

“CAMBIEMOS LAS PREGUNTAS”

Campaña Nacional por una atención digna de las lesbianas en los sistemas de salud.

Organiza y promueve:

Espacio de Articulación Lésbica* (Argentina)

Año 2006

Presentación

La Campaña “Cambiemos las preguntas” intenta concientizar acerca de la atención que recibimos las lesbianas en los sistemas de salud, específicamente en el ámbito de la consulta ginecológica, poniendo de manifiesto la vulneración de nuestro derecho a una atención digna y al respeto por nuestra identidad sexual, aspecto central de nuestra integridad como seres humanas.

La finalidad primordial de este documento es promover la sensibilización y la reflexión sobre el tema para posibilitar la modificación de las prácticas en salud, violatorias de los derechos humanos de las lesbianas; para así, erradicar las prácticas y actitudes discriminatorias fuertemente naturalizadas por parte de los integrantes de los sistemas de salud.

A los fines de este documento, lesbiana¹ es toda persona que:

- se define a sí misma como mujer² lesbiana o sólo como lesbiana
- se siente erotizada por/hacia otras personas que se definen a sí mismas como mujeres, con o sin un componente emocional y afectivo agregado
- reconoce esa atracción y, por lo menos, se plantea materializarla

En cuanto a *salud*, tomaremos aquí la definición de la Organización Mundial de la Salud, que la entiende como un estado de "*completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad*".

La orientación sexual -en este caso, el lesbianismo- es un aspecto constitutivo y central de nuestra identidad. Las lesbianas somos visualizadas por el sistema sexo-género hegemónico como mujeres, por lo que además de estar atravesadas por relaciones de género, también lo estamos por elementos de clase, étnicos, raciales, etarios, idiomáticos, religiosos, de nacionalidad y estado civil -en algunos casos también de estatus migratorio y de discapacidad- que determinan tanto como la orientación sexual (y en algunos casos, inclusive "más que", según la situación de que se trate) nuestras posibilidades para el goce de los derechos que nos corresponden como humanas; uno de los cuales es la salud. Si bien este documento se concentra en la orientación sexual, es imprescindible no olvidar todos los otros elementos de la identidad que siempre están en juego en formas más o menos visibles.

Para el logro del "bienestar psico-físico" -que equivale a la salud, de acuerdo a los criterios de la OMS- las lesbianas nos enfrentamos a obstáculos que provienen de la discriminación y la violencia a la que estamos expuestas en esta sociedad debido a nuestra orientación sexual y a veces debido a otros aspectos que hacen a nuestra identidad. Aún así, es posible determinar la

* El Espacio de Articulación Lésbica (EspArtilés) está integrado por organizaciones y activistas lesbianas de las ciudades de: Buenos Aires, Neuquén, Rosario, Santa Fé, Campana, Villa Constitución, Córdoba, Paraná, Santiago del Estero, Bahía Blanca, Ushuaia.

¹ Sabemos que muchas mujeres cuyas conductas entran dentro de los parámetros que delineamos, no utilizan la palabra "lesbiana" para definirse a sí mismas, decisión que es respetable, pero a los fines del presente texto, utilizaremos ese término para hacer referencia a todas aquellas mujeres que tiene relaciones erótico-afectivas con mujeres.

² Entendemos el término "mujer" como una identificación política que va más allá de toda definición biologicista y de la construcción socio-histórica que ha realizado el patriarcado heterosexista.

incidencia clave de la discriminación por nuestra orientación sexual³ en diversos problemas de salud que nos afectan como lesbianas (Ver Anexo. Derecho a la integridad personal).

El estado de situación

Una de las primeras preguntas que hace una ginecóloga/o cuando se realiza la consulta, es: “¿Tenés relaciones?”; en caso de una respuesta afirmativa por parte de la paciente, en una línea de continuidad se formula la segunda pregunta: “¿Con qué te cuidás?”; de este modo, queda de manifiesto que estas preguntas están regidas por la presunción de que si somos mujeres tenemos relaciones sexuales exclusivamente con hombres⁴. Iniciar la consulta ginecológica de esta manera, predispone a que las lesbianas y mujeres bisexuales oculten su identidad sexual, por temor o vergüenza, dado que el silencio del médico/a confirma la estigmatización social que sobre nosotras recae.

La consulta médica está mediada por una relación asimétrica de poder, producto de una construcción histórica en la que el discurso médico ha expropiado a las mujeres en general -y a las lesbianas en particular-, sus saberes sobre el cuerpo, imponiendo un tipo de conocimiento de carácter jerárquico. En este marco, es habitual encontrar situaciones o conductas en la atención a lesbianas por parte de médicos/as ginecólogos/os que entrañan una profunda violencia y sanción por la identidad sexual. Al respecto, podemos mencionar:

- Ante la respuesta de que “no nos cuidamos” –con métodos anticonceptivos, como se da por sobreentendido-, hay gesticulaciones o expresiones de la ginecóloga/o que demuestran adjudicarnos cierta irresponsabilidad por no cuidarnos. Acerca del cuidado es necesario aclarar que, prácticamente, no hay ginecólogos/as que brinden asesoramiento acerca del sexo seguro entre lesbianas.
- En ocasiones, cuando las lesbianas revelan su identidad sexual, las/os profesionales de salud ejercen estas conductas: bajan la cabeza y se instala un fuerte y hostil silencio; lanzan comentarios humillantes o desvalorizadores mientras transcurre la consulta; aceleran el ritmo de la consulta.
- En muchos casos, cuando quienes consultan son lesbianas y/o mujeres con atributos considerados “masculinos”, o también cuando las lesbianas revelan su identidad sexual al profesional, se las somete a un tacto vaginal de manera brusca, invasiva y violenta, y a toqueteos absolutamente innecesarios.
- Falta de información de los/as profesionales sobre las formas de protección para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) en las relaciones lésbicas.
- Se dan casos en que los/las profesionales subestiman a las lesbianas que efectivamente saben

³ En el caso particular de la orientación sexual, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas reconoció que se trata de una categoría digna de protección frente a la discriminación y la consideró incluida en la prohibición de discriminar por “sexo”, prescripta en el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos .

Su equivalente para los derechos económicos, sociales y culturales lo constituye el Comité de Derechos Económicos y Sociales, que con respecto al derecho a la salud, en su párrafo 18 afirma que: “*el Pacto (sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales) prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud*”.

Por lo tanto, ninguna violación a los derechos mencionados invocando la orientación sexual es admisible. Ni legal, ya que dichos tratados han sido ratificados e incorporados a la legislación nacional de todos los países de la región, con excepciones mínimas.

En cuanto al tema de los derechos sexuales, que aún no han sido reconocidos plenamente por la comunidad internacional, es importante citar el Párrafo 96 de la Plataforma de Acción producto de la 4ta. Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyo texto relevante dice: “*Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia*” .

⁴ Lo que llamamos “presunción heterosexista”. Se presume que todo el mundo es heterosexual, salvo que declare lo contrario. Así, se mantiene la invisibilidad y el desconocimiento hacia las lesbianas y toda identidad sexual disidente de la norma heterosexual y, a su vez, la heterosexualidad aparece como un hecho “natural”.

acerca de los cuidados pertinentes al mantenimiento de sexo seguro, desestimando nuestros propios conocimientos acerca del contagio de enfermedades, tratándonos como seres incapaces de concebir ITS.

Todas estas situaciones se sostienen en supuestos tácitos de profundo carácter discriminatorio, y forman parte de la práctica diaria de quienes integran el sistema de salud. Los prejuicios por parte de las/os profesionales de la medicina, particularmente notables en ginecología, pueden llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, preguntas carentes de sensibilidad y tacto y comentarios sexistas y lesbofóbicos. Algunos de esos mitos y/o prejuicios suponen que:

- Las lesbianas no mantienen relaciones sexuales.
- Las lesbianas no tienen relaciones sexuales con hombres.
- Las lesbianas no corren riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH.
- Las lesbianas no necesitan hacerse el Pap con la misma frecuencia que las heterosexuales porque no practican la penetración.
- La homosexualidad es una enfermedad⁵

Dado los escasos o nulos estudios realizados en nuestro país acerca de la salud ginecológica de las lesbianas –cuya elaboración y ejecución ha estado a cargo de las organizaciones de lesbianas- nos parece importante destacar algunas citas de investigaciones realizadas en otros países de América⁶. Por ejemplo, las lesbianas mexicanas que respondieron a la encuesta dijeron que: *"les desconcierta e inhibe que se haga marcado hincapié en el tema de la anticoncepción, que se dé por sentada su heterosexualidad y que cuando explican que mantienen relaciones sexuales con mujeres se las considere sexualmente inactivas o se ignore a sus parejas"*.

En este sentido, un estudio realizado por el Lesbian Community Cancer Project en EEUU, reveló que casi el 25% de las lesbianas dijeron evitar consultar a un médico o médica debido a experiencias negativas que han tenido con ellos/as.

Según otro estudio, el 45% de las/os integrantes de la Asociación Médica Gay-Lésbica de los EEUU que son ginecólogas/os, manifestaron haber observado a un/a colega que trataba a lesbianas de manera menos cuidadosa que a pacientes hetero. Otro estudio revela que el 40% de las ginecólogas y ginecólogos entrevistadas/os dijeron no sentirse cómodas/os con pacientes lesbianas. También se confirmó en ese estudio que las 2/3 partes de las ginecólogas/os no preguntan la orientación sexual de sus pacientes.

En 1996, la Asociación Médica de los EEUU publicó un informe en el que confirma que *"las pacientes lesbianas prefieren no revelar su orientación sexual debido a temores -en muchos casos, fundados- de que hacerlo las pondrá frente al prejuicio o a la falta de sensibilidad de los médicos"*.

Estos prejuicios, sumados a la invisibilización de la que todavía somos objeto las lesbianas en gran parte de la literatura médica y de la academia, también influyen en la casi nula existencia de investigaciones científicas serias y exhaustivas sobre nuestra salud, lo que a su vez dificulta de nuestra atención en los sistemas de salud, aún por parte de aquellas/os profesionales carentes de prejuicios.

A continuación, detallaremos algunos de los problemas relacionados con nuestra salud ginecológica como lesbianas que hemos relevado.

Cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama

⁵ La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) retiró en 1973 la homosexualidad de su manual de diagnóstico y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la "la orientación sexual no puede ser considerada un trastorno mental" (OMS, 1992:367).

⁶ Se ha utilizado como referencia el informe "Lesbianas, Salud y Derechos Humanos desde una perspectiva latinoamericana". Un aporte para la discusión y la reflexión. Autoras: Laura Eiven (Argentina); Alejandra Sardá (IGLHRC, México) y Verónica Villalba (GAG-L, Paraguay)

En cuanto al cáncer cérvico-uterino, los factores de riesgo son la portación del virus del papiloma humano (HPV), que puede transmitirse de mujer a mujer en la relación sexual, pero el factor de riesgo principal es no realizarse exámenes ginecológicos con frecuencia, lo que impide la detección temprana. Como explica el ginecólogo brasileño Sérgio Mancini Nicolau (Universidade Federal de Sao Paulo), *"el sistema de defensa del organismo del 60 al 70% de las mujeres consigue librarse naturalmente del HPV. El riesgo existe para las que conviven un tiempo prolongado con el virus. En su estadio inicial, las lesiones provocadas por el HPV se pueden remover por microcirugía"*.

En un estudio nacional realizado en EEUU, sólo el 54% de las lesbianas se habían hecho un Pap el año anterior mientras que el 7,5% no se lo habían hecho jamás.

Las organizaciones lésbicas de ese mismo país señalan también otros factores como preponderantes en términos de riesgo:

- Que las lesbianas consultan menos (que las heterosexuales) debido a que se sienten incómodas revelando su identidad sexual a las/os profesionales de la salud.
- Que se realizan menos exámenes ginecológicos de rutina porque no requieren anticonceptivos ni atención prenatal con la misma frecuencia que las heterosexuales, lo que implica menores posibilidades de detección temprana de cáncer.

Una encuesta realizada a lesbianas mexicanas en 1997, revela que el 48% nunca consultó a una ginecóloga o ginecólogo. Las principales razones esgrimidas fueron: no haberse sentido mal (30%), miedo (16%) y porque lo consideran innecesario dada su orientación sexo-afectiva (12%). El 50% de las que sí consultaban, ocultaban su orientación sexo-afectiva durante la consulta; la mayoría de ellas (44%), por considerar que tal información no le concernía al ginecólogo.

Es conveniente agregar que la falta de consulta ginecológica por los motivos antes mencionados, acentúa la posibilidad del desarrollo del cáncer de mama por ausencia de prevención y detección precoz.

Otros de los factores primordiales y que más dependen de las políticas relacionadas con la salud son:

- El desconocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre las formas de protección para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual entre lesbianas.
- Que estemos excluidas de una educación sexual libre de discriminación que nos brinde información eficaz acerca de cómo cuidarnos
- Que no haya disponible en el mercado productos destinados específicamente a las lesbianas para mantener sexo seguro.

Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Pese a que las lesbianas hemos sido consideradas tradicionalmente como un "grupo de bajo riesgo"⁷ frente al VIH/SIDA, las organizaciones de lesbianas que trabajan en el tema no concuerdan con esa definición. Entre otras razones, esgrimen las siguientes:

- El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de los EEUU, que sienta criterio en el tema, sólo considera lesbianas a las mujeres que han tenido relaciones sexuales sólo con otras mujeres desde el año 1977 a la fecha, lo que deja afuera a muchísimas (si no a una mayoría) de lesbianas.
- Mujeres que fueron usuarias de drogas inyectables son incluidas sólo en esa categoría, sin que se les pregunte su orientación sexual.
- Lesbianas que han estado o están casadas, o que se han practicado inseminación artificial con esperma no chequeado médicamente, o que tienen contactos sexuales esporádicos con varones, tampoco son registradas como una categoría especial cuando contraen el VIH.
- No existen investigaciones sobre prácticas sexuales entre mujeres y sus riesgos relativos de transmisión del VIH.

⁷ El término "grupo de riesgo" tuvo como efecto estigmatizar a ciertos sectores de la población, especialmente a los gays; es por ello que no compartimos esta terminología en virtud de su carácter profundamente discriminatorio. En todo caso, podemos hablar de prácticas de riesgo, para las cuales hay formas seguras de realizarlas.

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus del papiloma humano (HPV), la gonorrea, la sífilis y las infecciones por hongos (vulvitis, vaginitis, cervicitis, candidiasis, moniliasis, etc.) aparentemente podrían transmitirse entre mujeres, pero tampoco existen investigaciones al respecto.

Derechos reproductivos

El mandato de la maternidad está estrechamente unido a la heterosexualidad obligatoria, ejerciendo una intensa presión para que todas las mujeres seamos madres. Las lesbianas hemos combatido esta relación opresiva que se establece entre ser mujer y ser madre. La maternidad es un derecho y, en tanto tal, se deben garantizar las circunstancias y los recursos para que así sea.

Sin embargo, en la mayoría de los países del mundo, las lesbianas que quieren ser madres sólo tienen como alternativa la relación sexual con un varón. En algunos países, entre ellos Argentina, Brasil y México (hasta donde sabemos), las que cuentan con dinero suficiente pueden acceder a tratamientos privados de fertilización asistida, utilizando donantes anónimos o conocidos. Para la mayoría que no dispone de dinero, esa opción resulta inaccesible.

La imposibilidad de ejercer plenamente nuestros derechos reproductivos produce un considerable daño psíquico a muchas mujeres lesbianas y se agrega a la lista de factores que conspiran contra el ejercicio de nuestro derecho a la salud. (Ver Anexo. Derechos Reproductivos)

Donación de sangre

Un párrafo aparte merecen las preguntas discriminatorias que se efectúan en el protocolo para la donación de sangre según la Resolución 58/05, que reglamenta la Ley Nacional de Sangre. Aquella considera a las relaciones sexuales de un hombre con otro hombre, de por sí, una situación de riesgo, lo que es absolutamente discriminatorio. La respuesta afirmativa a si un varón ha mantenido sexo con otro varón implicará que esa persona no podrá donar sangre. De este modo se establece una relación directa entre ITS y homosexualidad, lo cual es profundamente desacertado y propio de un pensamiento homofóbico. Si bien las lesbianas no estamos incluidas expresamente como personas "en situación de riesgo" en esta resolución, por analogía, en algunos efectores de salud, estigmatizan nuestra sexualidad, nos consideran en situación de riesgo para donar sangre y nos lo prohíben, a pesar de que la ley no lo hace.

Campaña "CAMBIEMOS LAS PREGUNTAS"

"Estar en el closet" es una expresión coloquial que designa el ocultamiento de la preferencia sexoafectiva, porque su revelación puede acarrear malos tratos, castigos y sanciones. Entonces, podemos afirmar que uno de los principales problemas de salud para las lesbianas y el que requiere de solución como paso fundamental para atender todos los otros, es el "closet"; es decir, la imposibilidad social de poder dar a conocer la identidad sexual y la imposición por parte de una cultura heterosexual normativa de vivir la sexualidad en secreto. El silenciamiento de los deseos y afectos por un régimen socio-sexual que instala un modelo como norma para vivir la sexualidad, tiene profundas consecuencias psíquicas, emocionales y corporales en las lesbianas. La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como: "la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales". Cuando el "closet" deja de ser sólo un recurso eventual a utilizar frente a un medio hostil y se convierte en un modo de vida, en una barrera que no puede saltarse, sus consecuencias son precisamente las enunciadas por la definición precedente; constituyéndose, de este modo, en un problema de salud sexual. (Ver Anexo. Derecho a la Salud).

Por esto mismo, la propuesta de la Campaña que llevamos adelante, destinada a todas aquellas instituciones, organismos y trabajadores/as vinculados a los sistemas de salud⁸, se convierte en exigencia: “Cambiamos las preguntas”. Adhiriendo a dos ideas sostenidas en el Reporte de Derechos

Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos, “Con todo al Aire”⁹:

- El trato digno no depende de la calidad de recursos¹⁰.
- Respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos.

Reclamamos:

1. Una transformación del protocolo de atención ginecológica, que contemple la inclusión de las diversas identidades sexuales. Por ejemplo, si el/la ginecólogo/a comienza con la pregunta: “¿Mantiene relaciones sexuales con varones y/o mujeres?”, puede predisponer a la paciente a sentirse cómoda y en un clima de confianza para que pueda expresar su identidad sexual y sus demandas de salud sean atendidas como corresponde.
2. Un trato no sexista ni lesbofóbico en todos los servicios de salud, que considere nuestra sexualidad como parte integrante de nuestra humanidad.
3. La realización de relevamientos, estudios y/o investigaciones sobre la salud de lesbianas y mujeres bisexuales, con el fin de producir conocimientos sobre el tema que mejoren nuestro acceso a los servicios de salud, contemplando la participación de las propias lesbianas u organizaciones vinculadas a la especialidad.
4. El acceso a los servicios de fertilización asistida sin discriminación alguna.
5. La modificación del protocolo de donación de sangre, que excluya toda consideración discriminatoria en lo concerniente a: identidad sexual, prácticas sexuales, nacionalidad
6. Capacitación de los profesionales de la salud acerca de las medidas de protección posibles para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual en las relaciones entre mujeres
7. Una salud sexual sin discriminación que contemple las distintas sexualidades.

⁸ Aquí se incluye: Subsecretarías o Ministerios de Salud, Programas Provinciales o Municipales de Salud Sexual y Reproductiva, Facultades de Medicina, Colegios Médicos, Hospitales y Clínicas, Sindicatos, Centros de Estudiantes, etc.

⁹ “Con todo al aire” Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Autoras: Susana Chiarotti, Mariana García Jurado, Analía Aucía, Susana Armichiardi. Insgenar (Instituto de Género y Desarrollo). Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer). Rosario, 2003.

¹⁰ Sin desconocer la situación de crisis y precariedad que atraviesa la salud pública, incluido el sector de las/os trabajadoras/es de salud -producto de las políticas neoliberales y de destrucción del Estado de las últimas décadas-, sostenemos que nada puede justificar ni ser un obstáculo para brindar una adecuada calidad de atención y trato respetuoso.

**COMO LESBIANAS EXIGIMOS NUESTRO
DERECHO
A UN TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN**

ANEXO

Derecho a la salud

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de NNUU, en la Observación General n° 14 realizada sobre el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) señala que *"la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que, todo ser humano, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente"*.

Señala que el derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y de los cuales depende, así por ejemplo, el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes que integran el derecho a la salud.

Con relación a la no discriminación e igualdad de trato, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, basados en motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión o situación política o de otra índole, origen nacional o posición social o económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud, orientación sexual y que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

Respecto del contenido normativo del art. 12 del PIDESC, el Comité manifiesta que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

La Plataforma de Acción de Beijing, señala que *"la salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social"*.

Derechos reproductivos / salud reproductiva

Según los documentos de acción de Beijing y de El Cairo, los derechos reproductivos comprenden algunos derechos humanos que ya están reconocidos en la legislación nacional y en los documentos internacionales sobre derechos humanos.

La Plataforma de Beijing sostiene que *"esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello"*. También incluye y concibe como un derecho la posibilidad de adoptar las decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Los documentos mencionados sostienen que *"la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos"*. Se involucra el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos para la regulación de la fecundidad, seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

El Comité del PIDESC, señala que el art. 12 (apartado a. del párrafo 2), entiende que la salud reproductiva significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

Recientemente en nuestro país ha entrado en vigencia la Ley N° 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, cuyo primer objetivo es el de *"alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia"* (art. 2 inc. a).

En base a un informe realizado por el Fondo de Población de Naciones Unidas consideramos que los derechos sexuales y reproductivos incluyen:

- El derecho a la vida: la vida de las mujeres se encuentra en situación de mayor riesgo debido a las complicaciones derivadas del embarazo.
- El derecho a la libertad y seguridad: implica la protección contra embarazos forzados, esterilizaciones o abortos impuestos por la falta de acceso a una anticoncepción eficaz. Este derecho incluye la libre determinación en cuestiones de la reproducción.
- El derecho a la información y educación sexual.
- El derecho a la atención y protección de la salud: el derecho a verse libre de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.
- El derecho a una sexualidad placentera y saludable, independiente de la reproducción, libre de violencia, abuso o acoso.
- El derecho a la vida privada y a la vida en familia, que abarca el derecho a adoptar decisiones autónomas y confidenciales con respecto a tener o no hijos y cuando tenerlos.
- El derecho a la no discriminación por motivos de sexo, de edad y orientación sexual.
- El derecho de hombres y mujeres a participar en la crianza de los hijos con iguales responsabilidades.

Entendemos que los derechos reproductivos deben ir acompañados de un conjunto de condiciones que hagan posible su disfrute y goce. En este sentido, consideramos que juegan un papel determinante los servicios de salud reproductiva. Respecto de éstos, las usuarias tienen derecho a:

- recibir una atención de salud accesible, oportuna, apropiada, digna, personalizada.
- exigir privacidad.
- Recibir información veraz, oportuna, completa y en lenguaje claro
- elegir habiendo recibido la información necesaria
- una actuación protagónica en la toma de decisiones sobre aspectos relativos a su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad.
- la información y orientación para el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante, responsable y no condicionada al embarazo.
- ser tratada y atendida por los servicios de salud como un ser integral con necesidades específicas, de acuerdo a su edad, actividad, clase social, raza y lugar de procedencia.
- recibir del personal de salud, un trato digno y respetuoso a su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.
- una maternidad feliz, deseada, acompañada, libre, decidida y sin riesgos

Derecho a la integridad personal

Significa el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Este derecho está protegido por todos los instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Así, por ejemplo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹¹ (CADH), en el art. 5 expresa que “*toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral*”.

El respeto a la integridad personal implica que nadie puede ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional¹².

El derecho a la intimidad se considera desde dos aspectos: como un límite a la injerencia externa y como una libertad que permite tomar decisiones que conciernen a la vida privada.

¹¹ Convención Americana sobre Derechos Humanos. Aprobada por la República Argentina, según Ley 23.054 de 1984.

¹² Protección de los Derechos Humanos. Definiciones Operativas. Comisión Andina de Juristas, Lima, 1997.