coordinados con la administración general del servicio de atención en salud general, lo cual implica establecer procedimientos adecuados y expeditos para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, así como para su traslado cuando su estado de salud requiera cuidados especiales en establecimientos penitenciarios especializados o en hospitales civiles. Para hacer efectivos estos deberes, son necesarios protocolos de atención en salud y mecanismos ágiles y efectivos de traslado de prisioneros, particularmente en situaciones de emergencia o enfermedades graves...”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 240.)

En virtud del artículo 12 de la CEDAW, los Estados se encuentran obligados a respetar y proteger el acceso a servicios, a la información y a la educación en materia de salud en igualdad de condiciones para hombres y mujeres. Se encuentran obligados a garantizar estos derechos en la legislación y en las políticas públicas:

“13. El deber de los Estados Partes de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio. Los Estados Partes han de garantizar el cumplimiento de esas tres

obligaciones en su legislación, sus medidas ejecutivas y sus políticas. También deben establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales. El hecho de no hacerlo constituirá una violación del artículo 12". (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 13.)

Todas las mujeres con discapacidad tienen el derecho de ejercer su capacidad jurídica, al tomar sus propias decisiones, con apoyo cuando así lo deseen, sobre la atención médica o el tratamiento terapéutico, incluidas las decisiones en el ámbito de la salud reproductiva:

"44. En la práctica, suele hacerse caso omiso de las opciones de las mujeres con discapacidad, especialmente las mujeres con discapacidad psicosocial o intelectual, y sus decisiones suelen ser sustituidas por las de terceros, incluidos representantes legales, proveedores de servicios, tutores y miembros de la familia, en violación de sus derechos en virtud del artículo 12 de la CEDAW. Todas las mujeres con discapacidad han de poder ejercer su capacidad jurídica tomando sus propias decisiones, con apoyo cuando así lo deseen, sobre la atención médica o el tratamiento terapéutico, incluidas las decisiones relativas a conservar su fertilidad y su autonomía reproductiva, ejercer su derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, dar su consentimiento y aceptar una declaración de paternidad y ejercer su derecho a establecer relaciones. La restricción o supresión de la capacidad jurídica puede facilitar intervenciones forzadas, como la esterilización, el aborto, la anticoncepción, la mutilación genital femenina, las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos realizados en niños intersexuales sin su consentimiento informado y la detención forzosa en instituciones". (CDPD, [Observación General 3](#), párr. 44.)

Consentimiento informado

Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas sobre sus opciones de atención médica:

"20. Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles". (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 20.)

"159. El consentimiento informado del paciente es una condición sine qua non para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona". (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 159.)

“162. La Corte considera que el consentir de manera informada respecto a la procedencia de una intervención médica con consecuencias permanentes en el aparato reproductivo como la ligadura de las trompas de Falopio, pertenece a la esfera autónoma y de la vida privada de la mujer, la cual podrá elegir libremente los planes de vida que considere más apropiados, en particular, si desea o no mantener su capacidad reproductiva, el número de hijos que desea tener y el intervalo entre éstos”. (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 162.)

Salud reproductiva

Los Estados deben tomar medidas para eliminar los obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a servicios de atención médica, incluido el acceso oportuno y asequible a los servicios relacionados con la salud reproductiva:

“192. El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 192.)

“9.5 Además, el Comité tiene en cuenta las alegaciones de las autoras de que se enfrentaron a serios obstáculos para garantizar su salud y sus derechos reproductivos durante su embarazo, cuando el factor tiempo era crítico, y que esos obstáculos suponen una vulneración de los artículos 12, párrs. 1 y 2, y 14, párr. 2 b), de la CEDAW. El Comité señala el hecho indiscutido de que la primera autora, a pesar de su extrema pobreza, tuvo que pagar por los pocos reconocimientos médicos a los que se sometió, mientras que la segunda autora solamente tuvo una visita médica, y fue gracias a una ONG. A ese respecto, el Comité recuerda que el cumplimiento por los Estados partes de lo dispuesto en el artículo 12 de la CEDAW es de importancia capital para la salud y el bienestar de las mujeres y que se debe prestar especial atención a las necesidades de salud y los derechos de las mujeres y las niñas pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos. Los Estados partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios, en particular a los relacionados con la salud reproductiva”. (Comité CEDAW, [Caso S.N. y E.R. vs. Macedonia del Norte](#), párr. 9.5.)

“157. La salud sexual y reproductiva constituye ciertamente una expresión de la salud que tiene particulares implicancias para las mujeres debido a su capacidad biológica de embarazo y parto. Se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos. La Corte ha considerado que “la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave [de] la autonomía y la libertad reproductiva.” (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 157.)

Garantizar el acceso al control voluntario de la vida reproductiva y la fecundidad impacta favorablemente en la salud, el desarrollo y el bienestar de las mujeres y de su familia. También tiene un impacto favorable en la sociedad:

“23. Hay amplio acuerdo en que cuando se dispone libremente de medidas apropiadas para la regulación voluntaria de la fecundidad, mejoran la salud, el desarrollo y el bienestar de todas las personas de la familia. Además, estos servicios mejoran la calidad general de la vida y la salud de la población, y la regulación voluntaria del crecimiento demográfico ayuda a conservar el medio ambiente y a alcanzar un desarrollo económico y social duradero”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 21](#), párr. 23.)

Los Estados deben garantizar el acceso a la información en temas de salud, particularmente sobre salud sexual y reproductiva. La negativa a dar acceso a dicha información ha significado una barrera para el ejercicio pleno de este derecho y un impedimento para la toma de decisiones de forma libre y plena:

“158. En particular, cabe resaltar que para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la salud genésica significa que ‘la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud’. De esta forma, la Corte estima que los Estados deben garantizar el acceso a la información en temas de salud, sobre todo en relación con la salud sexual y reproductiva, cuya denegación muchas veces ha significado una barrera para el ejercicio pleno de este derecho y un impedimento para la toma de decisiones de forma libre y plena. Por lo tanto, la Corte considera que, en materia de salud sexual y reproductiva, la obligación de transparencia activa imputable al Estado apareja el deber del personal de salud de suministrar información que contribuya a

que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y responsables respecto de su propio cuerpo y salud sexual y reproductiva, los cuales se relacionan con aspectos íntimos de su personalidad y de la vida privada y familiar.” (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 158.)

“187. Los estereotipos de género se refieren a una pre-concepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente. En el sector de la salud, los estereotipos de género pueden resultar en distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, y específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer con base en su condición. En particular, la Corte advierte que los estereotipos de género negativos o perjudiciales pueden impactar y afectar el acceso a la información de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, así como el proceso y la forma en que se obtiene el consentimiento. Una mujer que no tiene conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos puede ser propensa a adoptar una actitud menos asertiva respecto a sus derechos. Esto puede conllevar a que deposite mayor confianza en el criterio de su médico, o que profesionales de la salud adopten una posición paternalista respecto a su paciente. Ambas condiciones pueden abrir la puerta a una situación de ejercicio del poder donde profesionales de la salud tomen decisiones sin tomar en cuenta la autonomía y voluntad de su paciente. La Corte visibiliza algunos estereotipos de género frecuentemente aplicados a mujeres en el sector salud, que generan efectos graves sobre la autonomía de las mujeres y su poder decisorio: i) las mujeres son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes, lo que conlleva a que profesionales de la salud nieguen la información necesaria para que las mujeres puedan dar su consentimiento informado; ii) las mujeres son consideradas como seres impulsivos y volubles, por lo que requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor criterio, usualmente un hombre protector, y iii) las mujeres deben ser quienes deben llevar la responsabilidad de la salud sexual de la pareja, de modo tal que es la mujer quien dentro de una relación tiene la tarea de elegir y usar un método anticonceptivo. Es por ello que, en el presente caso, la Corte brindará particular atención sobre este aspecto a fin de reconocer y rechazar los estereotipos que provocan el menoscabo de los derechos establecidos en la Convención”. (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 187.)

Aborto

La Corte Interamericana ha señalado que los abortos o las emergencias obstétricas de otro tipo, al tratarse de condiciones médicas, no pueden dar lugar en automático a la imposición de sanciones penales.

“161. ... La Corte resalta que las emergencias obstétricas, por tratarse de una condición médica, no pueden dar lugar automáticamente a una sanción penal...”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 161.)

Se debe garantizar el acceso, sin obstáculos ni discriminación, a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la interrupción legal y segura del embarazo. Para ello se deben armonizar las legislaciones locales y federales, e informar y capacitar al personal médico para que sea consciente de sus responsabilidades frente a los derechos de las mujeres, que preste la atención conforme a la ley, sin obstáculos, y se proporcione a las mujeres la atención debida en caso de violación, tal como la anticoncepción de emergencia, el aborto y el tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

“32. El Comité observa que en la Ciudad de México el aborto está despenalizado, mientras que en el resto del país solo es legal en caso de violación. Observa también incongruencias en cuanto a otros motivos jurídicos para practicar abortos en los marcos jurídicos de los 32 estados. Le preocupa que las enmiendas introducidas en las constituciones locales que protegen la vida desde el momento de la concepción hayan puesto en peligro el disfrute por la mujer de su salud y derechos sexuales y reproductivos, aún cuando esas enmiendas no hayan modificado los motivos jurídicos ya establecidos para practicar un aborto. Otro motivo de preocupación son los casos en que los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales han denegado el acceso al aborto legal a embarazadas que cumplían los restrictivos criterios reglamentarios y, a continuación, las denunciaron ante las autoridades judiciales, quienes a su vez las condenaron a largas penas de prisión por infanticidio o asesinato.

33. El Comité pide al Estado parte que:

a) Armonice las leyes federales y estatales relativas al aborto a fin de eliminar los obstáculos que enfrentan las mujeres que deseen interrumpir un embarazo de forma legal y amplíe también el acceso al aborto legal teniendo en cuenta la reforma constitucional en materia de derechos humanos y la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité;

b) Informe a los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales que las enmiendas constitucionales locales no han derogado los motivos para interrumpir un embarazo de forma legal y les comunique también las responsabilidades que les incumben;

c) Se asegure de que en todos los estados las mujeres que tengan motivos legales que justifiquen la interrupción de un embarazo tengan acceso a servicios médicos seguros, y vele por la debida aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, en particular el acceso de las mujeres que han sido violadas a anticonceptivos de emergencia, al aborto y a tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/Sida". (Comité CEDAW, [Observaciones finales](#) México 7 y 8, párrs. 32-33.)

"42. En consonancia con su recomendación general núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, el Comité recomienda al Estado parte que:

a) Ponga mayor empeño en acelerar la armonización de las leyes y los protocolos federales y estatales sobre el aborto para garantizar el acceso al aborto legal y, aunque no haya sido legalizado, a los servicios de atención posterior al aborto;

b) Armonice las leyes federales y estatales pertinentes con la Ley General de Víctimas y la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, e informe y capacite adecuadamente al personal médico para que pueda ofrecer atención especializada a las mujeres y las niñas víctimas de la violencia sexual, lo que comprende la prestación de servicios esenciales de anticoncepción de emergencia y aborto;

c) Elabore los protocolos necesarios para poner en práctica las modificaciones de la Ley General de Salud, que permiten la objeción de conciencia mientras no ponga en peligro la vida de la madre y no impida que las mujeres y las niñas accedan al aborto legal, y vele por que, en esos casos, las mujeres y las niñas sean derivadas a un profesional adecuado; [...]

[...]

f) Vele por que el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, que se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y que se ofrezcan reparaciones e indemnizaciones monetarias a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas". (Comité CEDAW, [Observaciones finales](#), 9º informe México, párr. 42.)

Atención Sida/vih

Los programas de lucha contra el Sida deben tomar debidamente en cuenta los derechos y las necesidades de las mujeres y la infancia, incluido el rol reproductivo que desempeñan muchas mujeres y que las pone en situación de vulnerabilidad. Al aplicar el artículo 12 de la CEDAW, se deben tomar medidas para prevenir, atender y evitar la discriminación de las mujeres afectadas por el Sida:

“Recomienda a los Estados Partes:

- b) Que, en los programas de lucha contra el Sida, presten especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y los niños y a los factores que se relacionan con la función de reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del vih;
- d) Que, en los informes que preparen en cumplimiento del artículo 12 de la CEDAW, incluyan información acerca de los efectos del Sida para la situación de la mujer y de las medidas adoptadas para atender a las necesidades de mujeres infectadas e impedir la discriminación de las afectadas por el Sida”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 15](#).)

Promover

Información sobre salud sexual y reproductiva

Los Estados se encuentran obligados a proporcionar información, educación y servicios de salud sexual a todas las personas, particularmente a las mujeres y la infancia, sin discriminación por motivos de nacionalidad o de ningún otro tipo. La información debe ser proporcionada por personal capacitado y mediante programas que respeten la intimidad y confidencialidad de las personas:

- “18. Los Estados Partes deben garantizar, sin prejuicio ni discriminación, el derecho a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas, incluidas las que hayan sido objeto de trata, aun si no residen legalmente en el país. En particular, los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 18.)

Se deben redoblar esfuerzos en la promoción de la información, la educación y la debida atención de la vida sexual y reproductiva de las y los adolescentes, para reducir los embarazos adolescentes y la mortalidad materna:

“30. El Comité observa que el Estado parte ha estado organizando una campaña para fomentar el uso del preservativo a fin de prevenir los embarazos de adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, preocupan al Comité los informes de que los adolescentes tienen un acceso limitado a información de calidad sobre salud sexual y reproductiva y que el número de adolescentes embarazadas en el país va en aumento. Si bien toma nota del establecimiento del Observatorio de Mortalidad Materna, le preocupa que la actual tasa de mortalidad materna, de 53,5 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (2010), dista de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, de 22,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que significa que como ha reconocido el Estado parte, la meta no se alcanzará.”

“31. El Comité recomienda que el Estado parte:

- a) Garantice el acceso universal a servicios de atención de salud y a información y educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular para las adolescentes, a fin de prevenir los embarazos no deseados y de adolescentes;
- b) Continúe con la campaña de concienciación Un condón es más confiable que el destino, y la amplíe”. (Comité CEDAW, [Observaciones finales](#) México 7 y 8, párrs. 30-31.)

Hashtags:

#SaludYDiscriminacion
#SaludElGualdad
#ObligacionesEstatales #Respetar
#Proteger #Garantizar #Promover
#SaludSexualYReproductiva
#EsterilizacionForzada
#ConsentimientoLibrePrevioElInformado
#Aborto #Sida/vih

Tema relacionado con:

#CEDAWArticulo1 #CEDAWArticulo2 #CEDAWArticulo4
#ConvencionBDPArticulo6 #PIDESCArticulo12

Deberes especiales:

Verdad

En un caso de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la Corte IDH ha reiterado en qué consiste el derecho de acceso a la justicia y el deber de verdad:

“292. Esta Corte ha señalado reiteradamente que el derecho de acceso a la justicia debe asegurar, en un tiempo razonable, el derecho de las presuntas víctimas o sus familiares a que se haga todo lo necesario para conocer la verdad de lo sucedido, establecer las respectivas responsabilidades y sancionar a los responsables. A tal fin y de conformidad con la Convención Americana, los Estados Partes están obligados a suministrar recursos judiciales efectivos a las víctimas de violaciones de los derechos humanos (artículo 25), recursos que deben ser sustanciados de conformidad con las reglas del debido proceso legal (artículo 8.1), todo ello dentro de la obligación general, a cargo de los mismos Estados, de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos por la Convención a toda persona que se encuentre bajo su jurisdicción (artículo 1.1).” (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 292.)

“[...] el Comité contra la Tortura ha otorgado particular importancia a la investigación llevada a cabo de manera rápida, imparcial, exhaustiva y efectiva en casos en que se verificaban continuas denuncias de esterilizaciones involuntarias, forzadas o bajo coacción a fin de identificar, procesar y castigar a los autores, así como proporcionar a las víctimas una indemnización equitativa y adecuada.” (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 304.)

Justicia

“293. [...] los artículos 8 y 25 de la Convención [Americana sobre Derechos Humanos] implican que las víctimas de violaciones a derechos humanos cuenten con recursos judiciales idóneos para establecer si se ha incurrido en una violación de derechos humanos y proveer lo necesario para remediarla. Dichos recursos deben, además, ser efectivos en los términos del artículo 25.1 de la Convención, esto es, “capaces de producir el resultado para el que han sido concebidos”.

294. Al interpretar el texto del artículo 25.1 de la Convención, la Corte ha sostenido, en otras oportunidades, que la obligación del Estado de proporcionar un recurso judicial no se reduce a la mera existencia de los tribunales o procedimientos formales o aún a la posibilidad de recurrir a los tribunales. Más bien, el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas para garantizar que los recursos que proporciona a través del sistema judicial sean ‘verdadera-

mente efectivos para establecer si ha habido o no una violación a los derechos humanos y para proporcionar una reparación'. Esto quiere decir, que no basta con que los recursos existan formalmente, sino que, para que estos puedan considerarse efectivos, los mismos deben reconocer y resolver los factores de desigualdad real de los justiciables, dando resultados o respuestas a las violaciones de los derechos humanos contemplados en la Convención. De este modo, el Tribunal ha declarado que "la inexistencia de un recurso efectivo contra las violaciones a los derechos reconocidos por la Convención constituye una transgresión de la misma por el Estado Parte en el cual semejante situación tenga lugar". (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párrs. 293-294.)

Reparación integral

Sobre un caso de esterilización forzada, en clara violación a derechos sexuales y reproductivos, la Corte IDH ha dicho sobre reparación:

"324. Sobre la base de lo dispuesto en el artículo 63.1 de la Convención Americana [sobre Derechos Humanos], la Corte ha indicado que toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que esa disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado.

325. La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), que consiste en el restablecimiento de la situación anterior. De no ser esto factible, como ocurre en la mayoría de los casos de violaciones a derechos humanos, el Tribunal determinará medidas para garantizar los derechos conculcados y reparar las consecuencias que las infracciones produjeron. Por lo tanto, la Corte ha considerado la necesidad de otorgar diversas medidas de reparación, a fin de resarcir los daños de manera integral por lo que, además de las compensaciones pecuniarias, las medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición tienen especial relevancia por los daños ocasionados.

326. La Corte ha establecido que las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos. Por lo tanto, la Corte deberá observar dicha concurrencia para pronunciarse debidamente y conforme a derecho. Asimismo, la Corte estima que las reparaciones deberán incluir un análisis que contemple no sólo el derecho de la víctima a obtener una reparación, sino que además incorpore una perspectiva de género, tanto en su formulación como en su implementación.

327. En consideración de las violaciones a la Convención declaradas en los capítulos anteriores, la Corte procede a analizar las pretensiones presentadas por la Comisión y la representante, a la luz de los criterios fijados en su jurisprudencia en relación con la naturaleza y alcance de la obligación de reparar, con el objeto de disponer las medidas dirigidas a reparar los daños ocasionados a la víctima”. (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párrs. 324-327.)

Sobre el Caso I.V. vs. Bolivia, en donde mediante una esterilización forzosa se violaron los derechos sexuales y reproductivos de la víctima, la Corte IDH señaló las siguientes medidas de reparación:

“[...] la Corte estima, como lo ha hecho en otros casos, que es preciso disponer una medida de reparación que brinde una atención adecuada a los padecimientos psicológicos y físicos de la víctima, atendiendo a sus especificidades de género y antecedentes. Con el fin de contribuir a la reparación de estos daños, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, y de forma inmediata, adecuada y efectiva, el tratamiento médico y, específicamente, en salud sexual y reproductiva, así como tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, a la señora I.V., incluyendo el suministro gratuito de los medicamentos que eventualmente se requiera, tomando en consideración sus padecimientos. Lo anterior implica que I.V. deberá recibir un tratamiento diferenciado en relación con el trámite y procedimiento que debieran realizar para ser atendidos en los hospitales públicos. Asimismo, los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a su lugar de residencia en Bolivia por el tiempo que sea necesario. En particular, el tratamiento psicológico debe brindarse por personal e instituciones estatales especializadas en la atención a víctimas de hechos como los ocurridos en el presente caso relacionados con la salud sexual y reproductiva de la víctima. Al proveer el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico se debe considerar, además, las circunstancias y necesidades particulares de la víctima, de manera que se le brinde tratamiento familiar e individual, según lo que se acuerde con ella”. (Corte IDH, [Caso I.V. vs. Bolivia](#), párr. 332.)

Hashtags:

#SaludYDiscriminacion
#SaludElGualdad
#ObligacionesEstatales #Verdad
#Investigacion #Justicia
#Sancion #Reparacion
#SaludSexualYReproductiva
#EsterilizacionForzada

Tema relacionado con:

#CEDAWArticulo1 #CEDAWArticulo2 #CEDAWArticulo4
#ConvencionBDPArticulo6 #PIDESCArticulo12

Elementos esenciales:

La Observación General 14 del Comité DESC es uno de los desarrollos en este sentido que conviene rescatar. Esta observación señala:

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalientes en un determinado Estado Parte: [disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad]”. (Comité DESC, [Observación General 14](#), párr. 12.)

El Comité DESC desarrolla cada uno de dichos elementos.

Disponibilidad

“a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”. (Comité DESC, [Observación General 14](#), párr. 12, inciso a).)

Accesibilidad

“248. La Corte recuerda que, como condición transversal de la accesibilidad a los servicios de salud, el Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas. De esta forma, de conformidad con el artículo 1.1 de la Convención Americana, no son permitidos tratos discriminatorios por motivos del sexo. En la actual etapa de evolución del derecho internacional, el principio fundamental de igualdad y no discriminación ha ingresado en el dominio del *jus cogens* y permea todo el ordenamiento jurídico”.

“b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad". (Comité DESC, [Observación General 14](#), párr. 12, inciso b).)

El Comité CEDAW, sobre accesibilidad de las mujeres a los servicios de salud, menciona:

"31. Los Estados Partes también deberían, en particular:

b) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida)". (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 31 b.)

“25. Con frecuencia, las mujeres con discapacidad de todas las edades tienen dificultades para tener acceso físico a los servicios de salud. Las mujeres con deficiencias mentales son especialmente vulnerables, y en general se conoce poco la amplia gama de riesgos que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación por motivo de género, la violencia, la pobreza, los conflictos armados, los desplazamientos y otras formas de privaciones sociales. 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”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 25.)

“45. Los Estados partes deben adoptar una política integral de atención de la salud orientada a proteger las necesidades de salud de las mujeres de edad, de conformidad con la Recomendación general N° 24 (1999) del Comité, relativa a la mujer y la salud. Esta política debe asegurar una atención de la salud asequible y accesible a todas las mujeres de edad mediante, cuando proceda, la eliminación de las cuotas de usuario, la capacitación de trabajadores del sector de la salud en enfermedades geriátricas, el suministro de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y no transmisibles relacionadas con el envejecimiento, la atención médica y social a largo plazo, incluida la atención que permite llevar una vida independiente, y cuidados paliativos. Las medidas de atención a largo plazo deben incluir intervenciones que promuevan cambios de comportamiento y de estilos de vida, con miras a posponer la aparición de problemas de salud, como prácticas nutricionales saludables y una vida activa, así como el acceso a un costo asequible a servicios de atención de la salud, incluidos programas de detección precoz y tratamiento de enfermedades, especialmente las de más prevalencia entre las mujeres de edad. Las políticas de salud también deben garantizar que la atención médica prestada a las mujeres de edad, incluidas las afectadas por discapacidad, se base en el consentimiento libre e informado de la persona interesada”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 27](#), párr. 45.)

“24. El Comité está preocupado por las condiciones de los servicios de atención médica a las mujeres de edad, no sólo porque las mujeres a menudo viven más que los hombres y son más proclives que los hombres a padecer enfermedades crónicas degenerativas y que causan discapacidad, como la osteoporosis y la demencia, sino también porque suelen tener la responsabilidad de atender a sus cónyuges ancianos. Por consiguiente, los Estados Partes deberían adoptar medidas apropiadas para garantizar el acceso de las mujeres de edad a los servicios de salud que atiendan las minusvalías y discapacidades que trae consigo el envejecimiento”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 24.) **Calidad**

“236. Este Tribunal ha señalado que los servicios de salud deben mantener un nivel de calidad

equivalente respecto de quienes no están privados de libertad. La salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos a la vida e integridad personal, lo cual implica obligaciones para los Estados de adoptar disposiciones de derecho interno, incluyendo prácticas adecuadas, para velar por el acceso igualitario a la atención de la salud respecto de personas privadas de libertad, así como por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de tales servicios. En este sentido, la accesibilidad del derecho a la salud para las personas privadas de libertad, implica que estas sean conducidas a centros de salud especializados cuando sean necesario”.

“d) Calidad. [...] los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”. (Comité DESC, [Observación General 14](#), párr. 12, inciso d).)

Aceptabilidad

“205. Aunque los datos personales de salud no se encuentren expresamente previstos en el artículo 11 de la Convención [Americana sobre Derechos Humanos], se trata de información que describe los aspectos más sensibles o delicados sobre una persona, por lo que debe entenderse como protegida por el derecho a la vida privada. Aquellos datos relativos a la vida sexual deben considerarse, además, como personales y altamente sensibles”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 205.)

“206. En virtud del derecho a la vida privada y del derecho a la salud, las personas tienen derecho a que la atención médica sea confidencial y a la protección de los datos de salud. Dicha protección trae como consecuencia que la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión no debe ser difundida y se encuentra privilegiada por el secreto profesional. Esto incluye tanto la información compartida por el paciente mientras es atendido, como la evidencia física que el personal médico pueda observar al brindar atención médica. En este sentido, los médicos tienen un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos. Esta obligación de mantener el secreto profesional ha sido reconocida en diversos instrumentos relativos a la ética de la atención médica, incluyendo el juramento hipocrático, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Mundial de Medicina en 1948, el Código Internacional de Ética Médica, y la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 145.)

“215. ... la Corte resalta que, en relación con emergencias obstétricas, la legislación debe señalar de forma clara que, el deber de preservar el secreto profesional médico es una excepción a la obligación general de denuncia en cabeza de cualquier persona establecida en el artículo 229 del Código Procesal Penal, así como a la obligación de denuncia que se le impone a los funcionarios públicos y al jefe o persona encargada de un centro hospitalario, clínica u otro establecimiento semejante...”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 145.)

“222. La Corte advierte que el irrespeto de la confidencialidad médica puede inhibir que las personas busquen atención médica cuando lo necesiten, poniendo en peligro su salud y la de su comunidad, en caso de enfermedades contagiosas. Específicamente, respecto de casos de mujeres que necesiten atención médica tras un parto o sufrir una emergencia obstétrica, el Comité CEDAW ha señalado que: La falta de respeto del carácter confidencial de la información [...] puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido

víctima de violencia sexual o física”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 145.)

“223. De forma similar, el Comité de Derechos Humanos ha señalado que el establecimiento de la obligación de denuncia al personal de salud, puede inhibir a las mujeres de obtener el tratamiento médico requerido, poniendo en peligro su vida”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 145.)

“224. En este sentido, la Corte considera que, en casos como el presente, relacionados con emergencias obstétricas, la divulgación de información médica puede restringir el acceso a una atención médica adecuada de mujeres que necesiten asistencia médica, pero eviten ir a un hospital por miedo a ser criminalizadas, lo que pone en riesgo sus derechos a la salud, a la integridad personal y a la vida. En efecto, en estos casos colidan en apariencia dos normas: el deber de guardar el secreto profesional y el de denunciar. Tratándose de casos de urgencias obstétricas, en que está en juego la vida de la mujer, debe privilegiarse el deber de guardar el secreto profesional...”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 145.)

“c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”. (Comité DESC, [Observación General 14](#), párr. 12, inciso c).)

“m) Los Estados Partes aseguren que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 19](#), párr. 24, inciso m).)

“9. Los informes que se presentan al Comité deben demostrar que la legislación, los planes y las políticas en materia de salud se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas del estado y las necesidades de salud de la mujer en el país y tienen en cuenta todas las diferencias de carácter étnico, regional o a nivel de la comunidad, o las prácticas basadas en la religión, la tradición o la cultura”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 9.)

“11. Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan

a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios". (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 11.)

"22. Además, los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que entraña, por ejemplo, lograr que sean aceptables para la mujer. Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Los Estados Partes no deben permitir formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento o las pruebas obligatorias de enfermedades venéreas o de embarazo como condición para el empleo, que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa". (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 22.)

"46. Los Estados partes deben adoptar programas especiales adaptados a las necesidades físicas, mentales, emocionales y de salud de las mujeres de edad, que se centren en particular en las mujeres pertenecientes a minorías y las mujeres afectadas por discapacidad, así como en las mujeres encargadas del cuidado de sus nietos o de otros niños a su cargo debido a la migración de los padres, y las que se ocupan del cuidado de parientes que viven con el VIH/Sida o se ven afectados por él". (Comité CEDAW, [Recomendación General 27](#), párr. 46.)

Hashtags:

#SaludYDiscriminacion

#SaludElGualdad

#ObligacionesEstatales #Disponibilidad

#Accesibilidad #Calidad #Aceptabilidad

#ProcedimientosRiesgosos

Tema relacionado con:

#CEDAWArticulo1 #CEDAWArticulo2 #CEDAWArticulo4

#ConvencionBDPArticulo6 #PIDESCArticulo12

Principios de aplicación:

Contenido esencial

El Comité DESC, sobre las obligaciones de los Estados frente al derecho a la salud, claramente ha señalado:

“30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud”. (Comité DESC, [Observación General 14](#), par. 30.)

Progresividad y prohibición de regresión

Al igual que todos los derechos y, especialmente, al tratarse de uno social, el derecho a la salud cuenta con una dimensión de aplicación inmediata y otra progresiva. En aquellas obligaciones de cumplimiento inmediato, el Estado debe garantizar el acceso sin discriminación y adoptar las medidas necesarias para garantizar la realización progresiva del derecho y el uso de los recursos disponibles.

“186. Tal y como lo ha reiterado en su jurisprudencia reciente, la Corte considera que la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección del derecho a la salud incluyen aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, así como aspectos que tienen un carácter progresivo. Al respecto, la Corte recuerda que, en relación con las primeras (obligaciones de exigibilidad inmediata), los Estados deberán adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud, garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y en general avanzar hacia la plena efectividad de los DESC. Respecto a las segundas (obligaciones de carácter progresivo), la realización progresiva significa que los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de dicho derecho, en la medida de sus recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. Asimismo, se impone la obligación de no regresividad frente a la realización de los derechos alcanzados. En virtud de lo anterior, las obligaciones convencionales de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno (artículos 1.1 y 2), resultan fundamentales para alcanzar su efectividad”. (Corte IDH, [Caso Manuela y otros vs. El Salvador](#), párr. 186.)

“31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12”. (Comité DESC, [Observación General 14](#), párr. 31.)

En el caso Cuscul Pivaral y otros, la Corte IDH declaró violados, entre otros, el derecho a la salud, la prohibición de discriminación en relación con la obligación de garantizar el derecho a la salud, y el principio de progresividad. Para la Corte:

“130. El derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados”. (Corte IDH, [Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018](#), párr. 130.)

“32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el PIDESC, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte”. (Comité DESC, [Observación General 14](#), párr. 32.)

Máximo uso de recursos disponibles

“17. El deber de velar por el ejercicio de esos derechos impone a los Estados Partes 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”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 17.)

“30. Los Estados Partes deberían asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud”. (Comité CEDAW, [Recomendación General 24](#), párr. 30.)

Hashtags:

#SaludYDiscriminacion

#SaludElGualdad

#ObligacionesEstatales

#ContenidoEsencial #Progresividad

#ProhibicionDeRegresion

#MaximoUsoDeRecursos

Tema relacionado con:

#CEDAWArticulo1 #CEDAWArticulo2 #CEDAWArticulo4

#ConvencionBDPArticulo6 #PIDESCArticulo12