


Symposium on Violence and Sexual and Reproductive Health

Una mirada desde la salud pública a los vínculos entre la violencia contra las mujeres y la salud y los derechos reproductivos/DSR. El caso de Colombia

Center for Reproductive Rights, Pan-American Health Organization, the Permanent Mission of France to the Organization of American States, and the Inter-American Commission on Women.

Dr. Ana Cristina González Vélez
Junio 19 de 2015



“La primera consecuencia que se deriva de la autonomía, consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella) quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo...”

***Carlos Gaviria, Ex Presidente Corte Constitucional de
Colombia. 1937-2015***

Fuentes

- **Las brechas de género en los ODM: El otro costo de la desigualdad.** PNUD, UNFPA, ONUMUJERES. Autora: Ana Cristina González Vélez. Colombia 2014.
- **Seguimiento a casos de mujeres que enfrentan barreras para el acceso a servicios de aborto.** La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Colombia. 2008-2014.
- Interrupción voluntaria del embarazo por causal violación (2014) y Violencia obstétrica más allá del parto (en construcción). Documentos de posición del Grupo Médico por el Derecho a Decidir. Ana Cristina González - coautora.
- **Datos del estudio violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe.** Guedes et Al. OPS, OMS. 2014.
- Violence against women and reproductive rights in the Americas. Center for reproductive Rights. 2015.
- Declaración sobre la violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos. OEA, MESECVI Convención Belén do Pará. Septiembre 2014.
- Revisión comparada de los consensos de las conferencias regionales sobre la mujer de la CEPAL (2000-2015). Borrador interno. Autora: Ana Cristina González Vélez.

Outline:

Violencia contra las mujeres y SDSR: correlatos entre derechos y servicios en tres niveles (CRR, MESECVI)

- 1. Las leyes, normas o prácticas restrictivas (barreras) en el acceso a servicios de SR constituyen formas de violencia**
- 2. La autonomía física (autodeterminación e integridad corporal) es esencial para romper el ciclo de la violencia y para lograr autonomía en otras esferas**
- 3. La violencia causa afectaciones a la SSR (violaciones DR): indirectas y directas**

La violencia es una trampa para la garantía de derechos reproductivos de las mujeres pues al mismo tiempo que los limita o vulnera (directa o indirectamente), las restricciones a estos derechos son formas de violencia, estableciéndose una relación circular

Violencia contra las mujeres y SSR

- ...Cualquier acción u omisión en el disfrute de los derechos o el acceso a servicios de SSR que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico...por su condición de ser mujer...
- Los servicios de SR: las mujeres por razones biológicas son las únicas que los necesitan y su negación (causa muerte, daño o sufrimiento) es una forma de discriminación y violencia
- La carga social que se deriva de la reproducción biológica, recae de manera desproporcionada sobre las mujeres
- La carga biológica y social, junto con las barreras para el acceso a servicios pueden constituir una doble violencia

De la obligación sobre la reproducción a la prerrogativa de los derechos



Magnitud de la violencia en Colombia

- 37% de las mujeres alguna vez unidas reportó haber sufrido alguna modalidad de violencia (aumenta hasta 13% entre las que no tienen educación)
- Las mujeres más jóvenes (15 a 19) reportan el porcentaje mas alto de situaciones de control: 68,2%
- La violación es experimentada por casi un 6% de las mujeres, y la edad promedio de la agresión es 16,5

Estos hechos ocurren en entornos cercanos, en los hogares y son perpetradas por hombres conocidos o que tienen relacion de parentesco con la víctima

1. Las leyes, normas o **prácticas** restrictivas (barreras) en el acceso a servicios de SR constituyen formas de violencia

- Fuente: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres/Colombia). Atención de 800 mujeres y niñas que requirieron asesoría para acceder a una Interrupción Voluntaria del Embarazo (Información 2006 – 2014).
- Barrera: “el conjunto de **conductas que constituyen impedimentos u obstáculos para que las mujeres puedan ejercer libremente** sus derechos sexuales y reproductivos, cuando solicitan una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y que **se traducen en la negación de los servicios de IVE o en la dilación de los mismos.**”
- Distintos tipos de barreras desde los servicios de salud constituyen situaciones de violencia:

Fallas en la prestación

Fallas del personal de salud (entorpece o impide el acceso a una IVE)

- Denegación del Certificado Médico; Desestimación del Diagnóstico de Malformaciones; Exclusión del Dictamen Psicológico/Psiquiátrico; Desestimación de la denuncia de violación por inconsistencia con las semanas de gestación

Fallas en la aplicación de la objeción de conciencia:

- Institucional; Colectiva; No remisión; Negación de información; Personal administrativo

Fallas administrativas:

- Trámites Adicionales; Juntas Médicas; Insuficientes prestadores

Otras barreras generales en los servicios de SSR

- Falta de información o información sesgada; Servicios costosos o de baja calidad

De la violencia obstétrica a la violencia en SSR

- El término Violencia Obstétrica (VO) se enmarca dentro del concepto general de violencia contra la mujer (Belem do Pará).
- Algunos países la han incluido como una forma de violencia contra la mujer. **Estableciéndose también como un tipo específico de violencia estructural o institucional contra las mujeres.**
- Van más allá de la atención del parto


- 
- **Argentina.** “Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.”
 - **Venezuela.** “Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”

Tabla 3. Categorización de prácticas abusivas en el parto (Browser and Hill, 2010). Adaptación de la clasificación para casos de aborto y postaborto.

Derecho	Atención Parto o Cesárea	Atención aborto y postaborto
Derecho a no recibir trato cruel, inhumano y degradante	Abuso físico y/o psicológico	Largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud, legrado o raspaje sin anestesia. Tratos despectivos -tratar como asesina. negar medicamentos y atención o manejo del dolor como 'castigo'. forzar a una mujer a aceptar ciertos tipos de tratamiento
Derecho a obtener información, al consentimiento o rechazo informado, y al respeto a sus decisiones y preferencias	Realización de prácticas sin previa consulta o sin haber entregado suficiente información. Desvalorización de la palabra, idioma, el saber y las experiencias de la mujer	Proveer deliberadamente información defectuosa o incompleta. Cuestionamiento de versión de la mujer sobre la violación comparando la edad estacional con la fecha reportada de la violación. No remitir o no dar información de los lugares de atención o de las posibles opciones de tratamiento.
Derecho a ser tratada con dignidad y respeto	Insensibilidad frente al dolor, silencio, infantilización, insultos y comentarios humillantes.	Un carácter amenazante durante el interrogante
Derecho a la igualdad, a la no discriminación, a cuidados equitativos	Discriminación por la edad, condición socioeconómica, etnia, orientación sexual, nacionalidad o aspecto físico.	Diferencias en la atención según el coste de la atención, acceso a determinados procedimientos
Derecho a la privacidad y confidencialidad	Intromisión no consentida, exhibición y/o revisión masiva del cuerpo de las mujeres por parte de médicas/os, residentes, pasantes y otras personas, ya sea con fines médicos o educativos. Ausencia de una infraestructura que garantice la seguridad e intimidad de la mujer.	Denuncia frente a autoridades o al personal médico
Derecho a la salud	Abandono o negación de servicios de cuidados y atención en centros de salud. Por ejemplo, es frecuente que en la atención de mujeres que ingresan a los hospitales con consecuencias de abortos inseguros, se privilegie el proceso judicial por sobre la atención médica a pesar de que constituya una urgencia obstétrica.	Denegar el servicio, negar tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna
Derecho a la libertad, autonomía, a decidir por si misma y estar libre de toda coacción	Ser detenida en las instalaciones. Objeción de conciencia.	

2. La violencia contra las mujeres causa afectaciones a la SSR (indirectas y directas) que constituyen una carga oculta sobre la salud reproductiva

Indirectas (limita la capacidad de decisión: uso de métodos, relaciones sexuales, momento del embarazo)

- Embarazos no deseados

Directas (consecuencia: una afectación de la SR)

- Embarazo forzado (violación), continuación forzada del embarazo (negación del servicio de aborto) y/o aborto inseguro
- Mortalidad materna

Indirectas

Embarazo deseado y no deseado en adolescentes: PNUD, Colombia 2014
(ODM)

- 63,7% de las adolescentes (15 a 19) tuvieron hijos no deseados en los últimos 5 años y sólo 36% desearon en su momento el primer hijo

Se relaciona con: relaciones sexuales no consentidas, ausencia de pareja, necesidades no satisfechas de PF: desigualdades de género y violencia

- Mayor número de situaciones de control: 67% de las adolescentes desearon su primer hijo y 52% no desearon ninguno de los nacidos en los 5 años previos.
- Menos situaciones de control: desearon menos a su primer hijo (47%):

Se relaciona con: naturalización de la violencia y altos niveles de conformidad de las normas de género para quienes la maternidad es central

- Entre las víctimas de violación sólo 38% expresa haber deseado a su primer hijo y 72% no desearon alguno de sus hijos nacidos en los 5 años previos

Directas

Embarazo adolescente y en menor de 14 años



OMS

- Hasta un tercio de las adolescentes informan que su primera relación sexual fue forzada
- La exposición a la violencia en la niñez aumenta el riesgo de sufrir otras formas de violencia posteriormente
- La prevalencia de relaciones sexuales forzadas por parte de la pareja íntima varía entre 5 y 47
- 10 a 15% resultan embarazadas
- Decisión de continuar el embarazo: entre un 50% (Távora 2011) y un 63% (Lara, 2003. Colombia) opta por interrumpirlo

Directas

Embarazo adolescente y en menor de 14 años



PNUD/Colombia (con Ministerio de Salud). ODM 2014.

- Asimetría de edad en las relaciones sexuales: la edad de los hombres es en promedio 10 años más que la edad de la adolescente (menor de 14)
- Las relaciones sexuales con menor de 14 según las legislaciones, son un delito y este es el marco del embarazo en menor de 14 (OJO: relaciones entre pares)
- Sólo 0,8% de los embarazos de menores de 14: relaciones con menores de 15 años
- Embarazo subsiguiente en promedio: 26,4% Colombia.


Se asocian con: disminución de controles prenatales, desercion escolar, disminuación en la búsqueda de atención en salud, situaciones de violencia y abuso



Directas

Mortalidad materna: 3 formas en las que se expresa la Violencia (PNUD, Colombia)

- La concentración de la MM en ciertos grupos: refleja las múltiples desigualdades que explican la persistencia del fenómeno.
- La alta evitabilidad de la MM
- La violencia es un factor agrava la MM

- 
- Sólo 4 de 33 (12%) departamentos en Colombia tienen cifras de MM iguales o inferiores a la meta del ODM (45) y más de 50%: cifras entre 65-125 (39%) o mayores de 165 (18%). Chocó: 213
 - La persistencia de la MM está constituida por elementos que se intersectan y reflejan desigualdades de género:
 - Menos educadas (cifra de 212 por 100 mil entre mujeres analfabetas versus 40,2 grado universitario)
 - Mayores niveles de pobreza: 1,72 veces más alta en mujeres del quintil más pobre
 - Indígenas: 2,7 más posibilidad de morir
 - Afrodescendientes: 2 veces
 - Edad (10-14 años: 1.8 veces más riesgo de morir que las de 20 a 24)
 - La mortalidad ha disminuido a expensas del aborto con medicamentos pero la tasa de tratamiento por complicaciones aumentó de 7,2 a 9,1 por 1000 (1998-2008): mujeres pobres del medio rural.

Las intersecciones reflejan un “sistema complejo de estructuras de opresión, múltiples y simultáneas, que crean una nueva dimensión de desempoderamiento y constituyen violencia institucional (González Perret, Deus Viena. NU, Uruguay”



Muertes evitables:

- El concepto evitable: prevención y acción. No es categórico
- Por la tecnología médica existente no debieron suceder

Reciente estudio PNUD en Colombia define un perfil de las muertes evitables: causas o patologías y condiciones socio-culturales

- 90% de las principales causas de muertes materna son evitables (hemorragias, infecciones, hipertensión y aborto)
- La proporción de MM en mujeres sin educación o con primaria incompleta es de 32%: evitables con educación

Mortalidad materna y VBG


- Según la OMS la violencia genera una carga oculta sobre la salud:
 - 23.7% de las que informaron haber sido víctimas de violencia en 2005 en Colombia tuvieron intención de suicidarse
- Estudio PNUD/Colombia (con Ministerio de Salud, 2014): modelo para determinar la asociación entre indicadores de VB y MM (2005 y 2010):
 - Indicadores: violencia física, control por parte del esposo
 - Se agregan a un modelo previo (4 controles prenatales y atención institucional del parto: predictores de la MM)

Que evidencia el modelo:

- Un aporte significativo a la capacidad explicativa del modelo de MM cuando se integran las variables de violencia de género
- Evidencia estadística suficiente: conclusiva sobre la VBG
- No es predictivo: ayuda a comprender la MM
- Asocia por primera vez la violencia física, emocional y sexual con la MM:
 - **Más muertes maternas podrian evitarse de eliminarse la violencia**
 - **Las características de la VBG contribuyen significativamente a explicar la razón de muertes maternas en el nivel departamental**

Conclusiones

- Los indicadores de violencia contra las mujeres son paradigmáticos de la desigualdad de género y se asocian y/o agravan situaciones de SSR limitando la autonomía
- La MM se asocia con la violencia basada en género y el embarazo no deseado
- La persistencia de la MM a expensas de causas evitables es una forma de violación de los DR y por tanto violencia
- La carga desproporcionada de la reproducción sobre las mujeres (anticoncepción, embarazo, aborto, parto y crianza) y las barreras de acceso a estos servicios son una forma de discriminación y violencia




Son también formas de violencia contra las mujeres y/o violaciones de su derechos reproductivos:

- Las acciones u omisiones en SSR que causan daño, muerte, o sufrimiento evitables
- La marginalidad en las políticas o la exclusión de ciertos servicios en la práctica
- Las elevadas cifras de violencia en sus distintas formas que limitan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones
- Ciertas situaciones que suceden durante la adolescencia: asimetría de edad en las relaciones sexuales, el embarazo en menor de 14 años, la experiencia de una primera relación forzada

- los indicadores de salud sexual y reproductiva, son en sí mismos indicadores de igualdad de género y violencia en tanto:
 - La falta de autonomía reproductiva tiene consecuencias desproporcionadas y casi exclusivas sobre las mujeres y su salud, limitando al mismo tiempo su autonomía económica y política;
 - Es una dimensión que en sus aspectos biológicos solo afecta a las mujeres y por tanto la ausencia de medidas para enfrentarlas o su persistencia, se constituyen en formas de discriminación;
 - Las muertes maternas y el embarazo en la adolescencia son fenómenos evitables con la tecnología disponible o con medidas de política intersectoriales.
 - No hay una situación en el campo de la salud de los hombres que sea comparable con la mortalidad materna y que refleje diferencias tan significativas exponencialmente cuando confluyen distintas variables.





La conquista de la autonomía física es en si mismo un mecanismo para desactivar la violencia

*El costo que las mujeres pagan con su vida o su salud como consecuencia de un fenómeno crucial para la sociedad, la reproducción, es una forma de violencia que se expresa en un elevado costo de omisión:
el valor económico y moral de no hacer*



GRACIAS!

<http://globaldoctorsforchoice.org/>

