



Organización de los
Estados Americanos



OEA/Ser.L/V/II.
Doc. 69
7 junio 2010
Original: Español

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

OAS Cataloging-in-Publication Data

Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos = Access to maternal health services from a human rights perspective / [Inter-American Commission on Human Rights.]

p. ; cm. (OEA documentos oficiales ; OEA/Ser.L)(OAS official records ; OEA/Ser.L)

ISBN 978-0-8270-5461-5

1. Maternal health services--America. 2. Women's health services--America.
3. Sex discrimination against women--America. 4. Women's rights--America.
I. Inter-American Commission on Human Rights. II Series. III. Series. OAS
official records ; OEA/Ser.L.

OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69

Documento publicado gracias al apoyo financiero de España.
Las opiniones aquí expresadas pertenecen exclusivamente a la CIDH
y no reflejan la postura de España. 

Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de junio de 2010

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

MIEMBROS

Felipe González

Paulo Sérgio Pinheiro

Dinah Shelton

Luz Patricia Mejía Guerrero

María Silvia Guillén

José de Jesús Orozco Henríquez

Rodrigo Escobar Gil

Secretario Ejecutivo: Santiago A. Canton

Secretaria Ejecutiva Adjunta: Elizabeth Abi-Mershed

**ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA DESDE UNA PERSPECTIVA
DE DERECHOS HUMANOS**

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MATERNA Y BARRERAS EN EL ACCESO A ESTOS SERVICIOS.....	7
III. DEBERES DE LOS ESTADOS PARA QUE LAS MUJERES ACCEDAN A SERVICIOS DE SALUD MATERNA SIN DISCRIMINACIÓN	16
A. Los principios de igualdad y no discriminación	16
B. Deberes de los Estados para que las mujeres accedan a los servicios de salud maternal sin discriminación	22
IV. RECOMENDACIONES	31

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MATERNA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

I. INTRODUCCIÓN

1. Existe una gran preocupación a nivel internacional ante las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas evitables. Esta situación no es ajena a las Américas. La mortalidad materna continúa siendo un problema grave de derechos humanos que afecta dramáticamente a las mujeres en el mundo y en la región y que repercute en sus familias y en sus comunidades. Específicamente las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad, son quienes tienen menos acceso a servicios requeridos de salud materna. El presente informe aborda cómo las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal, pueden contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna - entendida esta última como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto- y en asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios.

2. El derecho de toda persona a la integridad física, psíquica y moral sin discriminación se encuentra consagrado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹. El derecho a la integridad personal en el ámbito de la salud, guarda una estrecha relación con el derecho a la salud dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece el derecho a la integridad de la persona, y más específicamente el derecho de toda persona a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales (...) y la asistencia médica sin discriminación, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad². Por su parte, el Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud sin discriminación, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social³.

3. La protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna entraña la obligación de garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de

¹ CIDH, *Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos de Chile*, OEA/Ser.L/V/II.77.rev.1, Doc. 18, 8 mayo 1990 Cap. IV, Derecho a la Integridad Personal, párr. 6. Disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/Chile85sp/cap4.htm>; Artículo 5 de la Convención Americana en conexión con el artículo 1(1) de dicho instrumento internacional. La Convención Americana sobre Derechos Humanos fue firmada por todos los Estados americanos y ratificada por los siguientes Estados: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tobago (entre mayo 1991 y mayo 1999), Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

² Artículos I, II y Artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Los Estados americanos que adoptaron esta Declaración son: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela (República Bolivariana de).

³ Los Estados que ratificaron este Protocolo son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay. Los Estados que firmaron este Protocolo y no lo ratificaron posteriormente son: Chile, Haití, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de).

condiciones, a los servicios de salud que requieren según sus necesidades particulares relacionados con el embarazo y el periodo posterior al parto y a otros servicios e información relacionados con la maternidad y en materia reproductiva a lo largo de sus vidas⁴. Es importante señalar que muchas de las complicaciones en el embarazo y parto son generalmente prevenibles. Según la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe representa el 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres y 14% en los hombres, haciéndose manifiesta la brecha entre los géneros⁵.

4. El derecho a la integridad personal se relaciona con principios básicos de derechos humanos, como la igualdad, privacidad, autonomía y dignidad. Sin embargo, la CIDH ha constatado que muchas mujeres en situación de exclusión, entendida ésta como una condición que perjudica a ciertos individuos o grupos sociales de acceder a servicios básicos de calidad, están más propensas a sufrir una afectación a su derecho a la integridad física, psíquica y moral en su acceso a servicios de salud materna, como consecuencia de algunas barreras que limitan su acceso a estos servicios⁶.

5. Estas barreras están relacionadas con la ausencia o insuficiencia de perspectiva de género en las políticas públicas para abordar las necesidades en salud de las mujeres, particularmente para reducir la mortalidad materna. También están relacionadas con diferentes formas de discriminación que las mujeres han históricamente enfrentado en distintos niveles, sea en el hogar y/o en los establecimientos de salud, generándose desigualdades en salud entre las mujeres y entre los hombres y las mujeres en cuanto al disfrute de sus derechos humanos.

6. Según la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres y su extensión es un signo de la ubicación de la mujer en la sociedad y su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición y a oportunidades económicas⁷. En el caso de los hombres, no hay una causa única de muerte y discapacidad cuya magnitud se aproxime a la de los casos de mortalidad y morbilidad materna⁸.

⁴ Véase Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 5, en relación con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículos 10 y 12; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 14; Naciones Unidas, Asamblea General, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/61/338, 13 de septiembre de 2006.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 65. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap6.html>.

⁶ Según la Organización Panamericana de la Salud, se entiende por acceso a los servicios de salud la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita. Así, la accesibilidad, en última instancia, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por determinados grupos de población que *a priori* podrían suponerse desfavorecidos. Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, págs. 366-367. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

⁷ WHO, *Reduction of maternal mortality: A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: World Health Organization, 1999. [traducción de la Secretaría]

⁸ Naciones Unidas, Asamblea General, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/61/338, 13 de septiembre de 2006, párr. 9.

La morbi-mortalidad materna en cifras

7. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha recibido información que indica que cada año aproximadamente 536.000 mujeres mueren en el mundo por complicaciones en el embarazo y el parto, a pesar de que éstas son generalmente prevenibles y a costos relativamente bajos⁹. El Banco Mundial calcula que si todas las mujeres tuvieran acceso a intervenciones para atender las complicaciones del embarazo y parto, en especial a cuidados obstétricos de emergencia, un 74% de las muertes maternas podrían evitarse¹⁰. El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas hizo referencia a un promedio de 1.500 mujeres y niñas que mueren diariamente como consecuencia de complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y parto¹¹. Asimismo, por cada mujer que muere, otras 30 mujeres sufren heridas o enfermedades permanentes que pueden resultar en dolores de por vida, discapacidad y exclusión socioeconómica¹².

8. Los índices de mortalidad materna en las Américas alcanzan un total de 22.680 muertes anuales¹³. Las causas principales de muerte materna en los países de la región son prevenibles y coincidentes: preeclampsia, hemorragia y aborto, variando el orden según la razón de mortalidad materna y las coberturas de atención prenatal, parto y prevalencia de uso de anticoncepción¹⁴.

El impacto de las desigualdades en el acceso a los servicios

9. La mayoría de estas situaciones de mortalidad materna - definida por la Organización Mundial de la Salud como la muerte de las mujeres durante el embarazo o los 42 días posteriores al parto - y morbilidad materna - definida como las complicaciones o enfermedades que

⁹ OMS, *Datos y cifras del Informe sobre la Salud en el Mundo, 2005*. Asimismo, entre 3 y 6 dólares anuales en países pobres y de economías medianas. Datos proporcionados en la Audiencia sobre Derechos Reproductivos de las Mujeres en las Américas, 130 Período de Sesiones, 10 de octubre de 2007; PAHO, *Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/maternalmortalitystrategy.pdf>, sin fecha. Esta situación también fue manifestada por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre mortalidad materna.

¹⁰ Wagstaff, A. and M. Claeson, 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*. Washington DC: El Banco Mundial. Véase: Resumen Ejecutivo, *Women Deliver*, Global Conference 18-20 de octubre de 2007, Londres.

¹¹ Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones, *Mortalidad y Morbilidad Maternas Prevenibles y Derechos Humanos*, A/HRC/ 11/L.16/Rev.1, 12 de junio de 2009.

¹² Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la Salud Materna. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_saludmaterna.pdf. Cabe señalar que entre 10 millones y 15 millones de mujeres padecen enfermedades o discapacidades de larga duración a raíz de complicaciones del embarazo o parto; Naciones Unidas, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Cuando el Embarazo Mata, Muertes Maternas Inadmisibles*, disponible en: http://www.unfpa.org/safemotherhood/mediakit/documents/fs/factsheet1_spa.pdf; Naciones Unidas, Asamblea General, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/61/338, 13 de septiembre de 2006, párr. 7.

¹³ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 152. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap2.html>.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 152. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap2.html>.

se producen durante la gestación parto o puerperio que afectan la integridad y la salud de las mujeres muchas veces en forma permanente,¹⁵ ocurren en países en desarrollo¹⁶.

10. América Latina y el Caribe se caracteriza por ser una región con mucha diversidad tanto en niveles de desarrollo económico y distribución geográfica en la que existen además disparidades, entre los países y al interior de los mismos, en cuanto al acceso a servicios de salud materna¹⁷. Como consecuencia, el 20% de la región más pobre concentra 50% de las muertes maternas, mientras que el 20% más rico sólo tienen el 5% de estas defunciones¹⁸. En Haití por ejemplo mueren aproximadamente 670 mujeres por cada 100,000 nacimientos vivos, mientras que en Canadá mueren aproximadamente 7 mujeres por cada 100,000 nacimientos vivos¹⁹. Igualmente, la OMS estimó que en el 2006 hubo 280.000 muertes perinatales con diferencias notables en la región, siendo el riesgo de muerte perinatal en América Latina y el Caribe el triple al de Canadá y los Estados Unidos de América²⁰.

11. Aunque la mortalidad y morbilidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, la CIDH advierte que un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres, indígenas y/o afrodescendientes, que en su mayoría residen en zonas rurales, son quienes con mayor frecuencia no disfrutan plenamente de sus derechos humanos respecto de la salud materna. Ello en razón de que estos grupos de mujeres sufren de la interrelación de múltiples formas de discriminación que limitan su acceso a estos servicios. La discriminación por motivos de sexo, género, raza, etnia, pobreza u otros factores es considerada a su vez un determinante social de la salud²¹.

12. Efectivamente, en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en Beijing en 1995, se determinó que el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos²². Es decir, las desigualdades de las mujeres en las sociedades en materia de su salud, incluida la salud

¹⁵ 42 días después de terminada la gestación.

¹⁶ Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo, representando África y Asia el 90% de las mismas, véase Naciones Unidas, *The State of the World's Children 2007, Women and Children: The Double Dividend of Gender Equality*, pág. 5.

¹⁷ CIDH, Audiencia Temática, *Mortalidad Materna en las Américas*, 137^o período ordinario de sesiones, 6 de noviembre de 2009, organizada por el Centro de Derechos Reproductivos, Amnistía Internacional, Foro Salud Perú, Movimiento Autónomo de Mujeres de Nicaragua y la Iniciativa Internacional en Mortalidad Materna y Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/prensa.sp.htm>.

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health y el Gobierno de Chile, *Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y Estrategias de Reducción*, Síntesis de situación y enfoque estratégico, s/n fecha. Disponible en: www.delivernow.org.

¹⁹ UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2008*. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2008/includes/images/pdf_swp/notes_indicators_full.pdf.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 60. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap2.html>.

²¹ Véase Naciones Unidas, *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004.

²² Naciones Unidas, *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Declaración de Beijing y Plataforma de Acción*, 4-15 septiembre de 1995, párr. 89.

materna, se manifiestan en comparación con sus pares masculinos, pero también entre las propias mujeres.

13. Así, en el Perú, el 74% de las mujeres en las áreas rurales da a luz en sus casas sin la asistencia de profesional calificado, en comparación con el 90% de las mujeres en comunidades indígenas, aún cuando uno de los factores internacionalmente reconocidos como asociados a la reducción de la morbi-mortalidad materna, es la atención del parto por personal calificado²³. En Bolivia, país con la tasa de mortalidad materna más alta en la región andina (290)²⁴, la razón de la mortalidad materna varía significativamente según la región geográfica (altiplano, valles o mesetas) y según el lugar de residencia (urbano o rural)²⁵, siendo las principales causas de mortalidad materna las complicaciones obstétricas, hemorragias e infecciones²⁶.

14. Con respecto a la situación de la salud materna de las mujeres indígenas, según la Organización Panamericana de la Salud, la mortalidad materna en Guatemala, país con 42% de población indígena, es tres veces superior en las mujeres indígenas (211 por 100.000 nacidos vivos) que en las mujeres no indígenas (70 por 100.000 nacidos vivos)²⁷. Asimismo, según la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas (en adelante "CEPAL"), mientras el 68% de las mujeres no indígenas tienen cuidado prenatal profesional, sólo el 45,6% de las mujeres indígenas lo tiene²⁸.

15. Por otro lado, la CIDH observa con alarma la situación de la salud materna de las adolescentes en la región. Anualmente se registran alrededor de 2 millones de madres entre 15 y 19 años y aproximadamente 54.000 nacimientos de madres menores de 15 años de edad²⁹. Las estadísticas muestran que los altos índices de embarazos en adolescentes no han disminuido de manera significativa desde 1990, a pesar de la reducción en la fertilidad total en la región³⁰. Los altos índices de embarazos adolescentes (menores de 18 años) son un problema serio debido a que las

²³ Physicians for Human Rights, *Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*, 2007, pág. 8. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.

²⁴ UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2008*. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2008/includes/images/pdf_swp/notes_indicators_full.pdf.

²⁵ PAHO, *Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y la mortalidad maternas*, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/maternalmortalitystrategy.pdf>.

²⁶ CIDH, *Informe Acceso a la Justicia e Inclusión Social: El Camino hacia el Fortalecimiento de la Democracia en Bolivia*, OEA OEA/Ser.L/V/II, 28 de junio de 2007, Capítulo V, Derechos de las Mujeres, párr. 363. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Bolivia2007sp/Bolivia07indice.sp.htm>.

²⁷ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 164. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

²⁸ CEPAL, *Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio, división de desarrollo social, 2006*. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/DesarrolloSocial/8/LCL2518PE/sps118_lcl2518.pdf.

²⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 152. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

³⁰ Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007*. Disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/UNSD_MDG_Report_2007s.pdf. En Nicaragua por ejemplo, 113 alumbramientos de cada 1000 mujeres corresponden a adolescentes de 15 a 19 años, y en Guatemala 107 por cada 1000 alumbramientos; UNFPA, *Estado de la Población Mundial 2008*. Disponible en: http://www.unfpa.org/swp/2008/includes/images/pdf_swp/notes_indicators_full.pdf.

adolescentes embarazadas enfrentan entre dos a cinco veces mayores riesgos de muerte materna en comparación con las mujeres de 20 años o más³¹. Asimismo, es más probable que sus hijos mueran durante la etapa de la infancia³².

Los compromisos internacionales y los deberes de los Estados

16. La CIDH reconoce que existe consenso entre los Estados en que mejorar el acceso a la salud materna es un asunto prioritario. Ejemplo de ello es que el mejoramiento de la salud materna se encuentra establecido como uno de los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio³³. Asimismo, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas emitió recientemente una resolución en la que expresó su preocupación por la mortalidad materna y solicitó a los Estados que renueven su compromiso de eliminar la morbi y mortalidad materna prevenible, a nivel local, regional e internacional³⁴.

17. A nivel regional, los Estados americanos han emprendido diversos esfuerzos para abordar este desafío a través de modificaciones en sus legislaciones, políticas, programas y servicios³⁵. No obstante, las tendencias indican que a pesar de los esfuerzos, estos aún se encuentran muy por debajo de la mejora necesaria de 5,5% anual para alcanzar la meta establecida en los Objetivos del Desarrollo del Milenio³⁶. A manera de ilustración, si bien en América Latina y el Caribe, entre 1990 y 2005 se redujo la mortalidad materna de 180 a 130 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, dicha cifra es aún muy alta y refleja esta grave y persistente situación que afecta a las mujeres en la región.

18. Gracias al apoyo del gobierno de España, la CIDH viene implementando un proyecto para producir, a través de su Relatoría sobre los Derechos de las Mujeres, una serie de publicaciones con un breve análisis y recomendaciones a los Estados, sobre temas vinculados al acceso a la salud en materia reproductiva de las mujeres a nivel regional y subregional con la finalidad de garantizar una mayor protección de los derechos humanos de las mujeres en esta esfera.

19. Por esta razón la CIDH ha elaborado este informe cuyo objetivo es analizar los deberes de los Estados para garantizar los derechos humanos de las mujeres sin discriminación en el acceso a servicios de salud materna y formular recomendaciones generales a los Estados sobre esta temática. Las recomendaciones del informe cubren principalmente los deberes de los Estados americanos con respecto de su legislación y políticas públicas, servicios y poder judicial, para

³¹ OMS, *Improving Adolescent Health and Development*, WHO/FRH/ADH/98.18 Rev.1, 2001. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf.

³² OMS, *Improving Adolescent Health and Development*, WHO/FRH/ADH/98.18 Rev.1, 2001. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf.

³³ Véase Portal de la Labor del Sistema de las Naciones Unidas sobre Objetivos del Desarrollo del Milenio, Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/bkgd.shtml>.

³⁴ Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones, *Mortalidad y Morbilidad Maternas Prevenibles y Derechos Humanos*, A/HRC/ 11/L.16/Rev.1, 12 de junio de 2009.

³⁵ Por ejemplo, Honduras, país de ingresos medio bajos y con una de las mayores incidencias de pobreza y desigualdad en la región, logró disminuir en 38% la mortalidad materna, de 182 por cada 100.000 nacidos vivos a 108 por cada 100.000 Banco Mundial. Reseña sobre Honduras, Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/HONDURASINSPANISHEXTN/0,,menuPK:456511~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:456502,00.html>.

³⁶ Véase Portal de la Labor del Sistema de las Naciones Unidas sobre Objetivos del Desarrollo del Milenio, Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/goal5_2008.pdf.

garantizar el derecho a la integridad de todas las mujeres en su acceso sin discriminación a servicios de salud materna.

20. Así, mientras que los Estados miembros de la OEA trabajan hacia la plena implementación de las obligaciones que se aplican en materia de salud materna, la CIDH considera que hay ciertas obligaciones fundamentales que requieren medidas prioritarias inmediatas:

- La identificación y asignación de recursos humanos y materiales para trabajar hacia la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios.
- La aplicación de medidas para reducir la muerte prevenible por causa de embarazo o parto, en especial que las mujeres tengan un acceso eficaz a servicios obstétricos de emergencia, y a la atención previa y durante el parto.
- La incorporación de la perspectiva de género y la eliminación de formas de discriminación de hecho y de derecho que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna.
- La priorización de esfuerzos y recursos para garantizar el acceso a servicios de salud materna a las mujeres que pueden encontrarse en mayor situación de riesgo por haber sido sujeto de varias formas de discriminación como las mujeres indígenas, afrodescendientes y adolescentes, las mujeres en situación de pobreza y las que habitan en zonas rurales.
- La educación a las usuarias sobre los servicios de salud, así como de servicios de información sobre sus derechos como pacientes y sobre su salud, incluyendo la planificación familiar.
- El diseño e implementación de políticas, planes y programas de salud materna en forma participativa.
- El acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para asegurar que las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia tengan acceso a recursos judiciales efectivos.

21. Con este primer informe, la Comisión espera contribuir con los esfuerzos de los Estados en la protección y promoción de los derechos humanos de las mujeres en su acceso a servicios de salud materna sin discriminación.

II. LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MATERNA Y BARRERAS EN EL ACCESO A ESTOS SERVICIOS

22. El artículo 5 de la Convención Americana consagra el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica, y moral. La CIDH ha establecido que el derecho a la integridad personal es un concepto de gran amplitud³⁷; la Corte Interamericana por su parte, ha reafirmado que el derecho a la integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana y no puede ser suspendido bajo circunstancia alguna³⁸. La Corte Interamericana ha desarrollado el vínculo

³⁷ CIDH, *Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Chile*, OEA/Ser.L/V/II.77.rev.1 Doc. 18, 8 mayo 1990 Cap. IV, Derecho a la Integridad Personal, párr. 6. Disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/Chile85sp/cap4.htm>.

³⁸ Corte I.D.H., *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 126. Ver en ese sentido, Corte I.D.H., *Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, párr. 119; y Corte I.D.H., *Caso "Instituto de Reeducación del Menor" Vs. Paraguay*. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 157.

entre los derechos a la integridad personal y a la vida y el derecho a la salud, estableciendo que ambos se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana³⁹.

23. El derecho a la integridad personal en el ámbito de la salud guarda una estrecha relación con el derecho a la salud dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres. El artículo 10 del Protocolo de San Salvador expresa que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Asimismo, el artículo 3 del Protocolo de San Salvador establece que los Estados se comprometen a garantizar los derechos enunciados en dicho instrumento sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

24. Para la Corte Interamericana, la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados⁴⁰. Por ello ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal⁴¹, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado⁴².

25. El derecho a la salud se encuentra consagrado en diferentes constituciones de la región. Por ejemplo, la Corte Constitucional de Colombia ha desarrollado los elementos del derecho a la integridad personal – física, psíquica y moral - estableciendo que, “la Constitución proclama el derecho fundamental a la integridad personal, y al hacerlo, no solamente cubre la composición física de la persona, sino la plenitud de los elementos que inciden en la salud mental y en el equilibrio psicológico. Ambos por igual deben conservarse y, por ello, los atentados contra uno u otro de tales factores de la integridad personal – por acción o por omisión – vulneran ese derecho fundamental”⁴³.

26. La Comisión considera que el derecho a la integridad personal implica la obligación de los Estados de respetar y garantizar que nadie sea objeto de agresiones o lesiones físicas y/o mentales. Asimismo, la protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna, implica la obligación de los Estados de garantizar por disposiciones legislativas o de otro carácter, que las mujeres disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación⁴⁴. Para ello, si bien la Comisión ha señalado que los Estados deben acreditar la adopción de medidas razonablemente a su alcance y expeditas para ofrecer el tratamiento médico requerido a las personas que lo necesitan,⁴⁵ la igualdad de trato entre las mujeres y los hombres es una obligación inmediata.

³⁹ Corte I.D.H., *Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 117.

⁴⁰ Corte I.D.H., *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 89.

⁴¹ Corte I.D.H., *Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador*. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 121.

⁴² Corte I.D.H., *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 89.

⁴³ Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia, C-355-06, 10 de mayo de 2006.

⁴⁴ Véase artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

⁴⁵ CIDH, Informe 27/09, Caso 12.249, *Jorge Odir Miranda Cortez y Otros* (El Salvador), 20 de marzo de 2009, párr. 108.

27. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “el Comité DESC”), en su Observación General 14, determinó cuatro características del derecho a la salud que se encuentran interrelacionadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁴⁶.

28. Específicamente con respecto a la accesibilidad de los servicios de salud, el Comité estableció que la misma presenta cuatro dimensiones que se superponen⁴⁷: 1) la dimensión de la no discriminación que implica el acceso en condiciones de equidad a los servicios de salud de hecho y de derecho; 2) la accesibilidad física que comprende que los servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población. La accesibilidad física también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica adecuada, incluso en lo que se refiere a zonas rurales. 3) La accesibilidad económica (asequibilidad), comprende que los servicios deben estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de salud y servicios relacionados son factores determinantes de la salud que deben basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios estén al alcance de todos. Asimismo, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en lo que refiere a gastos en salud, en comparación con los hogares más ricos, y 4) la dimensión del acceso a la información, que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas de las cuestiones relacionadas con la salud.

Barreras en el Acceso a Servicios de Salud Materna

29. Con respecto a la accesibilidad de los servicios de salud materna, la CIDH observa que existen diversas barreras que limitan a las mujeres el acceso a estos servicios. Estas barreras están relacionadas con factores estructurales de los servicios de salud *per se*⁴⁸; y leyes y políticas que regulan los servicios. Asimismo ciertas prácticas, actitudes y estereotipos, tanto al interior de la familia y la comunidad así como del personal que trabaja en los establecimientos de salud pueden operar como barreras para las mujeres en el acceso a estos servicios. Es muy importante tener en cuenta, en este sentido, que las mujeres han sido sujetas a varias formas de discriminación históricamente, y la obligación de remediar dicha discriminación requiere la integración de la perspectiva de género en el diseño e implementación de las leyes y las políticas públicas que les afecten.

30. En cuanto a los factores estructurales, la CIDH ha recibido información que indica que una de las barreras principales que las mujeres enfrentan en el acceso a servicios de salud materna son los gastos relacionados con la atención del servicio⁴⁹. El pago del servicio se convierte en un determinante para decidir si acudir o no a los servicios de salud frente a algún síntoma de riesgo durante el embarazo y/o parto, situación que afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres reflejándose con ello la falta de apoyo estatal para las personas con escasos recursos. Así, la

⁴⁶ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>.

⁴⁷ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000; Rebecca Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, Oxford. pág. 179.

⁴⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Evaluating the Impact of Health Reforms on Gender Equity – a PAHO Guide*, Draft 2, 23.4.001, pág. 11.

⁴⁹ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*. párr. 21. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>.

falta de priorización de recursos refleja la ausencia en muchos casos de perspectiva de género en las políticas públicas sobre el acceso a servicios de salud materna fundamentales.

31. Asimismo, los horarios de atención⁵⁰, la falta de equipamiento, suministros médicos o medicamentos adecuados para atender las emergencias requeridas durante el embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, así como personal médico capacitado al interior de los servicios para responder a estas emergencias, particularmente la atención de emergencias obstétricas, constituyen barreras en el acceso a servicios de salud materna que las mujeres requieren⁵¹.

32. Otros factores estructurales que enfrentan las mujeres, particularmente quienes habitan en zonas rurales, es la lejanía de los servicios de salud. La distancia que haya que recorrer para acudir a un centro de salud, así como las características del camino y costo de transporte, pueden ser determinantes en la decisión de buscar atención médica⁵². Asimismo, la falta de transporte, como por ejemplo para que una mujer embarazada pueda acudir por alguna emergencia al establecimiento de salud, constituye otra barrera en el acceso. En consecuencia, la distribución y ubicación general de los establecimientos de salud, así como el transporte, pueden constituir una forma de discriminación contra las mujeres que habitan en zonas rurales y/ zonas alejadas en lo que atañe a la accesibilidad de los servicios⁵³.

33. Además de la accesibilidad física y económica de los servicios de salud que resulten económica y geográficamente alcanzables, es importante que las mujeres, sus familias y comunidades conozcan los servicios de salud, así como que puedan ser capaces de identificar señales de advertencia que requieran de atención médica⁵⁴. En consecuencia, la falta de información en materia reproductiva opera como otra barrera en el acceso a los servicios de salud materna debido a que impide a las mujeres adoptar decisiones libres y fundamentadas sobre su salud, y como consecuencia de ello la falta de comportamientos adecuados para la prevención y promoción de su salud y la de sus hijos. Sobre este punto, el Comité DESC, en su Observación General 14 determinó que “la accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud”⁵⁵.

⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Evaluating the Impact of Health Reforms on Gender Equity – a PAHO Guide*, Draft 2, 23.4.001, pág. 11.

⁵¹ Physicians for Human Rights, *Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*, 2007. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.

⁵² Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, *El Derecho a la Salud y los objetivos de desarrollo del Milenio*, Cap. V, pág. 154. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/21541/capitulo5.pdf>; Physicians for Human Rights, *Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*, 2007, pág. 9. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.

⁵³ Physicians for Human Rights, *Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*, 2007, pág. 57. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.

⁵⁴ Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, *El Derecho a la Salud y los objetivos de desarrollo del Milenio*, Cap. V, pág. 154. Disponible en Internet: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/21541/capitulo5.pdf>; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*. párr. 20.

⁵⁵ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, párr. 12 iv).

34. Asimismo, la CIDH observa la existencia de factores culturales que pueden operar como barreras en el acceso a los servicios de salud materna, como por ejemplo, los servicios de salud que son ofrecidos sin tomar en consideración las expectativas, tradiciones y creencias de las mujeres indígenas y/o afrodescendientes. Igualmente, la CIDH ha recibido información que indica que las mujeres, particularmente las mujeres pobres y en situación de exclusión, no acuden a los servicios de salud por falta de tiempo o por estar sobrecargadas de trabajo ya que las tareas del cuidado recaen exclusivamente en ellas. Consecuentemente, las mujeres postergan el cuidado de salud y arriesgan con ello sus vidas.

35. Además, la Comisión considera que la percepción de la calidad del servicio puede influir en la decisión de las mujeres de acudir por asistencia médica. En adición, la insensibilidad cultural o trato irrespetuoso percibido en el personal médico, puede hacer que las mujeres y sus familias desistan de buscar ayuda⁵⁶. Así, la falta de intérpretes en zonas donde hayan comunidades que hablen en otras lenguas, puede constituir una barrera para que las mujeres accedan a los servicios.

36. Igualmente, actitudes como la indiferencia, el maltrato y la discriminación por parte de funcionarios del sector salud que perjudican a las mujeres y niñas víctimas de violencia y/o abusos sexuales, así como la falta de servicios apropiados de salud reproductiva para abordar estas situaciones de violencia, constituyen barreras en el acceso a los servicios de salud.

37. Con respecto a las leyes y políticas que pueden constituir barreras en el acceso a servicios de salud materna, destaca la falta de implementación de las leyes, políticas, programas y prácticas que benefician la salud de las mujeres en el ámbito de la salud materna así como la ausencia de normativa como protocolos para regular la atención médica en este ámbito⁵⁷. Así, la negativa por parte del personal médico de proporcionar servicios en condiciones legales no sólo constituye una barrera en el acceso sino que además resulta discriminatoria⁵⁸.

38. Otro factor estructural que opera como barrera para las mujeres en su acceso a servicios de salud materna, son los estereotipos de género persistentes en el sector salud. Así, las leyes, políticas o prácticas que exigen a las mujeres la autorización de terceras personas para obtener atención médica, y que permiten formas de coerción tales como la esterilización de la mujer sin consentimiento, perpetúan estereotipos que consideran a las mujeres vulnerables e incapaces de tomar decisiones autónomas sobre su salud. En efecto, situaciones en las que a las mujeres les niegan la atención médica por su condición de mujer, su estado civil o su nivel de educación⁵⁹, constituyen formas de discriminación en el acceso a estos servicios⁶⁰. Igualmente, las políticas, prácticas y estereotipos de género que no respetan el derecho de las mujeres a la confidencialidad,

⁵⁶ Physicians for Human Rights, *Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*, 2007. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.

⁵⁷ Rebecca Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, Oxford. pág. 213. Asimismo, a este respecto véase la sentencia del Comité de Derechos Humanos, *K. LL. v Perú*, CCPR/C/85/D/1153/2003, 17 de noviembre de 2005.

⁵⁸ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*. párr. 11.

⁵⁹ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*. párr. 14; R.J Cook, C.G. Ngwena, *Women's Access to Health Care: The Legal Framework*. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 94, 216—225.

⁶⁰ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*. párr. 22.

pueden constituir barreras en el acceso a los servicios de salud materna, particularmente en las adolescentes⁶¹.

39. Bajo el sistema interamericano, las barreras en el acceso a servicios de salud materna se pueden traducir en la afectación al derecho a la integridad física, psíquica, y moral de las mujeres. Si bien se tendrá que analizar cada situación particular, la CIDH considera que en los casos en que se practican intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos a las mujeres sin su consentimiento o que ponen en riesgo físico su salud, tales como la esterilización forzada, pueden constituir una violación al derecho a la integridad personal. Asimismo constituirían una violación al derecho a la integridad personal los casos en los que se atente contra la dignidad de las mujeres, como la denegación de atención médica relacionada con el ámbito reproductivo que ocasiona un daño a su salud, o que le causa un estrés emocional considerable. En todos estos casos, las disposiciones contenidas en la Convención de Belém do Pará⁶², como instrumento específico de protección especial a los derechos humanos de las mujeres, deberán ser utilizadas para precisar las obligaciones derivadas del artículo 5 de la Convención Americana y de los artículos I y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

40. Aunque el derecho a la integridad personal particularmente en la esfera de la salud materna no es un tema que haya sido trabajado a profundidad por la CIDH, la Comisión ha recibido información diversa, en sus visitas *in loco*, así como bajo el sistema de casos, que ejemplifica algunas de las barreras que las mujeres enfrentan en el acceso a servicios de salud materna y que pueden afectar su derecho a la integridad personal. En su informe regional sobre la situación de las mujeres en las Américas del 1997, la CIDH destacó que de manera general la atención de la salud integral de la mujer depende de dos factores: 1) la organización y estructura de servicios adecuados y 2) del conocimiento que las mujeres tengan de las leyes que protegen este derecho y que regulan los servicios de atención médica⁶³.

41. En su informe, la CIDH señaló que la salud reproductiva de las mujeres debe ocupar un lugar de importancia en las iniciativas legislativas y los programas de salud a nivel nacional y local. La CIDH también manifestó su preocupación sobre serias dificultades que enfrentan las mujeres en el sector público de salud, en general debido a la falta de recursos, la ausencia de normativa sobre salud reproductiva, la precariedad de las condiciones de prestación de los servicios y la carencia de profesionales y materiales indispensables. En el informe se hizo referencia a los altos

⁶¹ Sobre el particular, el artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece la obligación de los Estados partes de respetar las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de las personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño/a ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención. Asimismo, el artículo 12 del mismo instrumento internacional establece la obligación de los Estados de garantizar al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño. El artículo 24 de dicho instrumento internacional establece que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud y que los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

⁶² La Convención de Belém do Pará fue ratificada por los siguientes Estados: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

⁶³ CIDH, *Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II.100, Doc.17, 13 octubre 1998.

índices de mortalidad materna en la región y los obstáculos que enfrentan las mujeres para recibir los servicios de salud adecuados durante el embarazo y después del parto. La Comisión, según las respuestas enviadas por los Estados sobre salud y salud reproductiva, pudo constatar profundas falencias de datos estadísticos, en general por falta de recursos e infraestructura apropiada. La Comisión pudo comprobar problemas graves de acceso a información básica, atención médica y social adecuados. La CIDH recomendó a los Estados adoptar medidas para tener la información estadística y los recursos necesarios con el fin de adoptar planes y programas que permitan a las mujeres el ejercicio pleno del derecho a la salud.

42. En sus visitas *in loco*, la CIDH ha verificado la situación de la salud materna en algunos países y presentado recomendaciones a los Estados para abordar algunos de los problemas más relevantes vinculadas con la protección al derecho a la integridad personal. Por ejemplo, la Comisión se ha referido a la grave situación de mortalidad materna en la región, y cómo la misma refleja el nivel de pobreza y exclusión de las mujeres⁶⁴. También se ha referido al aborto como un problema muy serio para las mujeres, no sólo desde un punto de vista de salud, sino también de sus derechos humanos a la integridad y a la privacidad⁶⁵.

43. La CIDH ha indicado la necesidad de impulsar políticas que propongan medidas específicas de prevención y atención de la salud materna y ha recomendado poner a disposición de las mujeres, en especial las mujeres pobres e indígenas, servicios adecuados de salud, así como programas de información y asistencia en salud reproductiva⁶⁶. En esta línea también ha recomendado la implementación de medidas y campañas de difusión destinadas al público en general sobre el deber de respetar los derechos de las mujeres en materia civil, política, económica, social, cultural, sexual y reproductiva⁶⁷.

44. Además, la Comisión ha destacado el problema de la discriminación contra las mujeres y su manifestación en distintas formas, siendo una de ellas la esfera de la salud reproductiva. Específicamente, la CIDH enfatizó su preocupación sobre casos de esterilización forzada en Perú. La Comisión sostuvo que “cuando un programa de planificación familiar pierde su carácter voluntario y convierte a la mujer simplemente en un objeto de control para ajustar el crecimiento demográfico, el programa pierde su razón de ser y se transforma en un peligro de violencia y discriminación directa contra la mujer”⁶⁸. La Comisión consideró que una campaña de divulgación de métodos de planificación familiar es una acción positiva, siempre que se refiera a una planificación familiar que tenga un carácter voluntario. Entre sus recomendaciones para abordar esta forma de discriminación y violencia contra las mujeres, la CIDH estableció la adopción de medidas tendientes a respetar los

⁶⁴ CIDH, *Tercer Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Paraguay*, OEA/Ser./L/VII.110 doc. 52, 9 de marzo de 2001, véase Capítulo VIII, Derechos de la Mujer. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Paraguay01sp/indice.htm>.

⁶⁵ CIDH, *Tercer Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Colombia*, OEA/Ser.L/V/II.102 Doc. 9 rev. 1, 26 de febrero de 1999, véase Capítulo XII, Derechos de la Mujer, párr. 49. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Colom99sp/indice.htm>.

⁶⁶ CIDH, *Tercer Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Paraguay*, OEA/Ser./L/VII.110 doc. 52, 9 de marzo de 2001, véase Capítulo VIII, Derechos de la Mujer. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Paraguay01sp/indice.htm>.

⁶⁷ CIDH, *Acceso a la Justicia e Inclusión Social: El Camino hacia el Fortalecimiento de la Democracia en Bolivia*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 34, 28 de junio de 2007, véase capítulo V, Derechos de las Mujeres. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Bolivia2007sp/Bolivia07indice.sp.htm>.

⁶⁸ CIDH, *Segundo Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en el Perú*, OEA/Ser.L/V/II.106 Doc. 59 rev. 2 de junio de 2000, véase Capítulo VII, Los Derechos de la Mujer. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Peru2000sp/indice.htm>.

derechos de las mujeres en los servicios públicos de salud, tales como: capacitar en derechos humanos a los proveedores de salud, desarrollar mecanismos para erradicar el encubrimiento de delitos en los establecimientos de salud y establecer en los hospitales y centros de salud oficinas de quejas, entre otras.

45. Además, la Comisión resaltó la importancia de una debida investigación con el fin de establecer las responsabilidades y sanciones correspondientes. Sin embargo, la Comisión no ha recibido información durante los años posteriores sobre resultados concretos. Al contrario, muy recientemente la Comisión recibió información que indica que la Fiscalía Provincial Especializada en Derechos Humanos, mediante resolución de fecha 26 de mayo de 2009, archivó 2,074 denuncias acumuladas de mujeres víctimas de esterilizaciones forzadas durante la vigencia del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en el periodo 1996-2000. La Fiscalía decidió archivar las denuncias en aplicación de la prescripción de la acción penal, concluyendo que sí existen pruebas e indicios sobre la comisión de delitos de homicidio culposo y lesiones culposas, pero por haber transcurrido alrededor de trece años, dichos tipos penales ya habrían prescrito, por lo que archivó el caso definitivamente⁶⁹.

46. La CIDH desea recordar que el Estado mismo había reconocido ya en el 2002 que la política en cuestión había violado los derechos de muchas personas, y la Fiscalía por su parte reconoce la existencia de pruebas. No obstante dicho reconocimiento, las autoridades competentes, según lo informado, no han impulsado las investigaciones hasta las conclusiones y consecuencias necesarias. Cabe observar en términos generales que la responsabilidad internacional del Estado continúa en el tiempo hasta que se hayan cumplido con las obligaciones del derecho internacional.

47. La CIDH también ha manifestado su preocupación por el limitado acceso a servicios de planificación familiar en los países a pesar de que en algunos casos existe una alta necesidad insatisfecha de dichos servicios.⁷⁰ La Comisión se ha pronunciado sobre cómo las limitaciones persistentes sobre la información de los servicios de planificación familiar están relacionadas con las limitaciones en el acceso a la atención en salud y la educación públicas. Sobre este punto, la Comisión ha efectuado recomendaciones apuntando a la adopción de medidas para proporcionar servicios integrales de salud, incluyendo servicios modernos de planificación familiar, con el fin de proteger el derecho de la mujer a la integridad personal y el derecho de las parejas de determinar el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos⁷¹.

48. Bajo el sistema de casos, mediante acuerdos de solución amistosa se han resuelto casos relacionados con la salud materna. Un ejemplo importante es el caso de *María Mamérita Mestanza* de Perú, en donde las organizaciones peticionarias alegaron que la Sra. María Mamérita (de 33 años de edad) fue forzada en un establecimiento de salud público a someterse a una esterilización quirúrgica que resultó en su muerte⁷². La Sra. Mestanza fue alegadamente objeto de

⁶⁹ Frente a dicha decisión se presentó un recurso de queja el 29 de mayo de 2009. En diciembre de 2009, la Fiscalía Superior de Derechos Humanos archivó definitivamente la denuncia.

⁷⁰ CIDH, *Quinto Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II.111 Doc. 21 rev, 6 de abril de 2001, véase Capítulo XIII, Los Derechos de la Mujer. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala01sp/indice.htm>.

⁷¹ CIDH, *Quinto Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II.111 Doc. 21 rev, 6 de abril de 2001, véase Capítulo XIII, Los Derechos de la Mujer. Disponible en <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala01sp/indice.htm>; CIDH, *Justicia e Inclusión Social: Los Desafíos de la Democracia en Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II.118 Doc. 5 rev. 1, 29 de diciembre de 2003, véase Capítulo V, Los Derechos de la Mujer. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala2003sp/indice.htm>.

⁷² CIDH, Informe No. 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, *María Mamérita Mestanza Chávez* (Perú), 3 de octubre de 2003.

acoso y amenazas por personal de salud de que sería denunciada a la policía si no se sometía a la operación. Como consecuencia, la Sra. Mestanza se sometió a la operación, fue dada de alta a pesar de quejas de dolor y malestar, y murió nueve días después de la operación. Las peticionarias alegaron que el caso de la Sra. María Mamérita Mestanza representaba uno más entre un número significativo de casos de mujeres afectadas por la aplicación de una política gubernamental de carácter masivo, compulsivo y sistemático que enfatizaba la esterilización como método para modificar rápidamente el comportamiento reproductivo de la población, especialmente de las mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales.

49. Mediante acuerdo de solución amistosa firmado entre las partes en el 2003, el Estado de Perú reconoció su responsabilidad por violar los derechos de la víctima a la vida, a la integridad física y psicológica y a un trato inhumano, a la igualdad de protección ante la ley, y a vivir libre de violencia⁷³. El Estado se comprometió a indemnizar económicamente a la familia de la víctima, a sancionar a los responsables de las violaciones y a modificar las normas y políticas nacionales en materia de planificación familiar de acuerdo a los estándares internacionales en la materia⁷⁴. El Estado igualmente se comprometió a adoptar las recomendaciones formuladas por la Defensoría del Pueblo para proteger la integridad personal de las mujeres, que incluyen: mejorar la evaluación pre-operatoria de mujeres que se someten a una intervención de anticoncepción quirúrgica; otorgar un mejor entrenamiento al personal médico; crear mecanismos para la recepción y el trámite eficiente de denuncias dentro del sistema de salud e implementar medidas con el fin de garantizar que las mujeres puedan ofrecer un consentimiento informado dentro de un plazo de 72 horas previas a la esterilización. La CIDH viene acompañando el cumplimiento del acuerdo.

50. Otro caso importante ante la CIDH en la esfera de la salud materna que fue resuelto mediante un acuerdo de solución amistosa es el caso de *Paulina Ramírez Jacinto* de México⁷⁵. Los peticionarios alegaban que Paulina Ramírez, de 13 años, víctima de violencia sexual, fue impedida en su derecho de efectuar un aborto permitido por ley al ser víctima ella y su madre de intimidación y retrasos por parte de agentes del Estado. En el 2007, las partes ratificaron un acuerdo de solución amistosa que comprende un reconocimiento público de responsabilidad de parte del gobierno de Baja California y un conjunto de medidas de reparación para la víctima y su hijo, incluyendo gastos judiciales por el trámite del caso, gastos médicos derivados de los hechos y servicios de salud, apoyo financiero para manutención, vivienda, educación y desarrollo profesional, atención psicológica, y reparación por daño moral. En la publicación del informe, la CIDH destacó que el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia. La CIDH también observó que la salud de las víctimas de violencia sexual debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y en las políticas y programas de salud de los Estados. La CIDH viene siguiendo el cumplimiento del acuerdo.

51. Por otro lado, el 7 de marzo de 2007, la CIDH recibió una petición en la que se alega la responsabilidad internacional del Estado de Bolivia por la presunta práctica de una esterilización forzada a una mujer en un establecimiento de salud público. El peticionario sostiene que en el 2000, la Sra. I.V. fue sometida a un procedimiento quirúrgico de ligadura de trompas sin su consentimiento informado, y por tanto, a una esterilización no consentida, perdiendo su función

⁷³ CIDH, Informe No. 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, *María Mamérita Mestanza Chávez* (Perú), 3 de octubre de 2003.

⁷⁴ CIDH, Informe No. 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, *María Mamérita Mestanza Chávez* (Perú), 3 de octubre de 2003.

⁷⁵ CIDH, Informe No. 21/07, Petición 161/02, Solución Amistosa, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto* (México), 9 de marzo de 2007.

reproductiva en forma permanente. El Estado por su parte, indica que al practicarse una cesárea a la presunta víctima, se presentaron múltiples adherencias, razón por la cual el médico que la atendió le informó sobre el riesgo que correría su vida en un próximo embarazo, motivo por el que le sugirió la realización de una ligadura de trompas que alegan ella consintió verbalmente. Dicho caso fue admitido el 23 de julio de 2008 por presuntas violaciones a los artículos 5.1 (derecho a la integridad personal), 8.1 (garantías judiciales), 11.2 (protección de la honra y de la dignidad), 13 (libertad de pensamiento y de expresión), 17 (protección a la familia) y 25 (protección judicial) de la Convención Americana, en relación con las obligaciones generales establecidas en el artículo 1.1 de la Convención Americana y actualmente se encuentra en etapa de fondo⁷⁶.

52. Un denominador común de estos tres casos radica en que se afirmaba que las mujeres se encontraban en situación de exclusión y pobreza.

III. DEBERES DE LOS ESTADOS PARA QUE LAS MUJERES ACCEDAN A SERVICIOS DE SALUD MATERNA SIN DISCRIMINACIÓN

A. Los principios de igualdad y no discriminación

53. La Comisión ha recibido información que indica que miles de mujeres en las Américas ven afectado su derecho a la integridad personal en el acceso a servicios de salud que sólo ellas requieren, generándose desigualdades entre hombres y mujeres con respecto al disfrute de este derecho. Estas desigualdades se manifiestan en la falta de provisión de servicios adecuados para atender sus necesidades biológicas específicas relacionadas con su función reproductora así como en patrones socioculturales discriminatorios que causan situaciones de riesgo para la salud de las mujeres (ej. una mujer campesina embarazada que busca atención médica por alguna dolencia y en el establecimiento de salud no la quieren atender porque requieren la autorización del esposo para hacerlo).

54. La información recibida permite vislumbrar asimismo, que algunos grupos de mujeres, particularmente las mujeres pobres, que habitan en zonas rurales, las mujeres indígenas y/o afrodescendientes y las adolescentes, son los grupos quienes más a menudo ven vulnerado este derecho en el acceso a dichos servicios. (ej. El caso de una mujer indígena que busca atención médica y es maltratada en el establecimiento de salud por no hablar español). Esta situación genera desigualdades entre las propias mujeres en cuanto al disfrute de sus derechos que pueden constituir violaciones a los principios de igualdad y no discriminación que permean el sistema interamericano.

55. La Declaración Americana en su artículo II dispone que "todas las personas son iguales ante la Ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna". La Convención Americana en su artículo 1 establece que cada uno de los Estados partes se comprometen a "respetar los derechos y libertades" consagrados en ella y a "garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, [...] origen nacional o social, posición económica [...] o cualquier otra condición social"⁷⁷.

56. La Convención Americana provee que cuando un derecho reconocido no esté garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, el Estado parte se compromete a

⁷⁶ CIDH, Informe No. 40/08, Admisibilidad, I.V. (Bolivia), 23 de julio de 2008.

⁷⁷ Los artículos 1 y 2 de la Declaración Universal proclaman que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos" y que, por lo tanto, cualquier persona puede invocar todos los derechos y libertades consignados en la Declaración "sin distinción alguna", incluido el sexo.

adoptar las medidas necesarias para hacerlo efectivo⁷⁸. La Convención Americana específicamente en su artículo 24 consagra la protección al derecho a la igual protección de la ley y ante la ley.

57. La Corte Interamericana ha señalado que la “noción de igualdad se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona”⁷⁹. Según la Corte Interamericana, el derecho a la igualdad ante la ley “prohíbe todo trato discriminatorio de origen legal”⁸⁰ y para alcanzar dicho objetivo, los Estados tienen la obligación de no introducir en su ordenamiento jurídico regulaciones discriminatorias referentes a la protección a la ley⁸¹. Esta afirmación se complementa con lo que la Corte Interamericana sostuvo en el caso *Yean y Bosico*: “los Estados deben combatir las prácticas discriminatorias en todos sus niveles, en especial en los órganos públicos, y finalmente deben adoptar las medidas afirmativas necesarias para asegurar una efectiva igualdad ante la ley de todas las personas.”⁸² Ello comprende el deber de los Estados de no sólo abstenerse de incluir en sus legislaciones, normas y políticas discriminatorias que afecten la igualdad de las mujeres, sino que dichas normas y políticas deben ser erradicadas. Igualmente comprende el papel activo de los Estados en garantizar que las mujeres puedan disfrutar de sus derechos humanos libres de toda forma de discriminación⁸³.

58. Ahora bien, la CIDH ha señalado que las normas, prácticas y políticas que a primera vista parecen neutrales pero que, sin embargo, producen distinciones arbitrarias o desproporcionadas en su aplicación, son manifestaciones de discriminación en función a que ocultan el impacto prejudicial que éstas tienen sobre grupos en situación de vulnerabilidad⁸⁴. En este sentido, la CIDH ha establecido que el examen de normas y políticas sobre la base del principio de igualdad efectiva y no discriminación abarca también el posible impacto discriminatorio de estas medidas, aun cuando parezcan neutrales en su formulación, o se trate de medidas de alcance general y no diferenciado⁸⁵. Al respecto, el Comité DESC ha definido a la discriminación indirecta como “leyes, políticas o prácticas en apariencia neutras pero que influyen de manera desproporcionada en los derechos del Pacto (refiriéndose al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) afectados por los motivos prohibidos de discriminación”.

⁷⁸ Véase artículo 2 de la Convención Americana.

⁷⁹ Corte I.D.H., *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4.

⁸⁰ Corte I.D.H., *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr. 54.

⁸¹ Corte I.D.H., *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr. 54.

⁸² Véase Corte I.D.H., *Caso de las Niñas Yean y Bosico Vs. República Dominicana*. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No. 130, párr. 141.

⁸³ Véase Corte I.D.H., *Caso de las Niñas Yean y Bosico Vs. República Dominicana*. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No. 130, párr. 141; *Caso Yatama, supra* nota 109, párr. 185, y *Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados*. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003, Serie A No. 18, párr. 88.

⁸⁴ CIDH, *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 89.

⁸⁵ CIDH, *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 90. Asimismo, véase Corte I.D.H., *Caso de las Niñas Yean y Bosico Vs. República Dominicana*. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. Serie C No. 130, párr. 141.

59. El sistema universal de protección a los derechos humanos, en los artículos 1 y 2 de la Declaración Universal proclama que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos" y que, por lo tanto, cualquier persona puede invocar todos los derechos y libertades consignados en la Declaración "sin distinción alguna", incluido el sexo⁸⁶. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante "la CEDAW"), definió el término "discriminación contra la mujer" como⁸⁷:

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

60. Esta definición cubre toda diferencia de tratamiento por razón de sexo⁸⁸:

- de manera intencional o no intencional, ponga a la mujer en desventaja;
- impida el reconocimiento, por toda la sociedad, de los derechos de la mujer en las esferas públicas y privadas; o
- impida que la mujer ejerza sus derechos.

61. Dicha definición, que incorpora la perspectiva de género, es muy importante en materia de salud, en la cual las necesidades específicas de las mujeres, en especial en materia reproductiva, muchas veces no han recibido atención adecuada o diferenciada.

62. La CEDAW también incluye la eliminación de cualquier forma de discriminación contra las mujeres basada en el género. En su artículo 5(a) la CEDAW establece la obligación de los Estados de "modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres".

63. Asimismo, el artículo 2 de la CEDAW requiere que los Estados partes adopten e implementen "por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer", que incluye el deber de "abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación", así como el deber de adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, "para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer".

⁸⁶ CIDH, *Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II.100 Doc. 17, 13 de octubre de 1998, cap. IV.

⁸⁷ La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue ratificada por los siguientes Estados americanos: Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guinea, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y Las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de). Estados Unidos de América firmó la Convención pero no la ha ratificado.

⁸⁸ CIDH, *Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II.100 Doc. 17, 13 de octubre de 1998.

64. Bajo los instrumentos internacionales de protección regional y universal de derechos humanos, todas las mujeres tienen derecho sin discriminación a ser tratadas con el mismo respeto, dignidad y responsabilidad que los hombres. La CIDH ha sostenido anteriormente que si bien la igualdad formal no garantiza la eliminación de instancias de discriminación en la realidad, su reconocimiento permite impulsar transformaciones en la vida social, reclamando la autoridad del derecho⁸⁹. Es decir, el compromiso con la igualdad no debe limitarse al logro de la igualdad legal, sino que también debe abarcar todas las instituciones sociales, tales como la familia, el mercado y las instituciones políticas⁹⁰. Así, la igualdad de las mujeres debe ser examinada también a la luz de las circunstancias en que viven, incluyendo la familia, la comunidad y el contexto cultural.

65. Algunos instrumentos internacionales hacen referencia expresa a la discriminación y a la desigualdad que enfrentan las mujeres con respecto a la salud materna⁹¹. El artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto sin discriminación alguna⁹². En el sistema interamericano, el Protocolo de San Salvador consagra expresamente la obligación de los Estados de brindar adecuada protección a las mujeres en especial para conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto sin discriminación alguna⁹³.

66. Sobre la discriminación y desigualdad que enfrentan las mujeres, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante “Comité de la CEDAW”) ha sostenido que:

La situación de la mujer no mejorará mientras las causas subyacentes de la discriminación contra ella y de su desigualdad no se aborden de manera efectiva. La vida de la mujer y la vida del hombre deben enfocarse teniendo en cuenta su contexto y deben adoptarse medidas para transformar realmente las oportunidades, las instituciones y los sistemas de modo que dejen de basarse en pautas de vida y paradigmas de poder masculinos determinados históricamente⁹⁴.

⁸⁹ CIDH, *Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II.100 Doc. 17, 13 de octubre de 1998, cap. IV.

⁹⁰ CIDH, *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 97.

⁹¹ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>.

⁹² Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>.

⁹³ Artículo 15 del Protocolo de San Salvador y artículo 3 del mismo instrumento.

⁹⁴ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 25, referente a medidas especiales de carácter temporal*, párr. 10.

67. Según el Comité de la CEDAW, no es suficiente garantizar a la mujer un trato idéntico al del hombre⁹⁵. También deben tenerse en cuenta las diferencias biológicas que hay entre la mujer y el hombre y las diferencias que la sociedad y la cultura han creado. En ciertas circunstancias será necesario que haya un trato no idéntico de mujeres y hombres para equilibrar esas diferencias⁹⁶.

68. Por su parte, la Corte Interamericana ha sostenido que no todo tratamiento diferente es propiamente discriminatorio, porque no toda distinción de trato puede considerarse ofensiva, por sí misma, de la dignidad humana⁹⁷. La Corte Interamericana, basándose en la jurisprudencia de la Corte Europea de Derechos Humanos sostuvo que sólo es discriminatoria una distinción cuando carece de justificación objetiva y razonable⁹⁸. La Corte Interamericana indicó que existen ciertas desigualdades de hecho que legítimamente pueden traducirse en desigualdades de tratamiento jurídico sin que tales situaciones contraríen la justicia, por el contrario, algunas veces pueden ser necesarias para alcanzar la justicia⁹⁹, como por ejemplo a través de la aplicación de medidas especiales. En otras palabras, se espera un tratamiento equitativo de la ley para hombres y mujeres, a menos que se hayan aducido motivos justos, legítimos y razonables imperiosos para justificar una diferencia de tratamiento¹⁰⁰. Según la Corte Interamericana:

No habrá, pues, discriminación si una distinción de tratamiento está orientada legítimamente, es decir, si no conduce a situaciones contrarias a la justicia, a la razón o a la naturaleza de las cosas.

69. El Comité de la CEDAW hace referencia a que las mujeres dispongan de un entorno que les permita conseguir la igualdad de resultados. La igualdad de resultados es la culminación lógica de la igualdad sustantiva o de facto. Estos resultados pueden ser de carácter cuantitativo o cualitativo, es decir que pueden manifestarse en que, en diferentes campos, las mujeres disfrutan de derechos en proporciones casi iguales que los hombres¹⁰¹.

70. Al respecto, la CIDH, en su informe sobre *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas* resaltó que el sistema interamericano avanza hacia un concepto de igualdad material o estructural que parte del reconocimiento de que ciertos sectores de la población requieren la adopción de medidas especiales de equiparación. Ello implica la necesidad de trato diferenciado cuando, debido a las circunstancias que afectan a un grupo desaventajado, la

⁹⁵ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 25, referente a medidas especiales de carácter temporal*, párr. 8.

⁹⁶ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 25, referente a medidas especiales de carácter temporal*, párr. 8.

⁹⁷ Corte I.D.H., *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr. 56.

⁹⁸ Corte I.D.H., *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr. 56, citando Corte E.D.H., *Belgian Linguistic Case*, Sentencia del 23 de julio de 1968, Ser. A No. 6, párr. 34.

⁹⁹ Corte I.D.H., *Propuesta de Modificación a la Constitución Política de Costa Rica Relacionada con la Naturalización*. Opinión Consultiva OC-4/84 del 19 de enero de 1984. Serie A No. 4, párr. 56, citando la sentencia de la Corte Europea, sentencia de 23 de julio de 1968, pág. 56.

¹⁰⁰ CIDH, Informe de Fondo, No, 4/01, *María Eugenia Morales de Sierra* (Guatemala), 19 de enero de 2001, párr. 36.

¹⁰¹ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 25, referente a medidas especiales de carácter temporal*, párr. 9.

igualdad de trato suponga coartar o empeorar el acceso a un servicio, bien o el ejercicio de un derecho¹⁰².

71. Más aún, la Corte Interamericana ha sostenido que los deberes de los Estados de adoptar medidas de prevención y protección “[...] se encuentran condicionados al conocimiento de una situación de riesgo real e inmediato para un individuo o grupo de individuos determinado y a las posibilidades razonables de prevenir o evitar ese riesgo”¹⁰³. Ello implica que los Estados tienen una obligación de adoptar medidas de prevención y protección contra los posibles riesgos para la integridad que las mujeres enfrentan por falta de los cuidados y servicios médicos adecuados. Siguiendo a la Corte Constitucional Colombiana, la CIDH ha establecido que la igualdad se protege cuando la legislación y las políticas públicas toman en consideración las específicas circunstancias y características de aquellas personas que se encuentran en una posición de desventaja social, política, económica o legal¹⁰⁴. Así, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, ha establecido que las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra las mujeres no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer¹⁰⁵.

El vínculo entre la discriminación y la violencia

72. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) reconoce la vinculación crucial entre el derecho de ser libre de discriminación y el reconocimiento de otros derechos fundamentales, especialmente el derecho de ser libre de la violencia basada en el género¹⁰⁶.

73. La CIDH ha señalado que la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación que impide gravemente que las mujeres puedan disfrutar de derechos y libertades en pie de igualdad con los hombres¹⁰⁷. La Convención de Belém do Pará, en el artículo 6, establece que el derecho de la mujer a una vida libre de violencia incluye, *inter alia*:

- El derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y
- El derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

74. La violencia tiene un impacto directo en las mujeres en su disfrute del derecho a la integridad personal. Muchas mujeres sufren formas de violencia durante el embarazo que pueden ocasionar una afectación a su integridad física, como por ejemplo la esterilidad, y que pueden llegar en algunos casos a vulnerar su derecho a la vida. Sobre el particular, el artículo 9 de la Convención de

¹⁰² CIDH, *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 99.

¹⁰³ Corte I.D.H., *Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, párr. 123.

¹⁰⁴ CIDH, *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 96.

¹⁰⁵ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*.

¹⁰⁶ Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Violencia contra la Mujer.

¹⁰⁷ CIDH, *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, 20 de enero de 2007, párr. 65.

Belém do Pará establece que los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer embarazada.

75. En el ámbito de acceso a servicios de salud materna, las prácticas de atención en los servicios, como la negativa de brindar atención médica a las mujeres cuando la requieren sin el consentimiento de la pareja o la esterilización realizada por personal de salud sin el consentimiento informado de la mujer, así como las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención, son ejemplos de formas de violencia contra la mujer. La CIDH ha subrayado también las obligaciones positivas de los Estados en materia de acceso a servicios de salud y su relación con la violencia, al establecer que la salud de las víctimas de violencia sexual debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y en las políticas y programas de salud de los Estados¹⁰⁸, que incluye los servicios de salud materna.

76. La CIDH considera asimismo que la falta de medidas positivas para garantizar tanto la accesibilidad a los servicios de salud materna, así como para garantizar todas las características del derecho a la salud como la disponibilidad, aceptabilidad y calidad, pueden constituir una violación de las obligaciones derivadas del principio de igualdad y no discriminación que permean el sistema interamericano.

77. El inciso E del artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, impone a los Estados la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra las mujeres. Debido a la relación evidente que existe entre discriminación y violencia, este precepto debe interpretarse en el sentido de imponer a los Estados el deber de revisión de normas, prácticas y políticas públicas discriminatorias o cuyo efecto pueda resultar discriminatorio en perjuicio de las mujeres (por ejemplo normas que prohíban la distribución y venta de todos los métodos de planificación familiar que utilizan las mujeres).

B. Deberes de los Estados para que las mujeres accedan a los servicios de salud materna sin discriminación

78. La CIDH valora que los Estados americanos no sólo han reconocido a la mortalidad materna como un problema, sino que han emprendido esfuerzos para mejorar dicha situación. Según la Organización Panamericana de la Salud, un estudio realizado en el 2004 a partir de una encuesta administrada a responsables de la toma de decisiones de 16 países de América Latina y el Caribe, indicó que las estrategias para ampliar la cobertura y el acceso a los servicios de atención primaria constituyen uno de los elementos más comunes en las políticas de reforma de los sistemas de salud en la Región¹⁰⁹. Estas estrategias incluyen incrementar la cantidad de centros de atención primaria y orientar la prestación de un conjunto de servicios básicos a poblaciones con limitaciones de acceso, a grupos vulnerables, como niños, madres, o poblaciones indígenas en países como Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua y Panamá¹¹⁰.

¹⁰⁸ CIDH, Informe No. 21/07, Petición 161/02, Solución Amistosa, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto* (México), 9 de marzo de 2007.

¹⁰⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 367. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

¹¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 367. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

79. Asimismo, la mayoría de los países de la región vienen apoyando políticas o normas que enfatizan la importancia de la maternidad sin riesgo y la meta de reducir la mortalidad materna en 50% para el año 2015. Incluso, algunos países como Bolivia, Ecuador y Perú han implementado un seguro de salud de cobertura universal para la atención de las mujeres embarazadas.

80. No obstante los esfuerzos de los Estados, en la región aún persisten grandes desafíos en relación con los servicios de salud, que comprenden los servicios de salud materna. El acceso a la asistencia sanitaria no es universal y en muchos casos es prácticamente inexistente para los grupos sociales que más la necesitan¹¹¹. La oferta de servicios de salud no siempre refleja las expectativas, valores sociales y preferencias culturales de sus poblaciones¹¹². En muchos casos, la entrega de servicios es inefectiva y de baja calidad técnica¹¹³. De igual manera, los recursos disponibles no siempre se utilizan adecuadamente, lo que a su vez genera ineficiencias en los servicios y contribuye a incrementar el costo de la salud. En algunos casos, el financiamiento de los servicios es insuficiente e insostenible¹¹⁴.

81. En el sistema interamericano, la Declaración Americana y el Protocolo de San Salvador consagran expresamente la obligación de los Estados de brindar adecuada protección a las mujeres en especial para conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto¹¹⁵. El Protocolo de San Salvador específicamente establece la obligación de los Estados de adoptar hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo a fin de lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud, las siguientes medidas para garantizar el derecho a la salud y que aplican a la salud materna: la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

82. El Protocolo de San Salvador hace referencia a la satisfacción del derecho a la salud en un contexto de desarrollo de un sistema de salud, que por básico que sea, debe garantizar el acceso al sistema de Atención Primaria de Salud (APS) y el desarrollo progresivo de un sistema con

¹¹¹ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 360. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

¹¹² Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 360. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

¹¹³ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 360. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

¹¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 360. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>.

¹¹⁵ Artículo 15 del Protocolo de San Salvador.

cobertura para toda la población del país. A su vez, otorga especial atención a los grupos vulnerables o en situación de pobreza¹¹⁶.

83. La CIDH desea resaltar que, como los mismos Estados han reconocido al acordar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y/o el Programa de Acción de El Cairo, los altos índices de mortalidad materna reflejan en parte importante la discriminación histórica contra las mujeres, y la insuficiencia de las medidas aplicadas para remediarla. Como la prohibición de la discriminación es un principio rector del sistema regional, corresponde en este sentido que los Estados redoblen sus esfuerzos para adoptar medidas y asignar los recursos necesarios para eliminar las diferentes formas de discriminación contra las mujeres que todavía inciden en los riesgos y daños prevenibles que enfrentan en el campo de la salud materna.

84. Siguiendo los estándares internacionales sobre la protección de la salud materna y la propia jurisprudencia del sistema interamericano, la CIDH observa que el deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas¹¹⁷. Los Estados como mínimo deben garantizar servicios de salud materna que incluyan factores determinantes básicos de la salud. Así, la CEDAW especifica en su artículo 12(2) la obligación de los Estados de asegurar a las mujeres en condiciones de igualdad, servicios de salud que sólo requieren las mujeres según sus necesidades específicas en salud¹¹⁸. Incluso el Comité de la CEDAW recomendó a los Estados Partes asegurar “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.”¹¹⁹

85. Los estándares internacionales establecen que los Estados deben proporcionar los servicios de salud en condiciones adecuadas y seguras, y que sean gratuitos cuando fuere necesario, así como que se asegure una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia¹²⁰. Es

¹¹⁶ CIDH, *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132 Doc. 14 rev. 1, 19 de julio de 2008. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/IndicadoresDESCO8sp/Indicadoresindice.sp.htm>.

¹¹⁷ Véase Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 14*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 14 y 21; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 24, La Mujer y la Salud*, párr. 27; Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr. 8.25; Naciones Unidas, Asamblea General, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/61/338, 13 de septiembre de 2006.

¹¹⁸ El artículo 12 de la CEDAW que establece la obligación de los Estados de adoptar 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

¹¹⁹ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 19: La violencia contra la mujer*, 1992, UN GAOR, 1992, UN Doc. No. A/47/38. 1.

¹²⁰ El artículo 12(2) de la CEDAW establece:

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 período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.. Asimismo, el Comité de la CEDAW ha señalado expresamente la obligación de los Estados Partes de garantizar el derecho de la

Continúa...

importante destacar con respecto a la nutrición, que se calcula que aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas en el mundo padecen de alguna forma de anemia. La situación de las adolescentes embarazadas es más grave porque son más propensas a la anemia que las mujeres mayores y porque tienen menos posibilidades de recibir atención para este trastorno¹²¹.

86. Por su parte, el Comité de la CEDAW estableció específicamente la obligación de los Estados de garantizar el derecho de las mujeres a servicios de maternidad gratuitos asignando para ello el máximo de recursos disponibles¹²²:

Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles¹²³.

87. Asimismo, el deber de proteger el derecho a la integridad de las mujeres en condiciones de igualdad comprende que los Estados prioricen sus recursos y esfuerzos para abordar las necesidades particulares de los grupos de mujeres identificados en este informe quienes están en mayor riesgo de sufrir daños a su integridad en su acceso a servicios de salud materna, es decir, las mujeres pobres, de zonas rurales, incluyendo a las mujeres indígenas y/o afrodescendientes y las adolescentes por las múltiples formas de discriminación que enfrentan. Según el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, los principios de igualdad y no discriminación implican que se deben implementar programas de proximidad y de otro tipo para asegurar que las personas y comunidades desfavorecidas, como las mujeres en situación de exclusión, tengan en la práctica el mismo acceso que otros grupos más favorecidos¹²⁴.

88. Específicamente respecto de las mujeres indígenas, la Corte Interamericana ha sostenido que los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de este grupo y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica¹²⁵.

...continuación

mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles. Véase Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*.

¹²¹ Naciones Unidas, UNICEF, *Progreso para la Infancia: Un Balance sobre la Mortalidad Materna*, número 7, 2008, pág. 6

¹²² Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, párr. 27.

¹²³ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, párr. 27.

¹²⁴ Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, *Promoción y Protección de Todos los Derechos Humanos, Civiles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales*, 31 de enero de 2008, A/HRC/7/11, párr. 42.

¹²⁵ Corte I.D.H., *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay*. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 177.

89. En consecuencia, los Estados deben eliminar los obstáculos que limitan a las mujeres, y particularmente a estos grupos, el acceso a los servicios de salud materna, como por ejemplo los honorarios, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible¹²⁶. Una forma para reducir los efectos que causa la lejanía de los servicios de salud puede ser el establecimiento de hogares maternos de espera.

90. La información y la educación habilita a las mujeres para adoptar decisiones a todos los niveles en todas las esferas de su vida, especialmente en el terreno de la salud, sexualidad y reproducción¹²⁷. El acceso a la información en el ámbito de la salud materna comprende también el reconocimiento de las señales de advertencia de emergencias obstétricas, así como el acceso a información sobre la historia médica personal e información institucional y sistémica relacionada con los gastos y las estadísticas de salud materna¹²⁸.

91. En este sentido, la Comisión Interamericana ha señalado que los conceptos de autonomía y de empoderamiento no pueden estar ausentes en la agenda de la disminución de las desigualdades de género¹²⁹. Las mujeres con más educación cuentan, en general, con las herramientas para adoptar unos comportamientos adecuados para la prevención y promoción de su salud, incluida la salud materna y la de su entorno familiar, tales como vacunar a los hijos¹³⁰. La brecha entre mujeres con más recursos y mujeres pobres y entre hombres y mujeres en esta materia requiere de los Estados la provisión de oportunidades educativas y laborales para las mujeres, con el objeto de remediar la desigualdad. Asimismo comprende que el Estado dedique recursos para asegurar el conocimiento de sus derechos como usuarias respecto del sistema de salud así como sobre los servicios de salud.

92. En consecuencia, la protección del derecho a la integridad de las mujeres en condiciones de igualdad se materializa en el ámbito de la salud materna, a través de la provisión de información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción, incluyendo la planificación familiar¹³¹. Sobre el particular, la Corte Constitucional de Colombia señaló que "el derecho a la salud tiene una

¹²⁶ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*.

¹²⁷ Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994, Capítulo IV, *Igualdad y Equidad entre los Sexos y Habilitación de la Mujer*, párr. 4.2.

¹²⁸ Physicians for Human Rights, *Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*, 2007, pág. 58. Disponible en: <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2007-11-28.html>.

¹²⁹ CIDH, *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en material de derechos económicos, sociales y culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132 Doc. 14 rev. 1, 19 de julio de 2008, párr. 57. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/IndicadoresDESCO8sp/Indicadoresindice.sp>.

¹³⁰ Elizabeth King and Andrew D. Mason, *Engendering Development through Gender Equality in Rights, Resources and Voice*, Banco Mundial y Oxford University Press, Washington DC, enero 2001, pp. 78-83. Women Deliver. Las Mujeres Dan Vida. Conferencia Global, 18-20 octubre 2007, Londres, Resumen Ejecutivo.

¹³¹ En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que "la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información. Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 14, E/C.12/2000/4*, 11 de agosto de 2000, párr. 14.

esfera en la que se conecta estrechamente con la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad, en lo que hace relación a la potestad de tomar decisiones sobre su propia salud”¹³². Según dichos principios, los Estados deben prestar especial atención a las necesidades específicas de información de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables como las mujeres pobres, que habitan en zonas rurales, incluyendo las mujeres indígenas y afrodescendientes y las adolescentes¹³³.

93. Según el Relator de las Naciones Unidas sobre el disfrute del más alto nivel posible de salud, para prevenir la mortalidad derivada de la maternidad y mejorar el acceso a la atención de la salud materna no basta simplemente con aumentar gradualmente las intervenciones técnicas o hacer que sean más asequibles¹³⁴. Según el Relator, es también esencial atender a los factores sociales, culturales, políticos y jurídicos que influyen en las decisiones de la mujer de solicitar servicios de atención en salud materna o en salud reproductiva¹³⁵. Ello exige que los Estados eliminen las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y las desigualdades en materia de género que impiden que las mujeres y las adolescentes aspiren a servicios de buena calidad¹³⁶. Entre las prácticas discriminatorias, los Estados deberían redoblar sus esfuerzos para eliminar los estereotipos de género tales como las restricciones al acceso a los servicios de atención médica por el hecho de carecer de la autorización del esposo, o compañero, padres o autoridades de salud, por su estado civil o por su condición de mujer¹³⁷.

94. La CIDH destaca la necesidad de involucrar a las principales beneficiarias en el diseño e implementación de políticas, planes y programas que les afecten. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha sostenido que un aspecto importante del derecho a la salud involucra la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre cuestiones con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional¹³⁸.

¹³² Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia, C 355-06.

¹³³ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, párr. 6

¹³⁴ Naciones Unidas, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/61/338*, 13 de septiembre de 2006, párr. 17.

¹³⁵ Naciones Unidas, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/61/338*, 13 de septiembre de 2006, párr. 17.

¹³⁶ Naciones Unidas, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/61/338*, 13 de septiembre de 2006, párr. 17.

¹³⁷ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, párr. 14. Las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño reconocen la obligación de los Estados partes de respetar las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de las personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño/a ejerza los derechos reconocidos en dicha Convención. Asimismo, el artículo 12 de dicha Convención reconoce la obligación de los Estados de garantizar al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

¹³⁸ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General Nº 14, E/C.12/2000/4*. 2000., párr. 11.

95. La CIDH enfatiza el deber de los Estados de garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres. En el caso de las mujeres indígenas y afrodescendientes, los Estados deben adecuar los servicios de salud, tanto de prevención como de atención y tratamiento, respetando sus culturas, por ejemplo a través de la elección informada del tipo de parto. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables o marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos"¹³⁹. A este respecto, los bienes, servicios e instalaciones "han de ajustarse a las necesidades existentes en materia de género y a los derechos y culturas de las minorías y poblaciones indígenas"¹⁴⁰.

96. Al respecto, es importante señalar que la Corte Interamericana ha sostenido que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos¹⁴¹. Asimismo, la Corte ha reiterado que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre¹⁴². En tal sentido, los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las mujeres que viven en condiciones de pobreza, las mujeres indígenas y afrodescendientes y las adolescentes, son quienes enfrentan un mayor riesgo de ver afectado su derecho a la integridad en el acceso a servicios de salud materna.

97. En consonancia con lo establecido por la Corte Interamericana, los Estados Partes tienen la obligación de consagrar y adoptar en su ordenamiento jurídico interno todas las medidas necesarias para que lo establecido en la Convención sea cumplido y puesto en práctica, y que tal legislación no se transforme en una mera formalidad, distanciada de la realidad¹⁴³. Esta obligación comprende la instalación de sistemas de rendición de cuentas y de facilitar a las mujeres un acceso efectivo y oportuno a la justicia en caso de que sus derechos en el campo de la salud sean vulnerados, tanto en la vía penal, civil o administrativa. Sobre el particular, la CIDH destaca la importancia de la participación activa de las mujeres en la determinación de las prioridades en las políticas sobre salud materna.

¹³⁹ Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14*, E/C.12/2000/4. 2000; párr. 12(b).

¹⁴⁰ "Nota del Secretario General que transmite el Informe del Relator Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental." A/61/338. Nota 14, párrafo 17(c). Disponible en: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/520/00/PDF/N0652000.pdf?OpenElement>.

¹⁴¹ Corte I.D.H., *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 103.

¹⁴² Corte I.D.H., *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149. Corte I.D.H., *Caso Baldeón García Vs. Perú*. Sentencia de 6 de abril de 2006. Serie C No. 147, párr. 81; Corte I.D.H., *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay*. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146, párr. 154; y Corte I.D.H., *Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, párr. 111.

¹⁴³ Corte I.D.H., *Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 98.

98. En cuanto a la protección del derecho a la integridad de las adolescentes, la CIDH ha señalado anteriormente que el embarazo precoz plantea varios riesgos: además de los problemas de salud, un mayor riesgo de abortos, en condiciones inseguras, y de interrupción de la educación¹⁴⁴. En este sentido, el Comité de Derechos Humanos ha establecido el deber de los Estados de brindarles el acceso a información sobre el daño que puede causar los embarazos precoces. Igualmente el Comité ha establecido que a las niñas y adolescentes embarazadas, se les deberían proporcionar servicios de salud adecuados a sus derechos y necesidades particulares¹⁴⁵. Por su parte, el Comité sobre los Derechos del Niño ha instado a los Estados Partes a adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes¹⁴⁶. En consecuencia, la Comisión considera que los Estados deben diseñar políticas y programas para este grupo específico, en función de sus necesidades específicas en salud materna, respetando sus derechos a la intimidad y confidencialidad.

99. El mejoramiento de la salud materna se encuentra establecida como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁴⁷. La meta fijada es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes fijando los siguientes indicadores de medición de los progresos: la tasa de mortalidad materna y la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado y tasa de uso de anticonceptivos¹⁴⁸. Asimismo, la segunda meta es lograr, para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, fijando como indicadores de medición de los progresos: la tasa de natalidad entre las adolescentes, la cobertura de atención prenatal y necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

100. Cabe señalar que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, desarrolló una serie de lineamientos para la evaluación y monitoreo de derechos económicos, sociales y culturales previsto en el Protocolo de San Salvador. Específicamente en el documento se desarrollan una serie de indicadores tanto estructurales, de procesos y de resultado relacionados con el embarazo y la maternidad. Entre los indicadores de resultado para medir el progreso del derecho a la salud se menciona el porcentaje de personas con acceso a servicios de saneamiento básico, cantidad de partos atendidos por profesionales y porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia. Entre los indicadores de resultados para medir el progreso del derecho a la salud en relación con la igualdad se especifican: tasa de mortalidad materna y perinatal, distribución de mortalidad materna según causas por grupos de edad, tasa de mortalidad perinatal, porcentaje de niños nacidos con peso inferior a 2,5 kg, tasa de atención por violencia intrafamiliar y estimaciones sobre casos de aborto

¹⁴⁴ CIDH, *Justicia e Inclusión Social: Los Desafíos de la Democracia en Guatemala*, OEA/Ser.L/V/II.118 Doc. 5 rev. 1, 29 de diciembre de 2003, véase Capítulo V, Los Derechos de la Mujer, párr. 318. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala2003sp/indice.htm>.

¹⁴⁵ Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General No. 4, *La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2003.

¹⁴⁶ Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General No. 4, *La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2003, párr. 31.

¹⁴⁷ Véase Portal de la Labor del Sistema de las Naciones Unidas sobre Objetivos del Desarrollo del Milenio, Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/bkgd.shtml>.

¹⁴⁸ Véase Portal de la Labor del Sistema de las Naciones Unidas sobre Objetivos del Desarrollo del Milenio, Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>.

ilegales, por edad, lugar de residencia (urbano y rural) y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada u otros datos disponibles¹⁴⁹.

101. En la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, más de 171 Estados acordaron los siguientes objetivos en relación a la salud de las mujeres y la maternidad¹⁵⁰:

(a) Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones;

(b) Mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

102. Entre las medidas acordadas, se estableció incrementar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Dichos servicios, basados en el concepto de la elección basada en una información correcta, deberían incluir la educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales coordinados y eficaces, programas de nutrición materna; asistencia adecuada en los partos evitando el recurso excesivo a las operaciones cesáreas y prestando atención obstétrica de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto, atención prenatal y planificación de la familia. Todos los nacimientos deberían contar con la asistencia de personas capacitadas, de preferencia enfermeras y parteras, o al menos comadronas capacitadas.¹⁵¹

103. Asimismo se estableció que deberían determinarse las causas subyacentes de la morbilidad y mortalidad maternas y se debería prestar atención a la elaboración de estrategias para eliminarlas y para desarrollar mecanismos de evaluación y supervisión adecuados, a fin de evaluar los progresos logrados en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y de aumentar la eficacia de los programas en marcha. También se identificó la importancia de lograr el apoyo de los varones a las actividades destinadas a asegurar la salud de las madres y la maternidad sin riesgo.

¹⁴⁹ CIDH, *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132 Doc. 14 rev. 1, 19 de julio de 2008, pág. 50. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/IndicadoresDESC08sp/Indicadoresindice.sp.htm>.

¹⁵⁰ Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, párr. 8.20.

¹⁵¹ Entre las medidas acordadas, se estableció incrementar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Dichos servicios, basados en el concepto de la elección basada en una información correcta, deberían incluir la educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales coordinados y eficaces, programas de nutrición materna; asistencia adecuada en los partos evitando el recurso excesivo a las operaciones cesáreas y prestando atención obstétrica de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto, atención postnatal y planificación de la familia. Todos los nacimientos deberían contar con la asistencia de personas capacitadas, de preferencia enfermeras y parteras, pero al menos comadronas capacitadas. Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo.

104. Finalmente, la CIDH desea destacar que para lograr la plena efectividad del derecho a la integridad personal, “los Estados tienen la obligación jurídica de adoptar medidas ‘deliberadas, concretas y encaminadas’ a la realización del derecho a la salud para todos”¹⁵². Ello implica la adopción de políticas efectivas para abordar la salud materna con especial atención a las necesidades específicas de los grupos de mujeres reseñados en este informe. Asimismo, si bien el artículo 26 de la Convención Americana establece que los Estados partes se comprometen a lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales en la medida de los recursos disponibles, la CIDH reitera que la no discriminación es una obligación de cumplimiento inmediata. Tal como lo señaló el Relator de las Naciones sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, la igualdad de trato entre la mujer y el hombre no está sujeta a realización progresiva ni a la disponibilidad de recursos¹⁵³, y así como la igualdad entre las mujeres, es una obligación fundamental de aplicación inmediata.

IV. RECOMENDACIONES

105. El presente informe ha reseñado los deberes de los Estados para garantizar la protección del derecho a la integridad de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad. La Comisión espera con sus recomendaciones, contribuir con los esfuerzos de los Estados en esta materia y que los deberes en materia de derechos humanos requieran:

1. Analizar, desde los órganos legislativos, ejecutivos y judiciales y mediante un escrutinio estricto, todas las leyes, normas, prácticas y políticas públicas que establezcan diferencias de trato basadas en el sexo o que puedan tener un impacto discriminatorio en los términos analizados en este informe.
2. Garantizar que la legislación sobre la protección de la salud materna esté adecuada con los estándares regionales e internacionales sobre la materia con los que los Estados se han comprometido a seguir, y que las políticas y programas elaborados con la participación de las propias mujeres, tengan consistencia con las metas establecidas por los Estados para mejorar la salud materna.
3. Asegurar que las y los profesionales de la salud informen a las mujeres sobre su salud para que éstas puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción.
4. Asegurar que la perspectiva de género se encuentre incorporada en todos los planes, políticas y programas relacionados con la protección y el acceso a la salud materna.
5. Fortalecer la capacidad institucional para garantizar, con un financiamiento adecuado, el acceso a las mujeres a una atención profesional, tanto durante el embarazo, parto y periodo después del parto, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia, especialmente para los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades específicas y preferencias culturales de las mujeres.

¹⁵² Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, Aplicación de la Resolución 60/251 de la Asamblea General, de 15 de marzo de 2006, Titulada *Consejo De Derechos Humanos*, 17 de enero de 2007.

¹⁵³ Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, Aplicación de la Resolución 60/251 de la Asamblea General, de 15 de marzo de 2006, Titulada *Consejo De Derechos Humanos*, 17 de enero de 2007.

6. Crear mecanismos de referencia adecuados entre establecimientos de salud para atender las emergencias obstétricas.
7. Garantizar la provisión de programas de nutrición previos al embarazo, durante el embarazo y en el periodo posterior al parto, que incluyan la orientación sobre cómo alimentar a los hijos adecuadamente.
8. Eliminar las barreras que pueden limitar a las mujeres el acceso a los servicios de salud materna, como por ejemplo los costos por honorarios, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible.
9. Garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres. En el caso de las mujeres indígenas y afrodescendientes, los Estados deben adecuar los servicios de salud, tanto de prevención como de atención y tratamiento, atendiendo y respetando sus expectativas, tradiciones y creencias.
10. Garantizar que las políticas públicas y programas dirigidos a mejorar la salud materna de las adolescentes, aborden las necesidades particulares de este grupo, respetando sus derechos a la intimidad y confidencialidad, reconociendo los derechos y deberes de los padres y en atención a su edad y madurez, conforme a su evolución de facultades.
11. Implementar medidas para que los sistemas de información, reflejen de manera adecuada la situación a nivel nacional y local de la salud de las mujeres, tales como cifras de morbi-mortalidad materna, mortalidad neonatal, y sus causas, con la finalidad de tomar decisiones y acciones efectivas.
12. Establecer procedimientos eficaces, tanto a nivel administrativo, civil y penal para garantizar a las mujeres el acceso a la justicia cuando vean vulnerado su derecho a la integridad así como a un tratamiento adecuado en condiciones de igualdad.
13. Establecer mecanismos de capacitación regular para profesionales de la salud sobre la protección de los derechos de las mujeres en los servicios de salud así como mecanismos de rendición de cuentas para las y los funcionarios que no cumplan con sus deberes de atención médica a las mujeres que lo requieran.
14. Establecer mecanismos para informar a las mujeres a nivel local sobre sus derechos como usuarias del sistema de salud, y para consultarles sobre cómo lograr la eficacia en su acceso a la información y a los servicios en salud que requieran.