

17 de mayo de 2019

**Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias**  
**Dubravka Šimonović**  
**Naciones Unidas**  
**8-14 Avenue de la Paix**  
**1211 Ginebra 10**  
**Suiza**

**Ref.:** Información sobre la situación relativa al maltrato y violencia contra las mujeres en el marco de la atención en salud reproductiva, incluso durante el parto en centros de salud, en países de América Latina y el Caribe, Europa y África Oriental

Women's Link Worldwide (en adelante "Women's Link") es una organización internacional de derechos humanos fundada en el 2001 que busca establecer e implementar estándares jurídicos que impulsen los derechos humanos de las mujeres y las niñas, especialmente aquellas que enfrentan múltiples inequidades<sup>1</sup>. Lo hacemos, entre otros, a través del litigio, la presentación de *amicus curiae* o de testimonio experto ante tribunales nacionales, regionales e internacionales; del Observatorio de Género y Justicia<sup>2</sup>; de la documentación de violaciones de derechos humanos; de publicaciones; y de seminarios y talleres con defensores(as) de derechos humanos, jueces y juezas y expertos y expertas. Contamos con oficinas regionales en Colombia y España y proyectos en África Oriental. Los temas de trabajo de la organización incluyen: i) los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas; ii) la discriminación con particular énfasis en las mujeres y niñas que enfrentan diversos factores de vulnerabilidad; y iii) violencia contra las mujeres y las niñas, en especial en contextos de trata de personas, justicia transicional y fronteras.

## **1. Introducción**

Con ocasión del llamado de la Relatora, presentamos información sobre las tres regiones en las que trabajamos -América Latina y el Caribe, Europa y África Oriental-, la cual hemos obtenido directa y recientemente a través de nuestro trabajo. En particular, el presente documento proporcionará información respecto algunos países de estas tres regiones (Colombia -con énfasis en la frontera colombo-venezolana-, Venezuela, República Dominicana, Perú, España y Ruanda), como ejemplos representativos de los tipos de maltrato y violencia que sufren las mujeres y niñas que buscan atención en salud reproductiva en variados contextos, como son el de crisis migratoria, situación migratoria irregular, crisis humanitaria y represión estatal o criminalización de la salud

---

<sup>1</sup> Women's Link Worldwide. Disponible en: <http://www.womenslinkworldwide.org/>

<sup>2</sup> Women's Link Worldwide. Observatorio de Género y Justicia. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/observatorio/base-de-datos>

reproductiva. Esto, en línea con el ánimo de la Relatora de tomar en cuenta el contexto más amplio en el cual el maltrato y la violencia contra las mujeres ocurren.

Hemos podido identificar que el maltrato y la violencia en la atención en salud reproductiva constituye un fenómeno global. A pesar de la variedad de las regiones en las que trabajamos, ha sido posible establecer que, alrededor del mundo, cuando las mujeres y las niñas acuden a centros de salud públicos y privados en busca de servicios de salud reproductiva enfrentan situaciones de maltrato y violencia similares, aunque agravadas o con ciertas particularidades por los contextos en los que ocurren, y por características como su condición socio-económica o identidad étnica, las cuales también reflejamos en la información presentada en este documento.

A pesar de que el llamado de la Relatora menciona un foco en el parto, entendemos - como lo hace la misma Relatora en su llamado- que la salud reproductiva excede por mucho este momento, y por ello la información aquí contenida también lo hace. Entendemos que dentro la salud reproductiva se encuentran los servicios médicos necesarios tanto para las mujeres que deciden continuar con su embarazo como para aquellas que desean interrumpirlo. Tampoco se limita a lo que requiere una mujer embarazada, sino que también cubre otros aspectos como la búsqueda y oferta de información sobre salud reproductiva, la anticoncepción y las enfermedades del aparato reproductor. En cualquiera de estos escenarios la atención debería estar libre de maltrato y de violencia. Así mismo, estimamos que debe quedar incluido en el informe de la Relatora el maltrato y la violencia al momento de solicitar cualquiera de estos servicios -y no solo cuando ya se ha accedido-, pues hemos encontrado que el maltrato y la violencia son verdaderas barreras de acceso a la salud reproductiva en varios de los contextos aquí estudiados.

Resulta necesario así mismo aclarar lo que, de acuerdo con los estándares internacionales, consideramos incluido dentro de las categorías maltrato y violencia contra la mujer pues esto delimita los hechos que reportamos como tal en este documento. En general, entendemos, de acuerdo con la Recomendación General 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante Comité CEDAW), que la violencia por razón del género "adopta múltiples formas, a saber: actos u omisiones destinados a o que puedan causar o provocar la muerte o un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico para las mujeres, amenazas de tales actos, acoso, coacción y privación arbitraria de la libertad"<sup>3</sup>.

Específicamente en el ámbito de la salud reproductiva -como lo menciona la Relatora en su llamado- la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sostenido que entre las prácticas de maltrato se encuentran "maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales,

---

<sup>3</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf>, párr. 14.

pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago”<sup>4</sup>.

Por su parte, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha reconocido que los “malos tratos van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia. Ese tipo de vejaciones suelen estar motivadas por ciertos estereotipos sobre el papel procreador de la mujer e infligen un sufrimiento físico y psicológico que puede constituir malos tratos. Detener en el centro sanitario a una mujer que acaba de dar a luz por impago de las facturas médicas equivale a malos tratos”<sup>5</sup>.

Finalmente, en la ya citada Recomendación General 35, el Comité CEDAW expresó que “[L]as violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante”<sup>6</sup>.

Bajo el marco anteriormente mencionado, a continuación presentamos información relativa a la situación de maltrato y violencia que enfrentan las mujeres cuando intentan acceder a servicios de salud reproductiva, o una vez han logrado acceder, en contextos que hemos identificado como: i) crisis migratorias; ii) crisis humanitaria y represión estatal; iii) situación migratoria irregular; iv) criminalización y prohibición de servicios de salud reproductiva; y v) las particularidades de la violencia y maltrato en la atención en salud reproductiva para mujeres indígenas. Atendiendo a las preguntas formuladas por la Relatora en su llamado, nos enfocaremos en incluir información frente a la primera pregunta relativa a situaciones y casos de maltrato y violencia que ocurren en los contextos identificados en las diferentes regiones en las que trabajamos, así como de las respuestas de los Estados frente a dichas situaciones.

### **1. El maltrato y la violencia en la atención en salud reproductiva en contextos de crisis migratoria: la frontera Colombo-venezolana como el ejemplo representativo más reciente**

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), para el mes de noviembre de 2018, la cifra de personas refugiadas y migrantes de Venezuela en todo el mundo había alcanzado los tres millones<sup>7</sup>. De acuerdo con el Registro Administrativo de Migrantes

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1), pag. 1.

<sup>5</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Perspectivas de género de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10361.pdf>, párr. 47.

<sup>6</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf>, párr. 18.

<sup>7</sup> ACNUR. Noviembre 8 de 2018. “La cifra de personas refugiadas y migrantes venezolanas alcanza los tres millones. Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/press/2018/11/5be443b54/la-cifra-de-personas-refugiadas-e-inmigrantesvenezolanas-alcanza-los-3.html>.

venezolanos en Colombia, en su informe final a junio de 2018, se había identificado que de un total de 219.799 mujeres que forman parte del registro<sup>8</sup>.

En este panorama de crisis migratoria, entre el 2018 y 2019, Women's Link ha documentado de primera mano la situación a la que se enfrentan las mujeres y niñas migrantes venezolanas en los territorios fronterizos, en particular en las ciudades de Arauca (octubre de 2018), Cúcuta (abril de 2019), así como también en la capital del país (finales 2018). A partir de nuestro trabajo, hemos podido determinar que las mujeres y las niñas enfrentan violencia y maltrato tanto al intentar acceder a servicios de salud reproductiva, como cuando logran acceder a los mismos, lo cual también hemos podido verificar en el pasado reciente en contextos de crisis migratoria en otras regiones del mundo como Europa<sup>9</sup>, por lo cual invitamos a la Relatora a considerar las crisis migratorias como un contexto particularmente importante para su informe.

En el primer escenario, es decir, en la solicitud de acceso, identificamos que, como la gran mayoría de migrantes no tienen su situación migratoria regularizada, no tienen afiliación al sistema de seguridad social en salud. De acuerdo con el Registro Administrativo de Migrantes venezolanos en Colombia ya citado, 8.209 mujeres se encontraban embarazadas, de las cuales el 98% no tenía ningún tipo de seguridad social en salud<sup>10</sup>. Los servicios de seguimiento médico y atención preventiva sólo están disponibles para las personas que cuentan con seguridad social<sup>11</sup>, y entonces la atención de las mujeres migrantes que no lo tienen se hace solo por urgencias, de acuerdo con la Circular 25 del 31 de julio de 2017 del Ministerio de Salud.<sup>12</sup>

Sin embargo, lo que constituye una urgencia es una valoración que hace el prestador de salud. A pesar de que, en el caso específico de las migrantes, la Corte Constitucional ha dicho que "los servicios de salud relacionados con el embarazo, el parto y el periodo después del parto, se deben catalogar como de atención urgente y prioritaria"<sup>13</sup>, y de que el Ministerio de Salud en una respuesta oficial<sup>14</sup> indicó que el aborto legal es uno de los servicios relacionados con el embarazo<sup>15</sup> que deben estar disponibles de manera "urgente y prioritaria" para las mismas, como no hay un protocolo o lineamiento específico del Ministerio a los prestadores de salud al respecto, hemos podido verificar que en la práctica en muchas ocasiones estos servicios no son considerados urgencia, y por tanto las mujeres y niñas embarazadas son rechazadas en los hospitales públicos.

---

<sup>8</sup> Registro Administrativo de Migrantes venezolanos en Colombia. Informe final 6 de abril al 18 de junio de 2018. Disponible en: [www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf](http://www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf).

<sup>9</sup> Al respecto, ver: Women's Link Worldwide. 2016. "Atrapadas en Europa ¿dónde está la dignidad?". Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/1110/atrapadas-en-europa-donde-esta-la-dignidad.pdf>. En dicho informe documentamos sobre las circunstancias que, en el marco de una crisis migratoria, enfrentaron las mujeres, niñas y niños migrantes que entraron a Europa en 2016 desde Siria, Afganistán, Pakistán o Irak, entre las cuales está la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

<sup>10</sup> Registro Administrativo de Migrantes venezolanos en Colombia. Informe final 6 de abril al 18 de junio de 2018. Disponible en: [www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf](http://www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf).

<sup>11</sup> Norwegian Refugee Council. Internal document on needs assessment of the Venezuelan Population.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud. Circular 025 de 2017. "Artículo 2.1. Garantizar la atención de urgencias a la población migrante, según los criterios técnicos y ámbito de aplicación establecidos en la Resolución número 5596 de 2015, relacionada con la selección y clasificación de pacientes, en los servicios de urgencias".

<sup>13</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-677 de 2017. Magistrada Sustanciadora: Gloria Stella Ortiz Delgado.

<sup>14</sup> La respuesta oficial emitida por el Ministerio de Salud frente a nuestra petición de información se incluye en este documento como ANEXO I.

<sup>15</sup> El lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018 incluye a la interrupción voluntaria del embarazo como una de las atenciones relacionadas con el embarazo.

De conformidad con el mencionado Registro Administrativo de Migrantes venezolanos en Colombia el 76.8% de las mujeres embarazadas no tenía acceso a controles prenatales<sup>16</sup>. En una visita a Arauca en octubre de 2018, comprobamos que solo a partir de julio de 2018 los prestadores de salud empezaron a considerar que los partos deben ser considerados como servicios de urgencia. Sumado a ello, identificamos que el Protocolo de Atención para Víctimas de Violencia sexual, adoptado mediante la Resolución No. 459 de 2012 del Ministerio de Salud, que establece que todos los casos de violencia sexual deben atenderse como una urgencia médica (paso 1 del Protocolo), y que incluye entre otros servicios el aborto legal, tampoco se cumple para las mujeres y niñas migrantes.

La falta de acceso a servicios de aborto legal – aún cuando las mujeres se encuentran en alguna de las tres causales – la habíamos identificado en Bogotá el año pasado, y la identificamos nuevamente en Cúcuta este año. En ambos lugares diferentes fuentes consultadas nos señalaron como es una práctica usual de los profesionales de salud brindar información errónea o incompleta sobre el aborto legal, lo cual puede ocasionar graves consecuencias en el goce de los derechos de las mujeres y niña al llevarlas a recurrir a abortos inseguros. Women's Link ha tenido que recurrir a interponer acciones de tutela para tratar de garantizarles el acceso al servicio. Entre estos casos que hemos acompañado se encontraba una niña que había sido víctima de violación en el tránsito hacia Colombia y una mujer que fue víctima de trata con fines de explotación sexual. Uno de los jueces en estos casos, en contra de los estándares legales antes reseñados, estimó que primero se debía regularizar su situación migratoria, para afiliarse al sistema de salud y allí si tener acceso al procedimiento. Por todos los obstáculos que se presentan, en la práctica son prestadores privados los que están asegurando el acceso, mediante proyectos especiales para la crisis, junto con organizaciones no gubernamentales que las acompañan en todos los trámites. La situación se complica para las que tienen estados avanzados de gestación pues los prestadores privados no pueden hacer los procedimientos que requieren, y en muchos casos deben trasladarse a capitales para el acceso, pero tienen problemas para transportarse por la falta de documentos.

Women's Link también ha adelantado acciones legales en favor de una niña venezolana (M.A.C) a la que se le diagnosticó toxoplasmosis mientras residía en Venezuela. Pese a su situación, nunca pudo acceder a medicamentos para tratar su enfermedad, debido a la crisis humanitaria compleja que ha provocado el total desabastecimiento de medicinas en su país. Posteriormente, en Venezuela, M.A.C. resultó en embarazo como consecuencia de una relación consentida ante la ausencia de cualquier método de planificación familiar o anticonceptivo disponible. En razón a la precariedad tanto en la atención médica en Venezuela como la imposibilidad de acceder a alimentos, ella y su familia decidieron migrar hacia el municipio de Arauca en búsqueda de opciones de generación de ingresos y asistencia médica. Sin embargo, en Colombia, M.A.C no pudo acceder a servicios prenatales y a control del embarazo debido a que el personal del Hospital local le ha negado la prestación de servicios en razón a su nacionalidad. Lo anterior, se ha dado pese a que la infección por toxoplasmosis junto a su edad, hace que su embarazo sea de alto riesgo, por las complicaciones que puede generar tanto para la vida y salud de la adolescente como la del feto. En su nombre, Women's Link mediante una acción judicial solicitamos controles prenatales y aplicación del Protocolo de Atención para Víctimas de Violencia sexual, sin embargo, nuevamente, el juez

---

<sup>16</sup> Registro Administrativo de Migrantes venezolanos en Colombia. Informe final 6 de abril al 18 de junio de 2018. Disponible en: [www.refworld.org.es/pdfid/5b2957524.pdf](http://www.refworld.org.es/pdfid/5b2957524.pdf).

determinó que esto no era urgente, y debía regularizar su situación migratoria y afiliarse al sistema de seguridad social.

Así mismo, conocimos de casos de violencia obstétrica relacionados con negativas por parte del personal médico a prestar servicios de salud materna a mujeres migrantes venezolanas, incluyendo desestimar los síntomas de las mujeres, así como sus antecedentes clínicos y dilatar la prestación de servicios de salud reproductiva. Por ejemplo, supimos del caso de una mujer que requería atención particular durante el parto, incluyendo la inducción del mismo. A pesar de ello, prestadores de salud desestimaron esta información y le indicaron que no la atenderían hasta que “rompiera fuente”. En consecuencia, a pesar del riesgo que corría ella y su embarazo, tuvo que acudir a otro establecimiento de salud.

En este sentido, consideramos que una de las recomendaciones a Estados en medio de crisis migratorias es que la atención en salud reproductiva -inclusive el aborto legal y la atención posaborto- debe ser considerada como una urgencia cuya prestación no debe estar limitada por el estatus migratorio. La sola negativa del acceso a este tipo de servicios es una forma de violencia ya que ponen en peligro su salud y vida y pueden derivar en daños físicos y psicológicos, o incluso la muerte. Teniendo en cuenta los estándares antes reseñados, el rechazo de la admisión en centros de salud, alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la continuación forzada del embarazo son todas formas reconocidas de maltrato y violencia.

Ahora bien, en el segundo escenario, es decir, una vez se logran superar las barreras de acceso, también verificamos situaciones de maltrato y violencia. En octubre de 2018, en trabajo de campo en Arauca, se nos informó de un caso en Saravena, un municipio del departamento de Arauca, en el que una niña venezolana de 17 años necesitaba una cesárea y fue obligada a tener un parto natural. El recién nacido murió, sin que hasta el momento se haya investigado si las causas del fallecimiento están relacionadas con el maltrato sufrido por la menor de edad. Así mismo, en Cúcuta recolectamos información relativa al caso de una mujer de 19 años, víctima de violencia sexual y en estado de gestación avanzado que enfrentó múltiples barreras para acceder al servicio de aborto. Finalmente, una vez pudo acceder al servicio y le fue realizado el procedimiento de aborto, el personal de salud la obligó a acunar el feto. Estas situaciones, a la luz de los estándares internacionales antes reseñados constituyen malos tratos y violencia y son susceptibles de causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales a las mujeres que los viven.

La anterior información ha sido puesta en conocimiento del Estado colombiano a través de las acciones legales interpuestas en favor de M.A.C (ANEXO II), también ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (en adelante “Comité CEDAW”) por vía de un informe sombra sobre el noveno informe de Colombia ante dicho Comité enviado el pasado mes de febrero<sup>17</sup> y de una queja individual enviada a la Relatora el pasado mes de noviembre de 2018 (ANEXO III).

---

<sup>17</sup> Ver: Informe Sombra sobre el Noveno Informe de Colombia ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – febrero 2019, disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3079/informe-sombra-sobre-el-noveno-informe-de-colombia-ante-la-cedaw.pdf>

## **2. El maltrato y la violencia en la atención en salud reproductiva en contextos de crisis humanitarias y represión estatal: el impacto de la emergencia humanitaria compleja de Venezuela en mujeres**

En Venezuela existe una grave crisis del sistema de salud que ha llevado a diversos expertos y expertas de Naciones Unidas y del sistema interamericano de derechos humanos a considerar que en este país, “el acceso a la salud, una responsabilidad fundamental del Estado, se encuentra en un estado de serio deterioro”<sup>18</sup>. Los llamados urgentes que se han hecho al Estado venezolano desde hace varios años, por parte de distintos organismos internacionales de derechos humanos, para garantizar el derecho a la vida y la integridad personal, y a la salud en el país, han sido sistemáticamente desconocidos por sus autoridades y en la actualidad, Venezuela atraviesa una emergencia humanitaria compleja que está teniendo consecuencias devastadoras en el ámbito de salud. Se trata de una situación sin precedentes:

*Con un perfil de gran escala, por sus múltiples factores y amplia desestructuración en los planos institucionales, jurídicos, políticos, sociales y económicos, la emergencia tiene efectos devastadores en la vida y el bienestar de toda la población. En el derecho a la salud, sus impactos se han materializado en la destrucción de un sistema sanitario público ya deteriorado, causando graves daños a la salud de millones de personas, la reaparición y propagación de epidemias erradicadas décadas atrás y miles de muertes en creciente ascenso*<sup>19</sup>.

Que los centros de salud públicos presenten estos niveles de precariedad no es un factor menor para entender la magnitud de esta crisis, pues se trata del 90% de los entes prestadores de servicios en el país<sup>20</sup>. Así, la gravedad de esta crisis supone en la actualidad que “el riesgo de fallecer en un hospital público [sea] bastante alto, causando extrema vulnerabilidad a las personas por la precariedad de las condiciones de atención”<sup>21</sup>. Esta situación ha tenido un grave impacto en la atención en salud materna en el país, pues los centros de atención especializados para brindar este tipo de servicios han disminuido severamente su capacidad operativa y en la actualidad no cuentan con condiciones mínimas para funcionar. Esto refleja el impacto desproporcionado que tiene la emergencia humanitaria compleja en Venezuela para las mujeres, y específicamente frente a la crisis del sistema de salud.

Específicamente sobre Venezuela, la CIDH y su Relatoría Especial DESCA ya han tenido en cuenta “el impacto particular” que la crisis humanitaria está teniendo en mujeres embarazadas, las niñas y adolescentes, el incremento alarmante de la tasa de mortalidad materna, entre otros. Frente a ello, la Comisión indicó en su reciente informe de país

---

<sup>18</sup> CIDH. [Venezuela: el sistema de salud en crisis, dicen expertos y expertas de derechos humanos](#). 1 de octubre de 2018.

<sup>19</sup> Anexo. Pronunciamiento de CEPAZ junto a otras organizaciones de derechos humanos en Venezuela. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Derecho a la Salud. Reporte Nacional. Septiembre 2018. Disponible en: <https://cepaz.org.ve/noticias/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela/>

<sup>20</sup> Informe Mujeres al Límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela. Capítulo sobre el Derecho a la Salud de Mujeres, Niñas y Adolescentes en Venezuela. 2017. Disponible en: <http://revistasic.gumilla.org/wp-content/uploads/2017/11/Mujeres-al-limite.pdf>

<sup>21</sup> Anexo. Pronunciamiento de CEPAZ junto a otras organizaciones de derechos humanos en Venezuela. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Derecho a la Salud. Reporte Nacional. Septiembre 2018. Disponible en: <https://cepaz.org.ve/documentos/informes/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela/>

que, en general, el Estado venezolano no está garantizando “un acceso a la atención médica necesaria”<sup>22</sup>.

De la misma forma lo ha advertido el seguimiento realizado por organismos como el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (en adelante “UNFPA” por sus siglas en inglés), en medio de la crisis humanitaria, indicando que el alto índice de mortalidad materna no sólo se ha mantenido en el país sino que pese a los programas sociales instaurados más recientemente por el Estado no hay “ninguna evidencia de que estos programas que el Gobierno está auspiciando hayan generado un repunte en la tasa de natalidad”<sup>23</sup>. Por su parte, en su más reciente evaluación sobre Venezuela, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (“CEDAW” por sus siglas en inglés) determinó que uno de los ámbitos donde el Estado venezolano ha sistemáticamente incumplido sus recomendaciones, es lo relativo a reducir la mortalidad materna en el país y adoptar políticas efectivas en salud sexual y reproductiva<sup>24</sup>.

Sumado a lo anterior, en Venezuela si bien se han dado pasos importantes como la inclusión de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, existen por una parte fallas institucionales importantes. Por ejemplo, desde su creación en el 2007 y hasta la actualidad, la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en Venezuela, no tiene capacidad operativa alguna, puesto que ni siquiera su Reglamento ha sido expedido<sup>25</sup>.

Por otra parte, investigaciones realizadas en hospitales públicos en Venezuela muestran que “el uso de oxitócicos, la ruptura de membranas, la episiotomía, el tacto vaginal excesivo, entre algunas, son las rutinas más usadas sin consentimiento informado de las madres en casi todos los servicios de obstetricia hospitalaria”, siendo estas “pautas de rutina médica” parte de un “modelo de atención hegemónico institucionalizado en Venezuela” y que [...] un modelo de atención hegemónico institucionalizado en Venezuela y “responde a la necesidad de acelerar el proceso, no solo para asegurar el trabajo del equipo médico, sino para tener camas disponibles dadas la enorme demanda de atención pública”<sup>26</sup>.

Lo anterior, se agrava teniendo en cuenta que en el marco de la emergencia humanitaria compleja y el colapso de los Hospitales públicos, las mujeres en trabajo de parto enfrentan una seria demora en la atención y en muchos casos deben recorrer varios centros asistenciales para conseguir dicha atención debido a la falta de capacidad de los Hospitales para recibirlas<sup>27</sup>.

---

<sup>22</sup> CIDH, Informe de país. *Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela*, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2017, párrs. 31, 437.

<sup>23</sup> Declaraciones de Jorge González Caro, representante en Venezuela de UNFPA. Ver en: Anexo. El Universal Escasez de anticonceptivos dificulta la planificación familiar en Venezuela. 11 de julio del 2018. <http://www.eluniversal.com/el-universal/14802/escasez-de-anticonceptivos-dificulta-la-planificacion-familiar-en-venezuela>

<sup>24</sup> Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la violencia contra la mujer CEDAW. Informe de 5 de septiembre de 2018.

<sup>25</sup> Corte IDH. *Caso López Soto y otros vs. Venezuela*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de septiembre de 2018. Serie C No. 362, párrs. 315-325.

<sup>26</sup> CEPAZ. Publicación del estudio: De la intrusión obstétrica hegemónica a la atención digna y respetada de parir/nacer. Un peregrinaje impostergable. Autora: Marbella Camacaro. Noviembre de 2018. Disponible en: <https://cepaz.org.ve/articulos/de-la-intrusion-obstetrica-hegemonica-a-la-atencion-digna-y-respetada-de-parir-nacer-un-peregrinaje-impostergable-por-marbella-camacaro/>

<sup>27</sup> Ver: Informe Mujeres al límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela. Capítulo sobre el Derecho a la Salud de Mujeres, Niñas y Adolescentes en Venezuela. 2017. Disponible en: <https://avesawordpress.files.wordpress.com/2017/11/mujeres-al-limite.pdf>

En definitiva, para las mujeres en Venezuela, y en particular para las mujeres pobres, el sistema de salud es prácticamente inexistente. Las mujeres embarazadas no consiguen vacunas, medicamentos, productos de primera necesidad y no pueden acceder a controles o vacunas prenatales para recién nacidos<sup>28</sup>, no pueden acceder a la atención que permitan embarazos y partos sin riesgos, las mujeres no pueden acceder a métodos de planificación familiar, ni siquiera a insumos de higiene menstrual, no pueden acceder a anticoncepción de emergencia, ni a mecanismos seguros de interrupción del embarazo frente al aumento de embarazos no deseados y en caso de complicaciones obstétricas por abortos practicados en condiciones inseguras, no hay los insumos médicos mínimos para atender estas emergencias o cualquier otra relacionada con la salud materna<sup>29</sup>. Esta dramática situación está incluso directamente conectada con las razones por las cuales las mujeres están saliendo forzosamente de Venezuela<sup>30</sup>.

Esta situación se ha convertido en una verdadera situación de riesgo para las mujeres embarazadas en Venezuela<sup>31</sup>. Debido a ello, la Comisión Interamericana otorgó recientemente medidas internacionales de protección a favor de las mujeres pacientes en la Maternidad Concepción Palacios, un Hospital público en la ciudad de Caracas y emblemático centro de atención en salud ginecoobstétrica en el país<sup>32</sup>. El Hospital recibe mujeres de bajos recursos de todas las regiones del país y en la actualidad ha visto severamente disminuida su capacidad operativa.

En dicho asunto, la Comisión determinó que esto se traduce en una situación de riesgo para las mujeres pacientes, y que dichos factores de riesgo "adquieren una dimensión particular, por cuanto se trata de mujeres embarazadas, parturientas o puérperas, que requieren por ende de una protección reforzada y de una atención más especializada"<sup>33</sup>. Específicamente, la CIDH determinó que:

En este escenario de emergencia nacional, respecto del cual el Estado debe adoptar medidas en sus políticas públicas y buscar la cooperación internacional que permitan garantizar el derecho a la salud de las y los venezolanos, entre otras medidas, mediante procesos de selección de medicamentos y priorización de tratamiento de enfermedades basado en evidencia, que sean transparentes y participativos y dando prioridad a los sectores en especial situación de vulnerabilidad,, la Comisión subrayó que superar el grave deterioro y socavamiento a los diversos servicios sanitarios enfocados en las

---

<sup>28</sup> Ver: Anexo. Trome. *Venezuela: El drama de las embarazadas venezolanas que migran del país huyendo de la crisis*. 23 de agosto del 2018. Disponible en: <https://trome.pe/actualidad/venezuela-drama-embarazadas-venezolanas-migran-pais-huyendo-crisis-video-fotos-94462>

<sup>29</sup> Informe Mujeres al límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela. Capítulo sobre el Derecho a la Salud de Mujeres, Niñas y Adolescentes en Venezuela. 2017. Disponible en: <http://revistasic.gumilla.org/wp-content/uploads/2017/11/Mujeres-al-limite.pdf>

<sup>30</sup> Ver: Amnistía Internacional. Huir para ver la luz: el éxodo de las embarazadas venezolanas. 6 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2018/05/huir-para-ver-la-luz-el-exodo-de-las-embarazadas-venezolanas/>

<sup>31</sup> Ver: Coalición Equivalencias en Acción. Mayo 2019. Informe Mujeres al límite 2019. Derechos de las Mujeres de Cara al Agravamiento de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela. Disponible en: [https://qrcgcustomers.s3-eu-west-1.amazonaws.com/account5186516/3142956\\_1.pdf?0.8332350487795517](https://qrcgcustomers.s3-eu-west-1.amazonaws.com/account5186516/3142956_1.pdf?0.8332350487795517)

<sup>32</sup> Las medidas de protección fueron solicitadas por Women's Link Worldwide y las organizaciones venezolanas de la Red Equivalencias (conformada por CEPAZ, FREYA, AVESA y Mujeres en Línea). Ver: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3084/resumen-medidas-cautelares-cidh-venezuela.pdf>

<sup>33</sup> En dicho asunto, la CIDH analizó la situación de riesgo denunciada a la luz de lo establecido en la Convención de Belém do Pará, aplicando un enfoque diferenciado de protección. Ver: CIDH. Resolución 13/2019. Medida cautelar No. 150-19. *Hospital Maternidad Concepción Palacios respecto de Venezuela*. 18 de marzo de 2019, párrs. 16-19. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2019/13-19MC150-19-VE.pdf>

mujeres del mencionado Hospital configuran un presupuesto elemental para dar continuidad a una atención médica adecuada para la protección del derecho a la salud sexual y reproductiva. Por consiguiente, si bien el Estado debe determinar prioridades para ciertas áreas o situaciones, la CIDH enfatiza la importancia de manejar el problema de forma integral, para no dejar de desatender a todas las mujeres que acuden al Hospital y así no incrementar situaciones de riesgo claramente evitables.

Al respecto, de acuerdo con la información proporcionada por las solicitantes y teniendo en cuenta las funciones propias del hospital, la Comisión estima que una falta o insuficiencia en la atención en condiciones urgencias médicas de las mujeres, así como de los recién nacidos en las etapas más tempranas de sus vidas, podría llegar a ocasionar un daño de naturaleza irreparable, en el marco de la situación descrita.

En tal escenario, la Comisión estima razonable considerar que varias de las muertes o afectaciones que se han producido pueden derivar de la falta de tratamiento adecuado ante emergencias obstétricas, o bien, de situaciones médicas que requieren especiales cuidados atendiendo a las particularidades de los servicios de salud materna. En este sentido, la Comisión observa que en el presente asunto los factores de riesgo descritos tendrían serias consecuencias diferenciadas en la salud de las beneficiarias, por su sola condición de mujer, ya que éstas suponen una forma adicional de violencia en su contra.

Por consiguiente, con base en las determinaciones previas, la Comisión concluye que se encuentra suficientemente establecida, desde el estándar *prima facie* aplicable, la existencia de una situación de grave riesgo a los derechos a la vida, integridad personal y salud de las pacientes que se hallan en las salas de parto y área de emergencia del Hospital mencionado, incluyendo a todas las necesidades médicas prioritarias de salud sexual y reproductiva que requieran por su condición de mujer, así como respecto de los recién nacidos en las áreas de neonatología.

La decisión referida de la CIDH es una respuesta a las fallas identificadas en la atención médica a las mujeres gestantes que se evidencian en el deterioro en la calidad de la atención hospitalaria por agudos problemas de infraestructura, falta de agua, déficit de personal médico especializado; escasez de medicamentos básicos, como antibióticos; precarias condiciones de higiene y salubridad que han generado infecciones en las mujeres y en sus hijos recién nacidos; fallas y escasez de insumos para realizar exámenes de laboratorio, ausencia de kits de bioseguridad (vestimenta médico-quirúrgica, lentes y guantes); fallas de infraestructura en los servicios de radiología y patología, básicos para diagnosticar enfermedades claves en el cuidado prenatal y durante el parto; estado precario de los quirófanos que presentan filtraciones y fallas en el servicio de energía eléctrica. La dimensión de gravedad de la situación de salubridad se manifiesta en la presencia de mal olor y gusanos en una de las camas de parto de la maternidad. Todo lo anterior ha generado una total incapacidad de respuesta ante complicaciones médicas y situaciones de emergencia en la atención clínica.

Por otra parte, en relación con mecanismos de transparencia y de denuncias, destacamos como un aspecto general que el serio deterioro de la institucionalidad democrática en el país, caracterizada entre otros factores por "la injerencia del Poder Ejecutivo en los otros poderes públicos", y de manera particular "la falta de independencia del Poder Judicial en Venezuela"<sup>34</sup>, tiene también un impacto negativo

---

<sup>34</sup> Ver: CIDH, Informe de país. *Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela*, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2017.

que se traduce en la imposibilidad de acceder a la protección por parte de las autoridades nacionales.

Justamente, la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Comisión, ha constatado cómo esa falta de independencia es uno de los factores que impide poder acceder a recursos de cualquier naturaleza en el ámbito del derecho de acceso a la información pública.<sup>35</sup>

De hecho, el acceso a la información pública en materia de derechos de las mujeres, incluyendo presupuestos asignados y ejecutados, así como cifras relacionadas con problemáticas fundamentales como mortalidad materna, incluidas cifras por abortos practicados en condiciones inseguras, está en general, estrictamente restringido en Venezuela. Y en aquellos casos en los que los datos están disponibles, algunos tienen uno, dos o hasta cinco años de antigüedad, como por ejemplo el Boletín de Género del Instituto Nacional de Estadística que fue publicado por última vez en 2013<sup>36</sup>. La propia Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva en Venezuela de 2013, reconoce la falta de cifras oficiales en varios ámbitos<sup>37</sup>.

La propia Relatora Especial DESCA de la CIDH también ha señalado la imposibilidad de acceder a "información pública oficial actualizada" sobre el derecho a la salud en Venezuela<sup>38</sup>. Cabe señalar que se trata de una restricción que se ha ido progresivamente agravando por la falta de publicación de los boletines epidemiológicos del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Si bien los primeros registros de publicación intermitente de dichos boletines iniciaron aproximadamente en el año 2007, para finales de 2018 se cumplieron más de 100 semanas sin la emisión de boletín alguno<sup>39</sup>. Otro hecho grave registrado en relación con esta imposibilidad de monitorear la crisis del derecho a la salud, ocurrió en el año 2017, cuando la entonces titular del Ministerio de Salud fue destituida luego que se publicaron cifras que evidenciaron un aumento alarmante en las tasas de mortalidad materna e infantil en apenas un año y, en general, la profunda crisis del sistema de salud<sup>40</sup>.

Asimismo, es posible afirmar que en el marco de la crisis actual, el Estado venezolano no sólo ha profundizado los mecanismos de censura en el acceso a la información oficial, sino que es una política oficial del Estado negar la emergencia humanitaria, especialmente en el sector salud, y no adoptar medidas urgentes para superarla. De hecho a mediados de 2018, al tiempo que se intensificaron las protestas a nivel nacional

---

<sup>35</sup> CIDH, Informe de país. *Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela*, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2017, párr. 331.

<sup>36</sup> Informe Mujeres al límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela. Capítulo sobre el Derecho a la Salud de Mujeres, Niñas y Adolescentes en Venezuela. 2017. Disponible en: <http://revistasic.gumilla.org/wp-content/uploads/2017/11/Mujeres-al-limite.pdf>

<sup>37</sup> Anexo. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*. Elaborada en colaboración y apoyo de UNICEF, UNFPA y la OMS. 2013.

<sup>38</sup> CIDH. [CIDH y su Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales urgen al Estado de Venezuela a garantizar y respetar los derechos a la alimentación y a la salud](#). 1 de febrero de 2018.

<sup>39</sup> Ver: Anexo. Efecto Cocuyo. Más de 100 semanas de silencio epidemiológico. 9 de diciembre de 2018. Disponible en: <http://venezuelasindatos.efectococuyo.com/2018/12/09/mas-de-100-semanas-de-silencio-epidemiologico/>

<sup>40</sup> Ver: CIDH, Informe de país. *Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela*, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2017, párr. 437; y Pronunciamiento de CEPAZ y otras organizaciones. El Boletín Epidemiológico Venezolano ¿Por qué ahora y no antes?. Disponible en: <http://www.ovsalud.org/noticias/2017/el-boletin-epidemiologico-venezolano-por-que-ahora-y-no-antes/>

por el derecho a la salud, el Ministerio del Poder Popular para la Salud eliminó el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades (CEVECE), que era una "instancia encargada de velar por la integridad y calidad técnica de los registros y estadísticas epidemiológicas y de salud, y centro de referencia de Venezuela ante la OMS/OPS en esta materia"<sup>41</sup>.

Así, en relación con las denuncias sobre la situación de crisis del sector salud, existe un patrón de hostigamientos que se profundizó en el año 2018, debido a numerosas protestas en el país encabezadas por el gremio médico, enfermeras y usuarios/as, reclamando condiciones mínimas para el funcionamiento de los hospitales, la dotación de insumos, regulación de los salarios que se han visto severamente afectados por la hiperinflación, entre otros<sup>42</sup>. En dicho marco, el gremio médico ha visto seriamente afectada la posibilidad de realizar su trabajo en condiciones de seguridad puesto que al ser una de las principales caras de denuncias en las protestas en el país, se han empleado diversos mecanismos de retaliación en su contra. El contexto hostigamientos al personal hospitalario impide que la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva se realice de manera apropiada, en un ambiente libre de violencias y bajo las condiciones mínimas de tranquilidad y confianza para las pacientes. Esta situación ya fue constatada por la Relatora Especial DESCA de la CIDH, junto con otros/as expertos/as del sistema de Naciones Unidas<sup>43</sup>. En respuesta, en las mencionadas medidas cautelares otorgadas por la CIDH en favor de las mujeres y recién nacidos pacientes de la Maternidad Concepción Palacios, la Comisión solicitó al Estado venezolano la protección del personal médico del hospital, en particular, para garantizar su participación libre de represalias en el diseño de las medidas para solventar la situación de la Maternidad.

Finalmente, la falta de respuesta del Estado venezolano a las solicitudes realizadas por la Comisión Interamericana demuestra el incumplimiento de sus obligaciones internacionales en la materia.

### **3. Violencia y maltrato a las mujeres migrantes en la salud reproductiva: España**

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en España se encuentra reconocido y regulado por la legislación nacional conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010<sup>44</sup>. Sin embargo, las mujeres y las niñas en España siguen enfrentando obstáculos para ejercer su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. En particular, a través de nuestro trabajo hemos detectado barreras para las mujeres migrantes en situación administrativa irregular, y víctimas de trata y/o explotación sexual en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que requieren, incluyendo el aborto.

---

<sup>41</sup> Anexo. Informe de PROVEA y CODEVIDA. Informe sobre la situación del derecho a la salud de la población venezolana en el marco de una emergencia humanitaria compleja. Septiembre de 2018, pág. 9. Disponible en: <http://www.codevida.org/codevida/wp-content/uploads/Informe-Derecho-a-la-Salud-en-la-EHC-Venezuela-Codevida-Provea-septiembre-2018.pdf>

<sup>42</sup> Ver: Anexo. Infobae. Trabajadores de salud venezolanos mantienen protestas y piden apoyo ciudadano. 17 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/venezuela/2018/07/17/trabajadores-de-salud-venezolanos-mantienen-protestas-y-piden-apoyo-ciudadano/>;

Médicos Unidos de Venezuela. Pronunciamento a propósito de las protestas del gremio de enfermería en Venezuela. 27 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.derechos.org/ve/actualidad/medicos-unidos-de-venezuela-pronunciamento-a-proposito-de-las-protestas-del-gremio-de-enfermeria-en-venezuela>.

<sup>43</sup> Ver: CIDH. Octubre 1 de 2018. "Venezuela: el sistema de salud en crisis, dicen expertos y expertas en derechos humanos. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/215.asp>

<sup>44</sup> Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, publicada en el Boletín Oficial del Estado BOE núm. 55 de 04 de marzo de 2010.

En este contexto, hemos evidenciado que los obstáculos impuestos a las mujeres en situación migratoria irregular que constituyen en sí mismas prácticas violentas y de maltrato se generan al intentar acceder a servicios de salud reproductiva, en particular, de aborto. Al respecto, Women's Link junto con la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres hemos documentado estos obstáculos a los que se enfrentan las mujeres migrantes al intentar acceder a estos servicios con la finalidad de poner en conocimiento de las autoridades de estas situaciones.

Al respecto, hemos identificado que el personal administrativo de los centros de salud está interpretando de forma restrictiva y discrecional las disposiciones legales sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo e imponiendo requisitos adicionales – ilegales – para el acceso a este servicio. Por ejemplo, es común a todos los casos la dilación indebida de los centros de salud para facilitar el DAR<sup>45</sup> a las mujeres. Esto pareciera ser indicativo de que, debido al desconocimiento y a la falta de formación sobre la normativa de acceso al aborto aplicable, así como a la falta de regulación del proceso de acceso a la misma, la salud física y psicológica de las mujeres en circunstancias equivalentes se ve menoscabada debido al retraso injustificado en el acceso al procedimiento, lo cual, de conformidad con los estándares internacionales, constituye violencia. En consecuencia, se genera un impacto desproporcionado en el acceso efectivo de las mujeres al derecho, por cuanto las dilaciones indebidas de las administraciones de salud llevarían a las mujeres al incumplimiento de los plazos legales determinados en la LO 2/2010 para acceder al aborto.

Esta situación es constitutiva además de formas de discriminación interseccional por motivos de origen étnico, raciales y de género. Lo anterior, además, es indicador de la necesidad de una reglamentación autonómica o estatal sobre los documentos requeridos y el proceso para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo de forma oportuna y sin discriminación; así como de una actualización informática clara que permita el cotejo inmediato y actualizado de las fichas y de la situación de las pacientes.

Estas situaciones de violencia y maltrato evidenciadas en los obstáculos descritos han sido puestos en conocimiento del Defensor del Pueblo por vía de una queja escrita remitida el mes de abril de 2019 (ANEXO IV), con la finalidad de transmitir la preocupación por la aparente desinformación, desconocimiento e interpretación arbitraria por parte de las administraciones de salud respecto de la normativa que regula el acceso de las mujeres migrantes a servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva y la IVE sin discriminación por ningún motivo.

#### **4. El maltrato y la violencia en la atención en salud reproductiva en contextos de criminalización de servicios de salud reproductiva: República Dominicana y Ruanda**

##### **4.1. República Dominicana**

Women's Link y la Colectiva Mujer y Salud publicaron el informe "Maternidad libre y segura en República Dominicana: una deuda pendiente con los derechos de las mujeres"<sup>46</sup>, a través del cual se documentaron las historias de siete mujeres

---

<sup>45</sup> El DAR es un documento que se otorga a personas extranjeras no aseguradas: personas en situación irregular, regular pero sin tarjeta sanitaria, menores de edad, mujeres embarazadas, solicitantes de asilo, entre otras.

<sup>46</sup> Women's Link Worldwide. 2017. "Maternidad libre y segura en República Dominicana: una deuda pendiente con los derechos de las mujeres". Disponible en:

embarazadas que fallecieron entre los años 2012 y 2015 por causas evitables relacionadas con sus embarazos. Esto sucedió como consecuencia de la deficiente atención médica que recibieron durante su embarazo en medio de situaciones de violencia obstétrica y negligencia profesional, en el curso de las cuales se les omitió información clara y oportuna para la toma de decisiones. Unos mostraron, por un lado, que las mujeres ingresaron a un centro de salud para tener un parto y fallecieron, bien sea por negligencia, por deficiencias en la atención médica o por falta de atención obstétrica adecuada y de emergencia, y por el otro, la negación del acceso a la interrupción del embarazo y a servicios postaborto, incluso cuando la vida de las mujeres estaba en riesgo.

Atendiendo a los momentos que hemos identificado en este documento como escenarios en los que pueden presentarse actos de violencia y maltrato, evidenciamos que las mujeres que intentaron acceder a servicios de salud reproductiva se encontraron con las siguientes situaciones: falta de acceso a información clara, suficiente y oportuna tanto a las mujeres gestantes como a sus familias respecto de su situación de salud y la de sus embarazos y falta de acceso a servicios de salud reproductiva requeridos para salvaguardar su vida e integridad, incluyendo procedimientos de aborto. Por otra parte, una vez las mujeres lograron acceder a las instituciones de salud, las prácticas violentas involucraron: falta de consentimiento informado frente a la realización de procedimientos médicos, maltrato verbal y negligencia por parte de los prestadores de salud a brindar atención requerida por las mujeres y sus situaciones particulares. El detalle de cada uno de los casos puede verse en el Informe anexo.

De los casos documentados, es importante resaltar el de Rosaura Almonte Hernández. El caso fue puesto en conocimiento de las autoridades nacionales al haberse activado diferentes vías jurisdiccionales para esclarecer lo sucedido. Rosaura era una adolescente de 16 años que fue hospitalizada en un centro de salud pública y cuyo diagnóstico de leucemia aguda indicaba la necesidad de la administración inmediata del tratamiento de quimioterapia para que pudiera luchar por su vida. Sin embargo, el suministro de este fue retrasado debido a que estaba embarazada. Después de mes y medio de estar hospitalizada, Rosaura falleció. A pesar de que los procesos judiciales iniciaron hace casi 6 años, aún no ha habido una respuesta judicial efectiva por lo sucedido, razón por la cual, su caso fue presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante "CIDH") en agosto de 2017<sup>47</sup> (ANEXO V).

Las situaciones documentadas en el Informe se inscriben en un contexto legal en el cual el aborto se encuentra penalizado completamente, lo cual genera graves consecuencias en la garantía de los derechos de las mujeres y las niñas en el país. En ese sentido, debe tenerse en cuenta lo establecido por el Relator contra la tortura que ha señalado que "[L]a existencia de leyes muy restrictivas, que prohíben los abortos incluso en casos de incesto, violación, deficiencia fetal o cuando está en riesgo la vida o la salud de la madre, **vulneran el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tortura o malos tratos**"<sup>48</sup> [negrilla fuera del texto]. Así constituyen casos que, de acuerdo con los

---

<https://www.womenslinkworldwide.org/files/2982/maternidad-libre-y-segura-en-republica-dominicana-una-deuda-pendiente-con-los-derechos-de-las-mujeres.pdf>.

<sup>47</sup> Women's Link Worldwide. Agosto 17 de 2017. Comunicado de prensa: "Madre de "Esperancita" exige justicia ante Comisión Interamericana de Derechos Humanos". Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/madre-de-esperancita-exige-justicia-ante-comision-interamericana-de-derechos-humanos>.

<sup>48</sup> Consejo de Derechos Humanos. Enero 5 de 2016. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10361.pdf>, párr. 43.

estándares internacionales en la materia, son conductas violentas en contra de las mujeres y las niñas en el contexto de la atención en salud reproductiva.

Por último, señalamos que actualmente, no existen en República Dominicana mecanismos de naturaleza administrativa o judicial específicos que se puedan activar dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud para asegurar que las víctimas de malos tratos en el contexto de la prestación de servicios de salud reproductiva puedan ser reparadas. Las víctimas de este tipo de violaciones deben acudir a las instancias judiciales para solicitar esto, las cuales tampoco resultan efectivas como lo demuestra el caso emblemático de Rosaura Almonte.

#### 4.2. Ruanda

A pesar de que en Ruanda el aborto se encuentra permitido bajo algunas circunstancias, obstáculos legales y prácticos limitan el acceso de las mujeres a un procedimiento de aborto legal y seguro<sup>49</sup>. Muchas mujeres, y en particular, mujeres en situación de pobreza y que experimentan otros factores de vulnerabilidad, ponen sus vidas en riesgo al someterse a procedimientos de aborto clandestinos e inseguros como la única salida que encuentran para enfrentar un embarazo no deseado<sup>50</sup>. Estudios señalan que entre 300 y 400 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con abortos inseguros<sup>51</sup>. Ahora bien, la criminalización va mucho más allá del aborto.

El año pasado Women's Link fue llamada por la Corte Suprema de Ruanda a rendir testimonio experto en el caso de la Fiscalía Vs. NTIBAJYINAMA Esther a través de un *amicus curiae* (ANEXO VI). Esther es una mujer rural analfabeta, con escasos recursos económicos, y que fue abandonada por su pareja y despedida de su trabajo por estar embarazada. Ella acudió a una institución médica debido a fuertes dolores que presentaba en su abdomen. Después de ser examinada, le fue informado que se encontraba en labor de parto por lo que fue llevada al ala de maternidad y le fue dada una fórmula médica con los medicamentos que requería comprar en la farmacia. Al no contar con recursos económicos para comprar los medicamentos y para pagar la cuenta del hospital, Esther se fue para su casa en donde sufrió complicaciones durante el parto, lo que ocasionó que el bebé falleciera. Posterior a ello, fue acusada por el delito de infanticidio y a pesar de no contar con representación legal durante el procedimiento, fue condenada en primera instancia a cadena perpetua. Ante la segunda instancia, la condena fue reiterada. Finalmente, Esther apeló su caso ante la Corte Suprema. Después de nuestra intervención, la Corte decidió en junio de 2018 frente reducir su sentencia a diez años de prisión.

En nuestro *amicus curiae*, sostuvimos que este caso se enmarca en una situación generalizada de un número alarmante de mujeres en condiciones socioeconómicas precarias que se encuentran sirviendo condenas por delitos relacionados con el

---

<sup>49</sup> Comité para la Eliminación CE de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo a noveno combinados de Ruanda. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fCO%2f7-9&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fCO%2f7-9&Lang=en), párr. 38(a).

<sup>50</sup> IPAS. 2015. "When Abortion is a Crime: Rwanda". Disponible en: <https://ipas.azureedge.net/files/CRMRWD2E15-WhenAbortionIsaCrimeRwanda.pdf>, p. 15; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación general núm. 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10710.pdf>.

<sup>51</sup> Guttmacher Institute. Mayo 2013. "Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Rwanda. Causes and Consequences". Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/unintended-pregnancy-rwanda.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unintended-pregnancy-rwanda.pdf), p. 4.

embarazo<sup>52</sup>. Se les acusa de infanticidio, aborto y otros delitos por emergencias obstétricas, como parto prematuro, ruptura de la placenta u otras, que se presentan precisamente porque en el país no hay acceso a la salud reproductiva para las mujeres pobres.

En este orden de ideas, en Ruanda existe un contexto legal para el aborto no restrictivo, pero en la práctica resulta es un contexto de criminalización, no solo para las mujeres que buscan interrumpir su embarazo, sino para las que no pueden -como Esther- acceder a servicios de salud materna por sus condiciones socio-económicas. Es vital incluir este tipo de contextos en el informe de la Relatora, pues también se presentan en América Latina, en países como México y Ecuador<sup>53</sup>.

## **5. Las particularidades de la violencia y maltrato en la atención en salud reproductiva para mujeres indígenas: Perú**

Diferentes organismos internacionales de derechos humanos han señalado que las mujeres indígenas se enfrentan a una diversidad de violaciones a sus derechos humanos relacionadas con múltiples formas de discriminación<sup>54</sup>. Asimismo, la CIDH ha reconocido que el artículo 2 de la Convención de Belém do Pará – que explica las distintas formas de violencia contra las mujeres – incluye la violencia obstétrica y espiritual dada su prevalencia en el hemisferio americano<sup>55</sup>. Al respecto, y en el marco de esta situación, Women's Link Worldwide, junto con el Centro de Derechos Reproductivos y PROMSEX representa ante la CIDH – y que ya cuenta con informe de admisibilidad<sup>56</sup> - a una mujer indígena quechua en el Perú que fue víctima de violencia y malos tratos durante la atención recibida durante uno de sus embarazos, además de otras violaciones a sus derechos humanos y los de su hijo.

Eulogia Guzmán es una mujer indígena, campesina y quechua-hablante de la comunidad de Layme en la región de Cusco, en Perú. Durante su quinto embarazo, Eulogia fue víctima de diferentes formas de violencia y discriminación, que incluyó: i) denegación de información sobre su salud, en particular frente a su embarazo de alto riesgo; ii) el hecho de que la atención recibida se dio todo el tiempo en español, sin que los prestadores de salud se aseguraran que ella y su familia entendían lo comunicado; iii) la violencia que sufrió durante el parto, momento en el que fue obligada y forzada a parir acostada a pesar de sus súplicas al personal de salud de que la dejarán parir en posición de cuclillas, lo que ocasionó además la caída de su hijo Sergio en medio del

<sup>52</sup> Comité para la Eliminación CE de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo a noveno combinados de Ruanda. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fRW/A%2fCO%2f7-9&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fRW/A%2fCO%2f7-9&Lang=en), párr. 38(b).

<sup>53</sup> Ver: GIRE. Criminalización del Aborto en México. Disponible en: <http://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/#/>; El Comercio. Octubre 2 de 2018. "Criminalización de la mujer por el aborto abre un debate en Ecuador. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/criminalizacion-aborto-legal-mujeres-violencia.html>

<sup>54</sup> Consejo de Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Victoria Tauli Corpuz. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/173/86/PDF/G1517386.pdf?OpenElement>, párr. 5.; Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2017. "Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas". Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>.

<sup>55</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2017. "Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas". Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>, párr. 80.

<sup>56</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe No. 35/14, Petición 1334-09. Informe de Admisibilidad, Eulogia y su hijo Sergio Vs. Perú. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>

forcejeo; y, iv) falta de atención posparto que respetara su cosmovisión y tradiciones pues Eulogia fue obligada a bañarse con agua fría inmediatamente después del parto.

Las situaciones de maltrato y violencia antes descritas sufridas por Eulogia ocurrieron en el marco de la atención recibida por ella en una institución de salud pública, es decir, una vez accedió a servicios de salud reproductiva. A su vez, estas se enmarcan en las situaciones que organismos de derechos humanos han considerado como prácticas de maltrato y violencia en el ámbito de la salud reproductiva pues Eulogia sufrió diferentes formas de maltrato físico y psicológico que ocasionaron graves consecuencias en su salud y su vida privada y familiar, al igual que en el goce de los derechos de su hijo Sergio.

La respuesta del Estado frente al caso de Eulogia ha evidenciado una falta de acceso a recursos rápidos y efectivos frente a las acciones y omisiones de los prestadores de salud que derivaron en severas consecuencias en los derechos de Eulogia, su hijo Sergio y su familia, y que se han mantenido por más de 15 años. En efecto, Perú no cuenta con recursos administrativos o de naturaleza judicial al interior de las instituciones prestadoras de salud que permitan a las víctimas de violencia obstétrica y otras formas de violencia que ocurren en el contexto de la atención sexual y reproductiva, ser reparadas y los responsables sancionados.

En ese sentido, ponemos de presente a la Relatora este particular contexto en cuanto evidencia las formas en que factores como el origen étnico, la religión, creencia, clase, situación socioeconómica, entre otros, genera formas de discriminación y violencia agravadas.

## **6. Conclusiones**

La información presentada en este documento pone en evidencia las graves situaciones de maltrato y violencia a las que se enfrentan las mujeres y las niñas alrededor del mundo en dos momentos: cuando intentan acceder a las instituciones prestadoras de salud en búsqueda de atención en salud reproductiva, y cuando finalmente han logrado acceder a la atención. En particular, las situaciones descritas indican que las mujeres y niñas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y enfrentan múltiples formas de discriminación por su condición de migrantes, por ser víctimas de trata, mujeres indígenas o por encontrarse en situación de pobreza son las que se enfrentan con mayor frecuencia al maltrato y la violencia.

En ese sentido, dentro de las vulneraciones que hemos identificado que ocurren cuando las mujeres intentan acceder a servicios de salud reproductiva se encuentran: interposición de barreras y obstáculos a mujeres y niñas para la prestación de servicios de salud reproductiva a los que tienen derecho, incluido la interrupción del embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos, falta de información clara y veraz sobre los servicios a los que pueden acceder, y dilaciones injustificadas para la prestación de un servicio en salud reproductiva. Sumado a ello, cuando finalmente las mujeres logran acceder a los servicios de salud reproductiva se enfrentan a otras situaciones de violencia y maltrato como: falta de consentimiento previo, libre e informado para la práctica de procedimientos médicos, así como del suministro de medicamentos, falta de información completa sobre su estado de salud tanto a las mujeres como a sus familiares, maltrato físico y emocional, desestimación del estado de salud de las mujeres y en consecuencia, dilaciones a la prestación de servicios que requieren.

## **ANEXOS:**

ANEXO I: Respuesta Ministerio de Salud a derecho de petición de información frente a garantía del derecho a la salud reproductiva de la población migrante – diciembre 2018

ANEXO II. Acción de tutela contra autoridades de salud para la protección de los derechos de M.A.C – octubre de 2018

ANEXO III. Queja Individual enviada a la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias sobre el caso de M.A.C – noviembre de 2018

ANEXO IV. ANEXO V. Queja ante la Institución del Defensor del Pueblo interpuesta por Women's Link Worldwide y La Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres – abril 2019

ANEXO V. Petición interpuesta ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso de Rosaura Almonte Hernández (Esperancita) y familiares Vs. El Estado de República Dominicana – julio 2017

ANEXO VI. Amicus Curiae submitted by Women's Link Worldwide in the case Prosecution Vs. NTIBAJYINAMA Esther, CASE NO RPAA 0078/15/CS, Supreme Court of Rwanda – 2018