

“NUNCA ME VIERON COMO UNA PERSONA.

A MÍ ME VIERON COMO UNA INCUBADORA”

CÓMO EL ESTADO PROMUEVE LA VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES: SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

CARCEL DE MUJERES

NO A LA CRIMINALIZACIÓN
DE LAS MUJERES

AMNISTÍA
INTERNACIONAL





DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos no son derechos nuevos. Están reconocidos en los instrumentos de derechos humanos. Abarcan derechos como el derecho a la intimidad, a la integridad física y mental y a no sufrir discriminación, ni tortura ni otros malos tratos.

Entre los derechos sexuales y reproductivos fundamentales figuran los siguientes: libertad para decidir si ser o no sexualmente activo; mantener relaciones sexuales consentidas con independencia de la orientación sexual; mantener relaciones sexuales no vinculadas a la reproducción; elegir a la pareja; decidir el número de hijos y cuándo tenerlos; no sufrir violencia ni prácticas dañinas, así como tener acceso a información, a servicios de contracepción y planificación familiar y a educación sobre la salud sexual, especialmente en el caso de los niños y niñas y los y las adolescentes.

Los derechos sexuales y reproductivos se fundamentan en derechos humanos establecidos en tratados regionales e internacionales de derechos humanos que la mayoría de los Estados de la región han ratificado y se han comprometido a cumplir, entre ellos:

- La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- La Convención sobre los Derechos del Niño
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)

Todos los Estados que han ratificado tratados de derechos humanos tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos.

**LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO GENERAN DISCRIMINACIÓN,
LO QUE VIOLA EL DERECHO A LA IGUALDAD ESTABLECIDO
EN TODOS LOS TRATADOS INTERNACIONALES
DE DERECHOS HUMANOS.**

“Toda mujer quiere y debe ser madre.”



“Hay que limitar la cantidad de hijos de las mujeres pobres o indígenas.”



“Toda mujer embarazada debe llevar a término su embarazo sin importar sus circunstancias personales, su salud o incluso su vida.”



“Las adolescentes no pueden decidir sobre su sexualidad ni sobre si quieren o no ser madres.”



“Las mujeres que viven con VIH deben ser esterilizadas para limitar la propagación del virus.”



“Las niñas que quedan embarazadas producto de violencia sexual deben llevar a término su embarazo.”



“Las mujeres que acuden al hospital con una emergencia obstétrica seguramente son culpables de provocársela, especialmente si tienen escasos recursos.”



La propagación del virus de Zika en América Latina y el Caribe y su relación con la microcefalia en los bebés hizo que en febrero de 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declarase una emergencia de salud pública de importancia internacional.¹ Algunos gobiernos de la región emitieron una recomendación a las mujeres –no a los hombres–: que evitasen los embarazos en el futuro inmediato. Esta recomendación disparatada puso de relieve las enormes dificultades en materia de derechos sexuales y reproductivos a las que se enfrentan las mujeres de la región.

La causa subyacente a cada uno de los casos destacados en el presente documento, y a las miles de situaciones similares que viven mujeres y niñas de toda la región, es la discriminación estructural contra las mujeres. Esta discriminación contra las mujeres por el hecho de serlo prospera a consecuencia de los estereotipos de género arraigados en la sociedad, y alcanza sus cotas más perniciosas en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

El presente documento se basa en el informe de Amnistía Internacional *El Estado como "aparato reproductor" de violencia contra las mujeres*, publicado en marzo de 2016 (Índice: AMR 01/3388/2016) Idioma original: español. Disponible en <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/3388/2016/es/>. El informe original contiene un resumen de las normas de derechos humanos pertinentes y una exposición más detallada de los argumentos y las cuestiones resaltadas en el presente documento.

¹ Véase Organización Mundial de la Salud, “La OMS anuncia una emergencia de salud pública de importancia internacional”, disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11640%3A2016-who-statement-on-1st-meeting-ihr-2005-emergency-committee-on-zika-virus&lang=es.

En mayo de 2016, el caso de Belén ² suscitó la indignación de la opinión pública en Argentina y saltó a los titulares de la prensa internacional.

“Yo estuve callada durante dos años. No me animaba a hablar. Tenía miedo. Me habían dicho que me darían perpetua. Pero estoy tranquila ahora, se que habrá justicia para mí. Ahora estoy más fuerte. Me da mucha alegría que no estoy sola. Estoy eternamente agradecida con todos los que me están ayudando a que mi voz se escuche. Luchemos entre todas y que se nos escuche para que no haya más mujeres presas por aborto. Ahora su lucha también es mi lucha.”

Belén, junio 2016

Belén, de 27 años, está en la cárcel desde hace más de dos años en la Provincia de Tucumán, en el norte de Argentina, por haber sufrido complicaciones obstétricas en un hospital público. Tanto médicos como policías violaron su derecho a la privacidad, la acusaron y criminalizaron injustamente, además de ser sometida a maltratos.

En la madrugada del 21 de marzo de 2014, Belén fue al servicio de guardia del Hospital de Clínicas Avellaneda en San Miguel de Tucumán, porque sentía fuertes dolores abdominales. De allí la derivaron al Servicio de Ginecología porque tenía una fuerte hemorragia. Los médicos le informaron de que estaba teniendo un aborto espontáneo de un feto de aproximadamente 22 semanas. Belén desconocía estar embarazada.

Personal del hospital encontró en un baño un feto e inmediatamente denunciaron a Belén, asumiendo que era su “hijo”, pero sin tener ninguna prueba ni análisis de ADN que probara su relación con el feto. Pese a que en el expediente consta que el feto encontrado era de 32 semanas, y que el médico interviniente constatará que Belén había sufrido un “aborto espontáneo incompleto sin complicaciones” de 22 semanas aproximadamente, conforme consta en su historia clínica, se la consideró sospechosa y tratada como una delincuente.

Belén contó que un enfermero le trajo el feto en una cajita y la insultó por lo que le había hecho, argumentando que se trataba de su “hijo”. Cuando despertó del legrado en su cama, estaba rodeada por varios policías que inspeccionaban sus partes íntimas. Todos estos hechos pueden ser considerados como tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Además de enfrentar los prejuicios de los funcionarios públicos, Belén sufrió una violación a su derecho a la intimidad y a la privacidad, ya que los médicos que tenían la obligación de proteger la confidencialidad de la información a la que habían accedido como parte del ejercicio de su profesión en el marco de la relación médico-paciente, la denunciaron.

² Nombre ficticio.

⁴ “NUNCA ME VIERON COMO UNA PERSONA. A MÍ ME VIERON COMO UNA INCUBADORA”

Desde el momento en que Belén ingresó al hospital nunca más volvió a su casa. Tras permanecer internada seis días, fue trasladada directamente a la cárcel. Lleva detenida más de 26 meses en prisión preventiva, acusada de haberse inducido un aborto. El fiscal de la causa cambió más tarde la acusación por la de homicidio doblemente agravado por alevosía y el supuesto vínculo, lo que puede alcanzar una pena de hasta 25 años de prisión.

El 19 de abril, la Sala III de la Cámara Penal de Tucumán condenó a Belén a ocho años de prisión por homicidio. El 3 de mayo, la defensa de Belén apeló la decisión y solicitó su libertad inmediata, cuestionando la prisión preventiva, para que pueda esperar la sentencia firme fuera de la cárcel. Sin embargo, el 12 de mayo, el mismo tribunal que la había condenado rechazó su pedido de excarcelación.

A pesar de que Belén en cada oportunidad que tuvo frente a la justicia negó que el feto fuera suyo, no fue escuchada. Lamentablemente, la descalificación de las declaraciones de las mujeres y de sus testimonios son fenómenos que se repiten con preocupante frecuencia en los tribunales latinoamericanos. Según la CIDH, los patrones culturales discriminatorios que imperan en el continente influyen de forma negativa la investigación de los casos y la valoración de la prueba subsiguiente, que puede verse marcada por nociones estereotipadas sobre cuál debe ser el comportamiento de las mujeres en sus relaciones interpersonales.

“Me condenaron sólo por dichos, por ser humilde, por ir al hospital, por no tener plata para ir a una clínica privada y pagar una buena defensa.”

Belén, junio 2016

En Argentina, la legislación permite la interrupción legal del embarazo cuando la vida o la salud de la mujer embarazada están en riesgo o cuando el embarazo es producto de una violación. Sin embargo, casi cuatro años después de que la Corte Suprema de Justicia confirmara que el aborto es legal en estos supuestos –lo ha sido desde 1921–, a las mujeres se les continúa negando el acceso a la atención sanitaria legal que necesitan. La ley no protege a los miles de mujeres que cada año sufren complicaciones derivadas de abortos inseguros, primera causa individual de muerte materna en 17 de las 24 provincias de Argentina. Se calcula que más de 60.000 mujeres al año, la mayoría de grupos de bajos ingresos, son ingresadas en un hospital público por consecuencias de abortos realizados en condiciones inseguras.³

En 2014, de acuerdo a las Estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, 290 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas con el embarazo. Cifra que representa un aumento con respecto a 2013 (243) y 2012 (258). Pero este es tan sólo un número representativo. Según ha reconocido el propio

³ Edith Pantelides (Conicet y Cenep-Centro de Estudios de Población) y Silvia Mario (Instituto Gino Germani), *Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina*, Ministerio de Salud de la Nación.



Manifestación para conmemorar el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Asunción, Paraguay, 25 de noviembre de 2015. © REUTERS

Estado, “la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción”, por lo que incluso sus cifras oficiales no representan el total de mujeres y niñas que han perdido la vida.

VIOLENCIA INSTITUCIONAL CONTRA LAS MUJERES

Las mujeres y las niñas tienen derecho a decidir ser sexualmente activas o no y tener hijos o no, así como a tener acceso a información y servicios adecuados para poder ejercer estos derechos con autonomía y responsabilidad. No obstante, pese a que los Estados de la región han ratificado tratados internacionales de derechos humanos que garantizan estos derechos, en la práctica han puesto obstáculos insalvables al acceso de las mujeres a estos derechos, lo que produce violencia contra las mujeres y, en numerosas situaciones, tortura y otros malos tratos.

Cuando un Estado organiza su aparato para restringir derechos fundamentales de las mujeres, ese Estado manda un mensaje muy claro a sus funcionarios: el Estado promueve o, como mínimo, tolera la desigualdad de las mujeres, la discriminación de género y la violencia contra las mujeres.

La legislación y las prácticas de quienes actúan con “autoridad estatal” (incluidos los profesionales de los servicios de salud) influyen en la cultura, la política y la percepción de las mujeres en la sociedad. Al mantener legislación y prácticas que niegan a las mujeres sus derechos humanos fundamentales, el propio Estado actúa como “aparato reproductor” y generador de violencia.

“Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género.”

Relator especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, febrero de 2013⁴

CONFIDENCIALIDAD MÉDICO-PACIENTE

Todas las personas tienen derecho a la intimidad, y la información médica es un ámbito en el que el respeto de este derecho reviste especial importancia. Se debe garantizar la confidencialidad médico-paciente, porque el temor a que su intimidad no esté protegida en el entorno de la atención de la salud podría disuadirlas de acudir a los servicios, poniendo su salud en riesgo.⁵

Los profesionales de la salud tienen el deber ético de proteger la confidencialidad de la información médica del paciente, lo que adquiere especial relevancia cuando las mujeres acuden a personal sanitario buscando apoyo en relación con algunas decisiones sexuales y reproductivas en contextos de legislaciones restrictivas, como es el caso de América Latina y el Caribe.

⁴ Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 28, 2000, párr. 11; Consejo de Derechos Humanos, Informe del relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, febrero de 2013, A/HRC/22/53, párr. 46.

⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, ONU 2009; Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 3 (2003).

La revelación no consentida de la información médica personal es una violación del derecho a la intimidad. Los Estados tienen la obligación de proteger este derecho. No obstante, como muestra el caso de Michelle, del estado de Veracruz (México), lamentablemente en la región existe una constante de violación de la confidencialidad de la información de las pacientes en el contexto de la salud sexual y reproductiva.

Michelle, de 23 años, tiene dos hijos y vive con el VIH. En 2014, cuando estaba embarazada de cuatro meses, el hospital la informó de que era portadora del virus. A partir de ese momento, e incluso después del parto, fue sometida a diversas formas de malos tratos por profesionales sanitarios del Estado de Veracruz.

El ginecólogo le dijo que tendría que operarse para no tener más hijos. Michelle prefería otro método anticonceptivo no permanente, pero el médico insistió. Michelle dijo: “El médico incluso regañó a mi madre, le dijo que ella, como madre, ‘debe de entender’”. Recuerda que el médico le dijo:

“¿Qué estás esperando? Ya tienes VIH y vas a traer a un niño enfermo, ¿para qué quieres embarazarte otra vez?”

El 27 de septiembre de 2014, Michelle llegó al Hospital General estando de parto, pero el cirujano de turno no le quiso practicar la cesárea. Tuvo que esperar varias horas a que llegara una doctora que hacía los procedimientos a las mujeres con VIH. Durante su estancia en el Hospital General, recibió un trato discriminatorio y maltrato verbal. En el hospital pusieron un letrero grande sobre su cama con la palabra “VIH”. Cuando tuvo una hemorragia, el personal sanitario le gritó que ella misma limpiara la sangre, porque no querían contagiarse. Michelle dice que siempre le daban de comer la última, cuando ya todas las demás mujeres de la planta habían comido.

A pesar de que Michelle expresó en diversas ocasiones su rechazo a la operación de esterilización, se la practicaron sin su consentimiento. Lo supo cuando se despertó de la cesárea:

“Me dolió, porque es una cicatriz que voy a llevar toda mi vida, no fue una decisión que naciera de mí, me la hicieron a la fuerza.”



Activistas por los derechos de la mujer protestan frente a la Corte Suprema para exigir la despenalización del aborto, San Salvador, El Salvador, 15 de mayo de 2013.
© REUTERS/Uiises Rodriguez

Actualmente Michelle trabaja en una fundación que ayuda a mujeres embarazadas que viven con VIH. La organización la ha ayudado a superar el trauma y compartir sus experiencias con otras mujeres que, como ella, han sufrido esterilización forzada pese al hecho de que, con las intervenciones adecuadas, el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo se puede reducir a menos del 5%.⁶

El trato que recibió Michelle evidencia que, en el contexto de la salud sexual y reproductiva, las violaciones de derechos humanos se multiplican. La discriminación fue la base de los malos tratos que sufrió, y le negó el derecho a acceder a los mismos servicios de salud reproductiva a los que todas las mujeres tienen derecho en virtud de las normas internacionales de derechos humanos. De acuerdo con esas normas, los anticonceptivos deben estar disponibles y ser asequibles, y las mujeres deben tener el derecho a elegir o rechazar libremente los servicios de planificación familiar (incluida la esterilización).⁷

EL IMPACTO EN LAS FAMILIAS

La violencia institucional contra las mujeres –incluida la tortura– en el ámbito de la salud sexual y reproductiva puede tener consecuencias devastadoras para sus familias.

A menudo se juzga y se culpa a las madres que tratan de defender el bienestar, la salud y la vida de sus hijas, especialmente si deciden alzar la voz en defensa de sus derechos sexuales y reproductivos, como demuestra claramente el caso de la madre de Mainumby.

En el caso de los hijos e hijas de las mujeres encarceladas tras sufrir emergencias obstétricas, el trauma de las diversas etapas del proceso penal contra sus madres –desde la detención a la condena y el encarcelamiento– puede afectarles durante el resto de la vida.

Teodora del Carmen Vásquez, de 31 años, tiene un hijo que ahora tiene 12 años. La hermana de Teodora contó a Amnistía Internacional que cada año Teodora “le celebraba su cumpleaños con piñatas y música. Le adornaba el cuarto. Se iban solitos a pasear”.

En 2006, Teodora volvió a quedar embarazada, pero no pudo acudir a los controles médicos prenatales por falta de dinero y porque trabajaba desde las seis de la mañana hasta las nueve de la noche. En julio de 2007, en el noveno mes de embarazo, Teodora empezó a sentir dolores y molestias mientras se encontraba en el trabajo. Teodora describe así lo que ocurrió entonces:

⁶ ONUSIDA, Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, 2011, p. 8, y Organización Mundial de la Salud, véase <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/>.

⁷ *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement*, 2014, disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf.

“Cuando yo sentí que ya eran demasiado fuertes los dolores, agarré mi teléfono y empecé a hacer llamadas al 911, porque fue lo único que se me ocurrió. Me contestaba una mujer y me decía que ya había mandado para que me fueran a ayudar, pero nunca apareció ningún tipo de ayuda... Llamé como cinco veces.”

Teodora tuvo un aborto involuntario en el baño, se desmayó y sangró profusamente. Varios agentes de policía llegaron, la esposaron y la acusaron de cometer homicidio agravado ante la sospecha de haberse provocado un “aborto”.

Su familia no tenía dinero para pagar una defensa legal efectiva y, en 2008, Teodora fue condenada a 30 años de prisión, de los que ya ha cumplido ocho.

“Cuando el niño llegó [a la prisión] por primera vez [...] no había cumplido los cuatro años todavía [...] Al salir de la cárcel fue duro, se colgó de ella. ‘Mamita te llevo’, le dijo, ‘¿por qué no te haces una palomita, salís, y te vas con nosotros? No quiero dejarte aquí’.”

María, madre de Teodora

Teodora está cursando el bachillerato. Desde su celda de prisión, contó a Amnistía Internacional: “Me levanto con una mente positiva todos los días, con interés de aprender algo nuevo”.⁸

En El Salvador, la ley convierte a las mujeres embarazadas en sospechosas y delincuentes. Ante una emergencia obstétrica se sospecha casi ineludiblemente que las mujeres han cometido un “delito” que acarrea penas de hasta 40 años de prisión.

“Te dicen que si no denuncias este tipo de situaciones, formas parte del delito, eres cómplice y estás expuesto a perder tu trabajo. Nos hacen dejar de ser médicos y convertirnos en policías. Varias veces mis jefes me han llamado la atención pero yo les digo que no puedo violar el secreto profesional que les debo a mis pacientes. Cuando conoces tus derechos, nadie te puede intimidar.”

Doctor “Lemus”, El Salvador

Aunque muchas personas arguyen que la legislación que penaliza el aborto en todos los supuestos con pocas o ninguna excepción está destinada a prevenir los abortos, los datos son claros: la

⁸ Para leer más sobre la historia de Teodora y otras mujeres en situaciones similares en El Salvador, véase Amnistía Internacional, *Familias separadas, abrazos rotos*, noviembre de 2015 (Índice: AMR 29/2873/2015).

penalización no reduce el número de abortos. Lo que sí hace, sin embargo, es aumentar la mortalidad y morbilidad maternas, puesto que obliga a las mujeres y las niñas a procurarse abortos clandestinos que ponen en peligro su vida y su salud.⁹ Se calcula que la tasa de abortos inseguros en América Latina y el Caribe es la más alta del mundo.¹⁰

¿EL DERECHO DE QUIÉN? ¿LA VIDA DE QUIÉN?

Las experiencias de las mujeres en toda la región evidencian el poder del personal médico, los funcionarios del Estado y ciertos grupos religiosos para imponer sus propias convicciones sobre las mujeres y las niñas. Este poder se ejerce con frecuencia a expensas de los derechos humanos de las mujeres a la salud, la integridad física, la autonomía, la intimidad y la vida.

En años recientes, se constata en la región una tendencia creciente de establecer protección absoluta del feto, dándole prioridad sobre los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Varios países de la región han incorporado el concepto de la protección absoluta del feto a su legislación penal a través de la prohibición total del aborto en todos los supuestos (El Salvador, República Dominicana y Chile) o a través de prohibiciones parciales del aborto que, con frecuencia, en la práctica terminan siendo absolutas (Argentina y Paraguay). Estas leyes infligen un sufrimiento y una violencia enormes a las mujeres y las niñas.

Ningún órgano internacional de derechos humanos ha reconocido jamás al feto como objeto de protección en virtud del derecho a la vida o de otras disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos del Niño.¹¹

La Convención Americana sobre Derechos Humanos es el único tratado que tiene una cláusula que establece que el derecho a la vida estará protegido “en general, a partir del momento de la concepción” (artículo 4.1). Al interpretar esta cláusula, tanto la Comisión como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han dicho que dicha protección no es absoluta. En su

⁹ Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6ª ed., Ginebra, OMS, 2011.

¹⁰ *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*, Ginebra, 2014, disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>.

¹¹ Véase R. Copeland *et al*, “Human Rights Being at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights”, *Reproductive Health Matters* (2005), vol. 13, issue 26, pp. 120-129. La historia de las negociaciones de los Estados sobre este tratado aclaran que estas medidas de protección “antes de nacer” no deben afectar a la elección de la mujer a interrumpir un embarazo no deseado.



María Sánchez, madre de Teodora, en la que era la habitación de Teodora antes de que la encarcelaran, El Salvador, 2015. © Amnesty International



interpretación, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se hizo eco de la jurisprudencia internacional y nacional en la materia, que establece claramente que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de la protección de la mujer. Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que cualquier interés que los Estados puedan tener para proteger al feto debe ser gradual e incremental, según el desarrollo del feto, y no puede ser absoluto.¹²

No obstante, los órganos internacionales de derechos humanos se han pronunciado contra la violencia contra las mujeres y la tortura y otros malos tratos, prohibidos por los tratados internacionales de derechos humanos que esos mismos Estados se han comprometido a cumplir y que, sin embargo, parecen más que dispuestos a despreciar en lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como demuestra claramente el caso de Mainumby,¹³ una niña de Paraguay.

En abril de 2015, Mainumby tenía 10 años y pesaba sólo 34 kilos. Además, estaba embarazada de 21 semanas a consecuencia de una violación en un país en el que la legislación sólo permite abortar en los casos en que la vida de la mujer o la niña corre peligro. Los efectos del prejuicio sistemático y las acciones del Estado se conjugaron para someterla a graves violaciones de derechos humanos.

“Nadie sabe el dolor que una siente al ver a su hija así. Ella es una nena que debería estar jugando, estudiando, compartiendo con sus compañeras. Nadie se pone en mi zapato. Cuando la bebé se despierta: tengo que despertar a mi hija para que le dé de mamar.”

Madre de Mainumby, Paraguay.

¹² Véase, por ejemplo, Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica*.

¹³ Nombre ficticio.

Mainumby vivía con su madre en un barrio desfavorecido de Asunción, Paraguay. En enero de 2014, la madre de Mainumby comenzó a sospechar que su hija estaba sufriendo abusos sexuales a manos del padrastro, y lo denunció a las autoridades. Pero éstas desestimaron la denuncia y no tomaron medidas para mantener al agresor alejado de Mainumby. De haberlo hecho, la niña no habría seguido siendo violada.

En enero de 2015, Mainumby comenzó a quejarse de dolores de vientre y malestares. Su madre la llevó a dos centros de salud públicos diferentes, y en ambos le diagnosticaron parasitosis. Pero Mainumby continuaba sintiéndose mal y, a mediados de abril, su madre la llevó a un hospital privado donde le diagnosticaron un posible tumor y solicitaron una ecografía. El 21 de abril de 2015, la ecografía reveló que Mainumby estaba embarazada de 20 a 21 semanas.

El hospital le proporcionó asistencia integral, y su director declaró públicamente que se trataba de un embarazo de alto riesgo por la corta edad de la niña y porque su útero no estaba lo suficientemente desarrollado para albergar a un bebé. Según información de prensa, el director del hospital declaró que “en caso de que la salud o la vida de la niña corra algún peligro, se evaluará interrumpir el embarazo. Estamos legalmente facultados a realizar eso”.¹⁴ A partir de ese momento, organizaciones con afiliación religiosa se movilizaron para ejercer presión e impedir que Mainumby recibiera el tratamiento médico que necesitaba y que la legislación autorizaba.

Mainumby fue internada en un hospital acompañada de su madre, hasta que ésta fue detenida y acusada de no ejercer su deber legal de cuidado y de complicidad en las agresiones a su hija, y la niña quedó sola. Desde entonces, se han retirado los cargos contra la madre de Mainumby, pero ha perdido el trabajo. Entretanto, el violador de Mainumby continuaba en libertad. Mainumby fue internada por orden judicial en un hogar sujeto a un régimen de visitas estricto. El 24 de mayo, día en que Mainumby cumplió 11 años, su madre pudo visitarla por primera vez durante 15 minutos.

Mainumby dio a luz mediante cesárea el 13 de agosto de 2015 y fue dada de alta 10 días después. Aún no están claras las secuelas que todo esto le dejará. Lo que sí está claro es que Mainumby está teniendo enormes dificultades para obtener los medicamentos que necesita para recuperarse y la leche para el bebé que le permitiría continuar con aspectos importantes de su propio desarrollo infantil, entre ellos, ir a la escuela, lo que le resulta prácticamente imposible mientras tiene que amamantar al bebé.

Es difícil comprender la extrema crueldad que supone obligar a una niña a llevar a término un embarazo que a diario le recuerda

¹⁴ “Si la vida de niña embarazada corre riesgo, interrumpirán gestación, dicen”, ABC Color, citando al doctor Ricardo Oviedo, director del Hospital Materno Infantil de Trinidad; 24 de abril de 2015, disponible en: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/si-la-vida-de-nina-embarazada-corre-riesgo-interrumpiran-gestacion-dicen-1359702.html>.

la violación, y luego a dar a luz y amamantar a un bebé recién nacido. El trato dispensado a Mainumby muestra el grave dolor o sufrimiento, tanto físico como mental, infligido intencionalmente con un propósito determinado –en este caso, la discriminación– con el consentimiento de funcionarios públicos, circunstancias características de la tortura.

El caso de Mainumby es un caso de violencia extrema, pero, lamentablemente, no es un caso aislado en Paraguay ni en la región, que tiene la segunda tasa de embarazo adolescente más alta del mundo.¹⁵ La tasa de embarazo de niñas menores de 14 años en la región no se conoce. No obstante, existen estudios preliminares alarmantes que indican que este problema afecta prácticamente a todos los países de América Latina y el Caribe, sobre todo a niñas de familias que viven en la pobreza y en comunidades rurales e indígenas.¹⁶

Las experiencias descritas en el presente documento arrojan luz sobre esta situación profundamente problemática y compleja. Más de la mitad de los embarazos en América Latina y el Caribe son embarazos no deseados o no planificados. Esta tasa no ha variado desde 1985¹⁷, pese a que el uso de métodos anticonceptivos modernos ha aumentado. Las razones son muchas, como los elevadísimos índices de violencia sexual, incluida la violencia conyugal;¹⁸ la falta de acceso a la contracepción,¹⁹ incluida la de emergencia; y actitudes profundamente arraigadas que promueven el papel de la mujer en primer lugar y ante todo como madre.

Esta discriminación tiene un impacto profundo y duradero en las vidas de las mujeres y las niñas: el 97% de las mujeres en edad reproductiva de América Latina y el Caribe vive en países en los que el aborto está severamente restringido en la legislación²⁰ – legislación que no niega intencionalmente una intervención vital a ningún otro grupo–.

Cuando el 2 de julio de 2012 Rosaura Arisleida Almonte Hernández, de 16 años, experimentó repentinos síntomas de fiebre alta y un fuerte dolor abdominal, su madre, Rosa, la llevó inmediatamente a un hospital de Santo Domingo, en República

¹⁵ UNFPA Paraguay, *JOPARE*, julio de 2013, www.unfpa.org.py.

¹⁶ Planned Parenthood, Federation of America, Global: *Stolen Lives*; CLADEM, *Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*, disponible en <http://www.cladem.org/pdf/nin%CC%83as-madres-balance-regional>.

¹⁷ *Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014: documento técnico*, p. 25, disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/535>.

¹⁸ El 29,8% de las mujeres sufren violencia física y/o sexual conyugal o violencia sexual no conyugal, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>.

¹⁹ WHO, Planificación familiar/Anticoncepción: Nota descriptiva N°351, actualizada en mayo de 2015, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.

²⁰ Guttmacher Institute, “Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean”, noviembre de 2015, disponible en: https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America.pdf.



Manifestación para conmemorar el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Santo Domingo, República Dominicana, 25 de noviembre de 2015. © Erika Santelices

Dominicana. Posteriormente, le diagnosticaron una forma de leucemia que la mataría en pocas semanas si no recibía tratamiento urgente. Rosaura estaba embarazada de apenas siete semanas, y la doctora recomendó que se le practicara un aborto terapéutico para poder iniciar el tratamiento contra la leucemia de forma inmediata. Tanto madre como hija manifestaron con claridad y de forma reiterada a los médicos su voluntad para proceder a la interrupción del embarazo y al tratamiento inmediato de la leucemia. Sin embargo, las autoridades hospitalarias indicaron que “el aborto estaba prohibido por la Constitución” e impidieron que la operación se llevara a cabo.

Finalmente, el 26 de julio (24 días después de que Rosaura fuese hospitalizada) los médicos iniciaron el tratamiento contra la leucemia. El 16 de agosto Rosaura tuvo un aborto espontáneo y al día siguiente, a las 8 de la mañana, falleció.

“A mi hija ya nada me la devuelve, pero yo no puedo dejar pasar las cosas sin exigir que se diga con claridad qué se hizo mal en este caso. Hasta que no se aclare esto y se determinen las responsabilidades no habrá forma de evitar que otra madre tenga que vivir lo que yo viví tratando de hacer que atendieran a mi hija.”

Rosa Hernández, República Dominicana

En diciembre de 2014, República Dominicana aprobó un nuevo Código Penal que despenalizaba el aborto en los casos en que la vida o la integridad de la mujer corrieran peligro, cuando el embrión presentase malformaciones incompatibles con la vida y cuando el embarazo fuese producto de una violación o incesto. Sin embargo, en diciembre de 2015, el Tribunal Constitucional declaró anticonstitucional la nueva legislación, dejando en vigencia el Código Penal anterior, de 1884. Con ello, República Dominicana regresó al siglo XIX, manteniendo una legislación que penaliza el aborto en todas las circunstancias. Es significativo que las tasas



Esperanza Huayama, presidenta de la Asociación de Mujeres de Huancabamba, Perú, octubre de 2015. © Amnesty International / Raúl García Pereira

de mortalidad materna y de embarazo adolescente en República Dominicana se encuentran entre las más elevada de la región.²¹

En 2014, al menos el 10% de todas las muertes maternas en América Latina y el Caribe se debieron a abortos inseguros.²² El Salvador está entre los ocho países del mundo en los que el número de muertes maternas ha aumentado desde 2003.²³ Alrededor de 760.000 mujeres de la región son hospitalizadas anualmente por complicaciones de abortos inseguros.²⁴ Como ocurre siempre en esta región, la más desigual del mundo, la necesidad insatisfecha de servicios de salud sexual y reproductiva afecta de manera desproporcionada a las personas que viven en la pobreza y en comunidades marginadas.

El Estado promueve y legitima la discriminación estructural que subyace a toda la violencia de género. Todo el trabajo en

²¹ Más del 20% de las mujeres menores de 20 años están embarazadas o tienen hijos (Colectiva Mujer y Salud, Boletín Ciudadanas 2015, “28 de Mayo. Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres” pp. 2-3).

²² Guttmacher Institute, “Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean”, disponible en https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America.pdf.

²³ Institute for health metrics and evaluation, disponible en: <http://www.healthdata.org/news-release/sharp-decline-maternal-and-child-deaths-globally-new-data-show>.

²⁴ Guttmacher Institute, “Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean”, disponible en https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America.pdf.

torno a estas cuestiones realizado por organizaciones de mujeres locales, grupos de derechos humanos y órganos internacionales de derechos humanos, así como por la propia Amnistía Internacional, ha conducido a la organización a extraer una conclusión clara: la violencia contra las mujeres no se erradicará a menos y hasta que los Estados de la región modifiquen la legislación discriminatoria, las políticas públicas y las prácticas sobre la salud sexual y reproductiva.

En la actualidad, lejos de eliminar la violencia contra las mujeres, la legislación y las prácticas estatales actúan como un “aparato reproductor” que genera más violencia. Esta violencia abarca los malos tratos y la negación de servicios a las mujeres y las niñas en los centros sanitarios; la violación del deber de confidencialidad médica; la imposición de decisiones a las mujeres y las niñas sin tener en absoluto en cuenta sus deseos, en interés de otras agendas morales o religiosas, así como múltiples formas de discriminación. El contexto actual crea un entorno en el que algunos profesionales de la salud creen que pueden imponer sus creencias o ejercer su derecho a la objeción de conciencia sin tener en absoluto en cuenta los derechos de las mujeres y las niñas de las que se supone que deben cuidar, ni las consecuencias que ello tenga para su salud y su vida. La creencia de que la vida y las opiniones de las mujeres valen menos radica en la discriminación institucionalizada, y sus frutos son la violencia institucionalizada contra las mujeres.

LA LUCHA POR LA JUSTICIA

Los movimientos por los derechos de las mujeres y la justicia de género en América Latina y el Caribe son cada vez más fuertes, más organizados, más sofisticados en sus análisis sobre derechos y más efectivos en su trabajo de incidencia. No obstante, un factor crucial que consolida la discriminación y exacerba el sufrimiento en toda la región es la falta de acceso a la justicia para interponer demandas y obtener reparación por las violaciones de derechos humanos descritas en el informe.

Esperanza tiene 59 años, es madre de nueve hijos y vive en la región norte de los Andes peruanos. Contó a Amnistía Internacional que en 1998 “los promotores de salud iban a los caseríos a vernos, para decirnos que vendría una comisión de médicos de Lima. Nos dijeron que nos vengamos, para recibir alimentos y ayuda. Entonces, muchas fuimos”.

Cuando Esperanza llegó al policlínico se enteró de que las habían convocado para hacerles ligaduras de trompas en el marco del Programa de Planificación Familiar vigente en ese momento. Durante la operación, Esperanza escuchó la conversación entre el médico y la enfermera, en la que señalaban que ella se encontraba embarazada. Describió cómo les rogó que no dañaran el feto, pero la ignoraron y prosiguieron con la intervención:

“Mi hijito lo perdí a la fuerza, por la ligadura, por esos médicos que me operaron sin importarles mi vida, ni el bebé. Siempre, me viene la pena de haber perdido a mi hijito.”

Las secuelas de aquella esterilización forzada la acompañan hasta el día de hoy:

“A veces, nos encontramos con las amigas que también son ligadas, y les duele la espalda, la cabeza y tienen los mismos males que yo. Unas han quedado muy mal de salud, apenas pueden caminar [...] no tienen médicos especialistas que nos vean [...] nos tienen olvidadas.”

Actualmente Esperanza es presidenta de la Asociación de Mujeres de la Provincia de Huancabamba (AMHBA) y continúa luchando por que se haga justicia:

“Aunque dice la gente que soy analfabeta, a mí no me desaniman, porque en la organización he aprendido a ser fuerte, a estar con poder para que no me engañen, para que no se rían de nosotras: las mujeres indígenas. En la AMHBA estamos organizadas para defender los derechos de las mujeres ligadas.”

El programa y la práctica de esterilizaciones masivas han terminado en Perú, pero los responsables de violar los derechos humanos de Esperanza y todas las otras mujeres esterilizadas sin su consentimiento durante ese período continúan disfrutando de total impunidad. Al no garantizarles verdad, justicia y reparaciones ante tan graves violaciones de derechos humanos, el Estado somete a las víctimas de esterilización forzada a una nueva y permanente situación de violencia.

En abril de 2015, el Ministerio Público Fiscal reabrió una investigación sobre la práctica sistemática de esterilizaciones forzadas como graves violaciones de los derechos humanos en el país. En el momento de redactar el presente informe dicha investigación continuaba abierta. Asimismo, en noviembre de 2015, el ejecutivo inició un registro de víctimas de esterilización forzada para darles apoyo psicológico y médico, y para facilitarles el acceso a la justicia.

Tania tenía 31 años, tres hijos y estaba recibiendo un tratamiento para combatir un cáncer cuando descubrió que estaba embarazada de un cuarto hijo. Tania contó a Amnistía Internacional que el médico que le trataba el cáncer disponía de información crucial, y no le aclaró que ese embarazo significaría la suspensión del tratamiento contra el cáncer y que, por consiguiente, su vida correría peligro.

“Ellos nunca me vieron como una persona, como un ser integral. A mí me vieron como una incubadora, alguien que puede traer hijos a este mundo. Y después no importa si yo lo voy a criar o no, si me voy a morir, si va a pasar hambre, a ellos no les importa. Ellos nos ven como incubadoras. Como aparatos, como aparatos reproductivos.”

Tania decidió abortar para poder obtener el tratamiento médico que necesitaba para salvar su vida. La operación era ilegal, con todo el estrés y la ansiedad que eso conlleva. No obstante, afortunadamente Tania tenía los medios para asegurarse de que la intervención se llevara a cabo de manera segura en una clínica. Muchas mujeres en América Latina y el Caribe no tienen esa opción.



Reunión de la Asociación de Mujeres de Huancabamba para debatir acerca de las esterilizaciones forzadas, Huancabamba, Perú, octubre de 2015.
© Amnesty International / Raúl García Pereira

Chile es uno de los siete países de la región (junto con El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, Surinam y República Dominicana) que penaliza el aborto en todos los supuestos. La prohibición total crea un entorno en que se impide a los profesionales de la salud responder de forma apropiada a las necesidades médicas de las mujeres y las niñas embarazadas.

En enero de 2015, la presidenta de Chile, Michelle Bachelet, presentó un proyecto de ley en el Congreso para introducir tres supuestos de excepción a la penalización del aborto: cuando la vida de la mujer esté en peligro, cuando el feto sea inviable y cuando el embarazo sea producto de una violación. El proyecto de ley ha recibido la aprobación de la Cámara de Diputados y sólo está pendiente de la aprobación del Senado para entrar en vigor.

“[...] el tema es si voy a esperar a que una mujer esté en una UTI [Unidad de Tratamientos Intensivos] por una complicación severa [...] para poder intervenirla, o voy a anticiparme a ese evento dramático [...] antes de llegar a eso [...] el foco habría que ponerlo en la decisión de la propia mujer.”

René Castro, ginecólogo, Chile

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Amnistía Internacional está sumando su voz a la de centenares de organizaciones de mujeres de la región que piden que se erradique la violencia contra las mujeres.

La pandemia de violencia contra las mujeres en la región es una muestra patente de la falta de voluntad política de los Estados de América Latina y el Caribe para proteger los derechos de las mujeres y las niñas. Los Estados pueden y deben hacer más para prevenir y erradicar la violencia de género. Las medidas necesarias son conocidas, y numerosas organizaciones nacionales e internacionales han aportado pruebas y datos al respecto.

Amnistía Internacional cree que la violencia contra las mujeres no se erradicará a menos y hasta que los Estados de la región modifiquen la legislación, las políticas públicas y las prácticas discriminatorias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esta legislación y estas prácticas no solo violan los derechos humanos, sino que también generan violencia institucional, incluida tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. Como muestran las experiencias de las mujeres destacadas en el presente documento, el Estado está imponiendo estas prácticas discriminatorias basadas en estereotipos de género, actuando como “aparato reproductor” de violencia contra las mujeres.

La situación puede cambiar, debe cambiar.

Amnistía Internacional pide a los Estados de América Latina y el Caribe que:

- modifiquen todas las leyes, normas, prácticas y políticas públicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que puedan producir violencia institucional, tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
- adopten medidas para erradicar la discriminación contra las mujeres y los patrones estereotipados de comportamiento que promueven su tratamiento desigual en la sociedad, especialmente en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva, incluidas medidas especiales para abordar la discriminación múltiple;
- Impidan la violencia institucional, la tortura y otros malos tratos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y garanticen a las víctimas la disponibilidad de mecanismos de acceso a la justicia efectivos, adecuados e imparciales, así como reparación integral;
- elaboren protocolos de actuación en relación con la atención y la investigación de la violencia sexual; garanticen la disponibilidad de métodos de anticoncepción de emergencia para todas las mujeres y las niñas, especialmente para las que han sido violadas;

- regulen el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud a fin de que no haya riesgos para la salud de la paciente y se garantice su derecho a recibir servicios y anticonceptivos, someterse a una intervención de interrupción del embarazo o recibir cualquier otro servicio de salud que precisen; Implementen mecanismos que garanticen la disponibilidad permanente de profesionales de la salud que brinden esta atención y,
- teniendo en cuenta los principios de la Convención de los Derechos del Niño, en especial el interés superior de las niñas, desarrollen políticas públicas para protegerlas de los embarazos y las maternidades forzadas.

Amnistía Internacional pide al sistema interamericano de protección de los derechos humanos que, dada su influencia en los países de la región y ante el contexto de discriminación estructural, se implique más en este debate crucial para la región.

OTROS INFORMES SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA REGIÓN DE LATINOAMÉRICA



AMÉRICAS: ¡DEFENSORAS BAJO ATAQUE! PROMOViendo LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LAS AMÉRICAS

<https://www.amnesty.org/en/documents/amr01/2775/2015/es/>

EL SALVADOR: FAMILIAS SEPARADAS, ABRAZOS ROTOS: MUJERES ENCARCELADAS POR EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y EL IMPACTO EN SUS FAMILIAS

<https://www.amnesty.org/en/documents/amr29/2873/2015/es/>

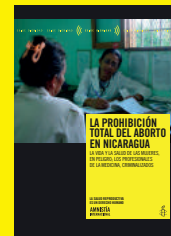


NICARAGUA: ESCUCHA SUS VOCES Y ACTÚA NO MÁS VIOLACIÓN NI VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS

<https://www.amnesty.org/en/documents/amr43/008/2010/es/>

NICARAGUA: LA PROHIBICIÓN TOTAL DEL ABORTO EN NICARAGUA. LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, EN PELIGRO; LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA, CRIMINALIZADOS

<https://www.amnesty.org/en/documents/amr43/001/2009/es/>



Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas que trabajan por un mundo en el que todas y todos disfrutan de los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia principalmente gracias a nuestra membresía y a donaciones públicas.

Amnistía Internacional, Secretariado Internacional,
Peter Benenson House, 1 Easton Street,
London, WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: AMR 01/4140/2016

Foto de portada: Manifestación para pedir que se ponga en libertad a Belén, condenada a ocho años de cárcel por haber tenido un aborto espontáneo, Tucumán, Argentina.
© Agencia de Prensa Alternativa (APA).

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL** 