



TÍTULO

**LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD EN PARAGUAY**

**EVALUACIÓN DE SU EFECTIVIDAD EN LA PENITENCIARÍA DE
MUJERES DEL BUEN PASTOR (ASUNCIÓN)**

AUTORA

Mirta Carolina Moragas Mereles

Directora
Curso

©
©

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2012

Oneida Álvarez de Puyada

Máster Iberoamericano en Evaluación de Políticas Públicas

Mirta Carolina Moragas Mereles

Para esta edición, la Universidad Internacional de Andalucía



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

**III MASTER LATINOAMERICANO EN EVALUACIÓN DE
POLÍTICAS PÚBLICAS**

TESIS PARA ACCEDER AL TÍTULO DE MASTER UNIVERSITARIO

**LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD EN PARAGUAY. UNA
EVALUACIÓN DE SU EFECTIVIDAD EN LA PENITENCIARÍA DE
MUJERES DEL BUEN PASTOR (ASUNCIÓN)**

Tutora:

Dra. Oneida Álvarez de Puyada

Autora:

Mirta Carolina Moragas Mereles

Abril de 2011

DEDICATORIA

A todas las mujeres privadas de libertad en el Buen Pastor, que me brindaron ayuda y en algunos casos, me abrieron su corazón.

A Zonia Muños, una presa de este sistema que necesita “chivos expiatorios” para justificarse.

AGRADECIMIENTOS

A Luis Claudio Celma, sin cuyo apoyo material, moral y emocional, esto no habría sido posible.

A Oneida Alvarez, por no haber dejado de confiar en mí.

A las autoridades de la Dirección General de Establecimientos Penitenciarios y Ejecución Penal y de la penitenciaría de Mujeres “Casa del Buen Pastor”, por su apertura y disposición en el proceso de recolección de datos.

A mi mamá, por su complicidad y su apoyo incondicional en todo este proceso.

A mi hermana Ceci, por su solidaridad y compañía en el momento más oportuno.

A Rosa, por su cariño y su cuidado, que hizo todo más llevadero.

A Cecilia, Ghia y Mariví, por el trecho de camino que transitamos juntas, donde conocerlas ha sido maravilloso.

INDICE

Contenido	Página
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Indice	4
Indice de Cuadros	10
Indice de Gráficos	10
Resumen	11
Introducción	12
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Antecedentes y contexto	14
1.2. Justificación	18
1.3. Formulación del problema	20
1.4. Objetivos	20
1.4.1. Objetivo general	20
1.5. Objetivos específicos	20

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	21
2.1. Derechos Humanos	21
2.1.1. Conceptualización de los derechos humanos	21
2.1.2. Enfoque de Derechos Humanos	23
2.1.3. Clasificación	23
2.1.4. El derecho internacional de los derechos humanos. Obligaciones del Estado paraguayo	24
2.1.5. Tipos de obligaciones	29
2.2. Género	30
2.2.1. Concepto y perspectiva de género	30
2.2.2. Relaciones de género, relaciones de poder	31
2.2.3. La perspectiva de género	32
2.2.4. Derechos humanos con perspectiva de género	34
2.3. Políticas Públicas	36
2.3.1. Concepto. Las políticas públicas en leyes, planes y programas	37
2.3.2. Efectividad de las políticas públicas	37

2.4. Salud Sexual y Salud Reproductiva	38
2.4.1. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DDSS y DDDR).	
Su relación con la salud sexual y la salud reproductiva	38
2.4.2. La Salud como un derecho humano.	
La salud sexual y la salud reproductiva como parte del derecho a la salud	
Derecho a la salud en el ámbito de los derechos económicos, sociales y culturales	40
Elementos esenciales del derecho a la salud	42
Obligación de respetar, proteger y cumplir en el ámbito de la salud	44
2.5. Mujeres privadas de libertad	47
2.5.1. Sistema penitenciario	47
2.5.2. Las mujeres y la cárcel. Significación de la privación de libertad en las mujeres	49
2.5.3. Las mujeres en el sistema penitenciario	50
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	52
3.1. Tipo de estudio	52

3.2. Población participante y cobertura	52
3.3. Unidad de análisis	53
3.4. Procedimientos	53
3.4.1. Procedimientos éticos	53
3.4.2. Fases del estudio	54
3.4.3. Técnicas de recolección de datos	55
El análisis documental	55
Las encuestas	56
Las entrevistas grupales	58
Las entrevistas individuales	59
3.4.4. Categorías de análisis	59
Categoría 1: Salud sexual	61
Dimensión 1.1. La salud sexual como derecho	62
Dimensión 1.2. Disponibilidad de servicios de salud sexual	63
Dimensión 1.3. Accesibilidad	63
Dimensión 1.4. Aceptabilidad	65
Dimensión 1.5. Calidad	66
Otras definiciones	66
Categoría 2: Salud reproductiva	67

Dimensión 2.1. La salud reproductiva como derecho	68
Dimensión 2.2. Disponibilidad	69
Dimensión 2.3. Accesibilidad	70
Dimensión 2.4. Aceptabilidad	71
Dimensión 2.5. Calidad	72
CAPITULO 4. HALLAZGOS	75
1. La salud sexual y la salud reproductiva como derechos	75
2. La disponibilidad de servicios de salud sexual y de salud reproductiva	82
2.1. Servicios de PAP y de detección de ITS, Hepatitis C y VIH	82
2.2. Disponibilidad de información sobre salud sexual y salud reproductiva	85
2.3. Disponibilidad de métodos anticonceptivos	87
2.4. Cobertura de atención prenatal desde el primer trimestre	90
2.5. Disponibilidad de personal capacitado para la atención en salud sexual	96
2.6. Disponibilidad de visitas íntimas	101
3. La accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva	105
3.1. No discriminación	105
3.2. Accesibilidad a los servicios	110

3.3. Asequibilidad	110
4. La aceptabilidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva	112
4.1. Adecuación cultural de los servicios	112
4.2. Confidencialidad	113
5. Calidad de los servicios de salud sexual y de salud reproductiva	114
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	117
1. Diagnóstico de la situación actual	117
2. Adecuación a estándares de derechos humanos y de género y efectividad de la política	119
3. Propuestas de mejoramiento de la normativa, políticas y prácticas	121
3.1. Modificaciones legislativas	121
3.2. Políticas Públicas	121
3.3. Prácticas	124
4. Investigaciones sugeridas	124
BIBLIOGRAFÍA	126
ANEXOS	136

INDICE DE CUADROS

Contenido	Página
Cuadro 1. Instrumentos del sistema universal de protección de derechos humanos ratificados por Paraguay y relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva	26
Cuadro 2. Situación procesal de la muestra y de la población total	56
Cuadro 3. Entrevistas grupales	59
Cuadro 4a. Categorías de análisis - salud sexual	60
Cuadro 4b. Categorías de análisis - salud reproductiva	61
Cuadro 5a. Relación entre indicadores y objetivos – Categoría Salud Sexual	73
Cuadro 5b. Relación entre indicadores y objetivos – Categoría Salud Reproductiva	74

INDICE DE GRÁFICOS

Contenido	Página
Gráfico 1. Tiempo de privación de libertad (en años)	57
Gráfico 2. Motivo del procesamiento	58
Gráfico 3. Respuestas a “¿usás algún método anticonceptivo?”	88
Gráfico 4. Razones por las cuales no utilizan anticonceptivos	89
Gráfico 5. Respuestas a “si usás un método anticonceptivo, ¿cuál?”	90

RESUMEN

Se plantea la evaluación de la efectividad de la política de salud sexual y reproductiva en mujeres privadas de libertad en la Correccional de Mujeres “Casa del Buen Pastor”, Asunción.

Para ello, se realizó una investigación de carácter cualitativo, con recolección de algunos datos cuantitativos que permiten comprender la situación. En un enfoque descriptivo de la investigación procura dar cuenta de la actual normativa, política y prácticas en materia de salud sexual y salud reproductiva en contextos de encierro. En tanto, en un enfoque exploratorio, se propuso indagar acerca de las relaciones entre la normativa vigente, las políticas establecidas y las prácticas instituidas, por un lado, y los enfoques de derecho y de género, por el otro.

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre marzo y abril de 2011 en la Penitenciaría de Mujeres del Buen Pastor. Se concluyó que la política penitenciaria, tanto en su formulación como en su implementación actual no alcanza a resolver el goce de la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres privadas de libertad, principalmente en cuanto a disponibilidad de infraestructura, servicios e insumos suficientes para atender las demandas de las mujeres. Por esto, se proponen cambios legislativos, de políticas públicas, de prácticas y se recomiendan temas sobre los que se deberían seguir investigando.

PALABRAS CLAVES

Salud sexual, salud reproductiva, mujeres privadas de libertad, derechos humanos, enfoque de género.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y la salud reproductiva se reconocen como derechos humanos vinculados al derecho a la salud, en el plano nacional e internacional. En general, en los informes, estudios y abordajes sobre la salud sexual y la salud reproductiva no se hace mención a las mujeres en contexto de privación de libertad y en los informes sobre personas privadas de libertad, no suele abordarse la problemática de las mujeres o no se tienen en cuenta suficientemente la dimensión de la salud sexual y salud reproductiva como componente de la investigación.

Con el fin de analizar la efectividad de la política de salud sexual y reproductiva de mujeres privadas de libertad en la Penitencia del Buen Pastor, Asunción (Paraguay), se planteó un estudio cualitativo que permita analizar la efectividad de la política con relación, utilizando como categorías de análisis, el reconocimiento de la salud sexual y la salud reproductiva como derecho así como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y de salud reproductiva.

Para ello, se revisaron documentaciones pertinentes, se aplicaron encuestas, se realizaron entrevistas individuales con actores claves y grupales con internas en el período comprendido entre marzo y abril del 2011.

En las secciones correspondientes a este trabajo se presenta un marco teórico de referencia, el cual ofrece conceptualizaciones e informaciones relevantes al estudio. De esta manera, se definen: derechos humanos, género, políticas públicas, salud sexual, salud reproductiva y mujeres privadas de libertad. Definiciones con carácter operativo para este estudio.

En relación a los aspectos metodológicos de esta investigación, se brinda una amplia información acerca de los pasos que se siguieron en su realización, lo que permite ponderar la pertinencia de los procedimientos empleados para el logro de los objetivos planteados.

En la sección referente a los hallazgos o análisis de los resultados, se plantea la insuficiencia en cuanto a disponibilidad de servicios, atención e insumos y precariedad en cuanto a infraestructura

Finalmente, en la sección de conclusiones y recomendaciones se formulan una serie de medidas a tomar en el ámbito legislativo, de políticas públicas, prácticas y se sugieren temas a seguir investigando.

Esta investigación, por tanto, busca aportar información y conocimiento necesarios para mejorar las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva de mujeres privadas de libertad.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes y contexto

La salud sexual y reproductiva se reconoce como un derecho fundamental en Paraguay en tres artículos constitucionales. Por una parte, sobre el derecho a la planificación familiar y la salud materno infantil (art. 61), que es uno de los contenidos, y tal vez el fundamental, de la salud reproductiva. Por otra parte, se explicita el deber del Estado de promover la salud como un derecho fundamental de la persona (art. 68).

Finalmente, se hace referencia al derecho a la libre expresión de la personalidad, a la creatividad y a la formación de la propia identidad e imagen, que incluye la libertad de vivir la sexualidad sin injerencias, coerciones ni discriminaciones (art. 25), por lo que la salud sexual y reproductiva, como componente de la salud en su conjunto y del derecho a la libertad, se constituyen en derechos fundamentales.

Asimismo, este derecho se encuentra plasmado en varios instrumentos internacionales de derechos humanos. De entre ellos, destaca el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc, ratificado por Paraguay en virtud de la ley 04/92), que define el derecho a la salud (art. 12). Esta definición del derecho a la salud, a criterio del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), incluye, entre otras, la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2004).

A su vez, el debate sobre el contenido de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es relativamente reciente y se da a partir del reconocimiento de la salud sexual y la salud reproductiva como componentes del derecho humano a la salud. En el plano nacional, Paraguay carece de una ley de salud sexual y reproductiva, ya que, si bien existe un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013 (PNSSR), basado en los artículos constitucionales descritos, carece de una norma específica que contenga todas las características, contenidos y organización de los bienes, servicios, establecimientos y prestaciones de salud sexual y reproductiva.

En cuanto a la política de ejecución penal o política penitenciaria, conforme a la Constitución, el objeto de la pena privativa de libertad es “la readaptación de los condenados y la protección de la sociedad” (art. 20). Sin embargo, sucesivos estudios e informes permiten ver que tanto la estructura como el funcionamiento penitenciario no cumplen estos fines (Ceжил, 2006; Durán Leite y Martens Molas, 2009; Subcomité para la Prevención de la Tortura, 2010). Asimismo, Marcela Lagarde sostiene la diferente significación de la prisión en la vida de hombres y mujeres.

Aún cuando para ambos géneros la prisión tiene como consecuencia, además del castigo, el desarraigo y la separación de su mundo, para las mujeres es mucho mayor, ya que la mayoría de ellas son abandonadas por sus parientes en la cárcel. Ser delincuente y haber estado en prisión son también estigmas y culpas mayores para las mujeres en la sociedad. Las mujeres ex convictas quedan estigmatizadas como “malas” en un mundo que construye a las mujeres como entes del bien y cuya maldad es imperdonable (Lagarde, 1993: 676).

A esta perspectiva de género de la privación de libertad hay que agregar que, en términos normativos, Paraguay se encuentra absolutamente desfasado en la materia, pues no contempla a las mujeres privadas de libertad más que en su función de madre. Así, la ley penitenciaria es de 1970, anterior a la actual Constitución, de 1992. En tanto, en 1997 y 1998 se realizaron reformas al Código Penal y al Código Procesal Penal, pero no se logró modificación alguna de la legislación penitenciaria, pese a que existían algunas propuestas (Cfr. Zub Centeno, 2007: 110).

Este cuerpo normativo solo contempla la especificidad de la mujer en su rol de “embarazada”, “lactante” y “madre” (art. 94, 95 y 96, Ley Penitenciaria). Además de ser una visión estereotipada, es insuficiente en relación a las necesidades de las mujeres en cuanto a salud sexual y salud reproductiva.

Por otra parte, existen diversos estudios sobre salud sexual y reproductiva. La Encuesta de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR 2008), a pesar de ser uno de los estudios más completos sobre el tema en Paraguay, no contempla poblaciones específicas, entre ellas las mujeres privadas de libertad.

Además, la salud sexual y salud reproductiva es abordada desde diversas miradas en los informes anuales sobre derechos humanos de la Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (Codehupy). Es así que en el artículo sobre derechos sexuales se hace mención al derecho a la salud sexual, pero se sostiene que estos derechos son más amplios y trascienden este ámbito, advirtiendo sobre el reduccionismo de abordar los derechos sexuales únicamente desde el enfoque de salud (Moragas y Posa, 2010: 215).

A la vez, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son incluidos como contenido de los derechos humanos en varios otros artículos del citado informe, como el artículo de discriminación a las mujeres (González y Posa, 2010), discriminación a personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (Posa, 2010), juventudes (Pereira y Caputo, 2010) e incluso dentro del informe sobre personas privadas de libertad (Martens, 2010), en una de cuyas ediciones se señala la preocupación por el acceso a la salud en las instituciones penitenciarias, refiriendo que:

Las posibilidades de acceso a la salud de las personas internas son preocupantes, ya que en ninguna de las trece penitenciarías existe un sistema adecuado de prevención y control sanitario a disposición de la población (Rodi *et al*, 2008: 208).

Con relación a las mujeres, se sostiene además que:

El sistema penitenciario se rige, fundamentalmente, por un modelo masculino, desde el diseño arquitectónico de las prisiones, hasta los reglamentos y manuales que explican su funcionamiento, todo bajo el argumento de que las mujeres representan un porcentaje significativamente menor de la población penitenciaria (Martens y Durán, 2009: 172).

En igual sentido, el documento “Mujeres Privadas de Libertad. Informe Regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay”, elaborado por el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (Cejil, por su sigla en inglés), señala que:

Las cárceles no cuentan con instrumentales adecuados, medicamentos y otros insumos médicos necesarios para el tratamiento de las afecciones de las mujeres, incluidos los servicios relacionados a su salud sexual y reproductiva (Cejil, 2006:32).

El campo de lo sexual y lo reproductivo como derecho humano es relativamente nuevo, ya que desde el Programa de Acción de El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995)¹ se explicita que la salud reproductiva está incluida dentro de los derechos humanos que deben ser garantizados por los Estados. En este sentido, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) reconoce que

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las *parejas e individuos*² 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 y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (CIPD, 1994: párrafo 7 numeral 3).

Debe reconocerse que el debate de los derechos sexuales y los derechos reproductivos se inicia a partir de la visibilidad de la salud sexual y la salud reproductiva como derechos humanos, aunque actualmente se busca visibilizar que trascienden el ámbito de la salud.

Los enfoques desde una perspectiva de salud no son inmunes al prejuicio en cuanto a la conducta sexual ‘normal’ y los roles de género ‘apropiados’. Como lo ha señalado el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Salud, el neozelandés Paul Hunt, si bien la salud es fundamental para los derechos sexuales, no todos los derechos sexuales tienen que ver con ella. ‘Este enfoque convierte el sexo en algo aséptico y le quita todo elemento provocador, también lo simplifica eludiendo su diversidad, su asociación con el placer y su compleja relación con el poder’ [Miller, 2010: 40] (Moragas y Posa, 2010: 215).

¹ Si bien, un antecedente importante es la Proclamación de Teherán, de 1968, esta reconocía el derecho “de *los padres* de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”, partía desde una visión que omite el papel fundamental de la mujer en el proceso reproductivo y que los derechos relativos a la reproducción deben ser garantizados a las mujeres principalmente.

² Énfasis agregado

De todas maneras, es el enfoque de salud sexual y salud reproductiva la que ha permitido el inicio del debate sobre el contenido de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En general, en los informes, estudios y abordajes sobre la salud sexual y la salud reproductiva no se hace mención a las mujeres en contexto de privación de libertad y en los informes sobre personas privadas de libertad, no se suele abordar a las mujeres o no se tienen en cuenta suficientemente la dimensión de la salud sexual y salud reproductiva como componente de la investigación³.

Al no estar visibles en las investigaciones ni contarse con políticas y planes específicos no es suficiente la información sobre el modo en que las mujeres privadas de libertad gozan de su derecho a la salud sexual y reproductiva como consecuencia de las normas, políticas y prácticas del Estado.

1.2. Justificación

El propósito de esta investigación es abordar un tema que tanto en el ámbito del derecho y ejecución penal como en el ámbito de los derechos de las mujeres está muy poco abordado.

La autora siempre ha encontrado interesante reflexionar sobre la influencia que ejercen en las mujeres las instituciones de control, cómo estas de muchas maneras construyen y reproducen dispositivos de género (Cfr. Larrauri, 2008: 21) y cómo esta construcción se va naturalizando, hasta el punto de volverse invisibles.

El derecho penal y el proceso penal siempre han sido considerados como ámbitos eminentemente masculinos, donde las mujeres tenían (y tienen aún) muy poca autoridad o “legitimidad” para cuestionar el modo en que estos saberes se han construido y se sostienen. Todavía esta situación es más que importante, porque estos saberes y estas “autoridades incuestionables” terminan influyendo en la vida y la libertad de las personas,

³ Las ENDSSR 2004 y 2008 no contemplan a mujeres en situación de privación de libertad, los informes de Derechos Humanos de Codehupy lo incluyen tímidamente en Rodi *et al*, 2008: 201 y Durán Leite y Martens Molas, 2009: 172.

incluidas las mujeres. La autora cree efectivamente que las mujeres han participado muy poco del proceso de construcción de estos sistemas y como resultado de ello, están, como en muchos otros espacios, invisibles (Cfr. Beauvoir, 1949: 3).

Desde otra perspectiva, la cuestión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en general, y el ámbito de la salud sexual y reproductiva, en particular, son temas insuficientemente abordados por las políticas públicas en el país (Cfr. Forestieri *et al* 2008: 454 - 464; Moragas, 2009: 337 – 348). Tal vez porque ese abordaje implique tomar posturas con relación a temas socialmente más ligados a la moral que a los derechos humanos (Cfr. Gutiérrez, 2002: 62).

Cambiar del enfoque moral al enfoque de derechos es fundamental para poder abordar este tema desde su real dimensión. Con mayor razón, si se tiene en cuenta que la negativa a abordarlo o directamente abordarlos “por omisión” tiene consecuencias gravísimas, que pueden verse en las altas tasas de muerte materna, las cuales sitúan a Paraguay entre los primeros de la región (Cfr. Unicef, 2008: 3).

La autora encuentra un interés especial en poder indagar el “cruce” entre estas dos temáticas. Por un lado, la salud sexual y la salud reproductiva, donde probablemente de forma más clara se puede ver la manera en que son vulnerados los derechos humanos de las mujeres (finalmente, son sus vidas las que están en juego). Por otro lado, la situación de las mujeres privadas de libertad, que legalmente tienen restringido solo el derecho a la libertad de movimiento, no así los otros derechos.

En este sentido, al privar de libertad a una persona, el Estado asume la obligación de garantizarle el goce de todos sus otros derechos (Cfr. Resolución 01/08 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos). Adicionalmente, Paraguay asumió compromisos en materia de derechos humanos a través de la ratificación de varios instrumentos internacionales en esa materia. En este trabajo, se utilizará como marco de referencia aquellos e instrumentos que reconozcan el derecho a la salud sexual y reproductiva como parte del derecho a la salud de las mujeres, aquellos relativos a los derechos de las mujeres

privadas de libertad y las recomendaciones emanadas de diversos órganos de vigilancia de los tratados y otros mecanismos de protección de derechos humanos con relación al tema.

1.3. Formulación del problema

Por todo esto, en esta investigación se buscará responder a la pregunta: ¿Cuál es la relación entre las normativas y las políticas de salud sexual y reproductiva y el modo en que las mujeres privadas de libertad ejercen su derecho a la salud sexual y reproductiva?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Evaluar la efectividad de la política penitenciaria en materia de salud sexual y reproductiva en mujeres privadas de libertad en la penitenciaría de mujeres de Asunción, Paraguay

1.5. Objetivos específicos

1. Diagnosticar la situación actual de salud sexual y reproductiva y del sistema penitenciario en Paraguay con enfoque de derechos y de género.
2. Evaluar la efectividad de la política de salud sexual y reproductiva en mujeres privadas de libertad a partir del análisis de la adecuación a estándares de derechos humanos y de género de la normativa y política penitenciarias vigentes en materia de salud sexual y reproductiva.
3. Realizar propuestas concretas de mejoramiento de la normativa y política penitenciaria actuales para que se adecuen a los enfoques de derechos y de género.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

En orden a establecer las conceptualizaciones fundamentales de esta investigación, el marco teórico se organiza en un recorrido que se inicia con la noción de derechos, sus componentes, sus normativas y mecanismos de protección; continúa con el enfoque de género, sus nociones fundantes en relación al poder y sus cuestionamientos a la construcción del concepto de los derechos humanos; para luego proceder a concentrarse en las nociones de políticas públicas, sus relaciones con los derechos y el género y las cuestiones de efectividad.

Tras ello, se propone una concentración en las nociones de salud sexual y salud reproductiva tanto en cuanto derechos como en cuanto a su efectivización; y, finalmente, se aborda la cuestión de las mujeres privadas de libertad. Este conjunto permite contar con una aproximación teórica a la situación actual, que viene descrita en los hallazgos (capítulo 4).

2.1. Derechos Humanos

2.1.1. Conceptualización de los derechos humanos

Los derechos humanos son atributos inherentes a toda persona por su sola condición de serlo, sin distinción de edad, raza, sexo, nacionalidad, clase o cualquier otra condición social. Si bien existen numerosos instrumentos internacionales que reconocen y delimitan el contenido de los derechos humanos, su existencia no está supeditada al reconocimiento jurídico o a su positivización (IIDH, 2004: 72).

Los orígenes de este concepto se confunden con el intento de imprimir al orden social y político un contenido ético; entre sus primeras expresiones en el siglo XVIII puede mencionarse el surgimiento de la teoría del contrato social de John Locke, de la separación de poderes de Montesquieu y de la soberanía popular de Rousseau (Medina y Nash, 2003:

4). Los derechos humanos nacen desde la necesidad de proteger a las personas frente a los excesos en el ejercicio del poder por parte de los gobernantes (Medina y Nash, 2003: 4).

Los derechos humanos tienen las siguientes características:

- Universales: son inherentes a todas las personas en todos los sistemas políticos, económicos y culturales;
- Irrenunciables: no se pueden trasladar a otra persona ni renunciar a ellos;
- Integrales, interdependientes e indivisibles: se relacionan unos con otros, conforman un todo (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) y no se puede sacrificar un derecho por defender otro; y
- Jurídicamente exigibles: al estar reconocidos por los Estados en la legislación internacional y nacional, permite exigir su respeto y cumplimiento (IIDH, 2004: 72)

Son indivisibles e interdependientes porque tales derechos no se pueden fraccionar, o priorizar unos frente a otros. Además, como los derechos están intrínsecamente relacionados, la realización de todos y cada uno de ellos es indispensable para el pleno goce de los demás derechos.

Una de las características más importantes, y que diferencian fundamentalmente los derechos humanos de derechos de otro tipo es el sujeto obligado al cumplimiento y garantía de los mismos: el Estado. Solo el Estado puede violar, de diversas maneras, los derechos humanos de las personas, así como es el Estado el que debe garantizar el cumplimiento de los derechos humanos de las personas.

En este sentido es interesante recordar el artículo 5 de la Declaración de Viena, adoptada en la Conferencia de Derechos Humanos en 1993, que establece:

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales, y regionales, así como los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero

los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (Declaración de Viena, art. 5)

2.1.2. Enfoque de Derechos Humanos

Según las Naciones Unidas, el enfoque de derechos humanos se define como:

[...] un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y protección de los derechos Humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro del desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo (OACDH, 2006: 22).

El enfoque de derechos consiste en un *corpus* de principios y estándares que se definen de acuerdo con las normas de los pactos y tratados de derechos humanos, pero también a partir de la interpretación que realizan los comités de los pactos y otras instancias del sistema internacional y regional de derechos humanos

2.1.3. Clasificación

Se han realizado diversas clasificaciones de los derechos humanos. Una de las más conocidas (incluso muy estudiada en las universidades) es la de clasificación en generaciones. Se consideraba como de primera generación a los derechos civiles y políticos, de segunda generación a los económicos, sociales y culturales y de tercera generación a los ambientales. Si bien, es una de las más conocidas, actualmente se encuentra en desuso y presenta la desventaja de que a partir de ella, en ocasiones se consideraba una jerarquía donde los primeros resultaban más importantes que los segundos y los terceros. Por otra parte, esta clasificación se realizó siguiendo la secuencia de aprobación de los instrumentos. Con el devenir de los tiempos y los diversos instrumentos aprobados, seguir respondiendo a este esquema se fue tornando inviable (Bareiro, 2001:7).

Actualmente se plantean ordenamientos simplemente del tipo de derechos: como grupos de derechos civiles y políticos; económicos, sociales y culturales (DESC), ambientales, de los pueblos; o específicos de la niñez, de las mujeres, de las personas con discapacidad, de los y las migrantes, etc.

Una de las principales distinciones se da entre los Derechos Civiles y Políticos (DCP) y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Entre las diferencias sustanciales se encuentra el hecho de que los primeros se caracterizan por el carácter mayoritario de las obligaciones negativas (obligaciones de no hacer) que establecen, mientras que los DESC implican el nacimiento de las obligaciones positivas (obligaciones de hacer). De todas maneras, esta distinción no implica que los Estados no tengan obligaciones positivas con relación a los DCP.

[El cumplimiento de los DCP] impone obligaciones a los agentes del Estado, una de las cuales es asegurar el goce efectivo de los derechos humanos a todas las personas bajo su jurisdicción. Esto implica que no sólo regula la conducta de los agentes del Estado, sino que también obliga al Estado a procurar que los particulares no violen los derechos humanos de terceros a través de sus acciones (Medina y Nash, 2003: 4).

Por otra parte, se hace referencia a otra diferenciación que usualmente se esgrime que para los DCP corresponden obligaciones de resultados, mientras que para los DESC corresponden obligaciones de conducta, lo cual trae aparejado consecuencias diferenciadas al momento de determinar las violaciones de derechos humanos por un Estado en concreto, en virtud de los tratados internacionales (Cfr. Abramovich y Curtis, 2002).

2.1.4. El derecho internacional de los derechos humanos.

Obligaciones del Estado paraguayo

Los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos surgen luego de la Segunda Guerra Mundial, como una reacción y una respuesta de la comunidad internacional ante el horror de los abusos cometidos durante el conflicto.

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos es “un sistema de principios y normas”. Sus fuentes son los principios generales, las normas consuetudinarias, las normas convencionales, los actos de la Organización Internacional, y el consenso de los Estados” (Villán Durán, 2002: 86).

Los tratados son normas convencionales regidas por el Convenio de Viena de 1969 sobre el derecho de los tratados. Tienen carácter obligatorio para los Estados que los suscriben y ratifican, esto es, los vuelven ley en sus jurisdicciones. Los tratados de derechos humanos tienen como objetivo común la protección de todos estos derechos. Las declaraciones y los principios no tienen carácter obligatorio, aunque se reconoce su importancia en cuanto normas que deben guiar la interpretación de los tratados.

En Derecho Internacional, los tratados o convenciones tienen por finalidad establecer derechos y obligaciones recíprocas entre las partes, siendo las partes normalmente dos Estados u ocasionalmente un Estado y una organización internacional. En materia de derechos humanos, por el contrario, aunque los tratados se celebran entre Estados, no emergen de ellos sólo obligaciones y derechos entre los Estados, sino que principalmente derechos para los individuos y obligaciones para los Estados, porque su objetivo es la protección de los derechos de las personas frente al Estado (Medina y Nash, 2003: 8)

En definitiva, se trata de derechos oponibles *erga omnes*, de los individuos frente a los Estados, lo que los convierte en titulares principales de dichos instrumentos. El Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales (Pidesc) y sus protocolos, junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el ámbito de las Naciones Unidas, son los principales instrumentos jurídicos para la protección de esos derechos.

El Estado paraguayo incorpora constitucionalmente los instrumentos de derechos humanos al orden jurídico interno a través de su ratificación y entre otras, asume la obligación de

armonizar el derecho interno conforme lo establecido por dichos instrumentos, que tienen un rango superior a las leyes dictadas por el Congreso (art. 137, Constitución⁴).

CUADRO 1. Instrumentos del sistema universal de protección de derechos humanos ratificados por Paraguay y relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva

Instrumento	Aprobación y entrada en vigor	Ratificación por Paraguay
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc)	16/12/ 1966 03/01/1976	09/04/1992 (ley 4/92)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)	16/12/1966 23/03/1976	09/04/1992 (ley 5/92)
Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por su sigla en inglés)	18/12/1979 03/09/1981	07/07/2003 (Ley 2128/03)
Convención sobre los derechos del niño (CDN)	20/11/1989 02/09/1990	20/09/1990 (Ley 57/90)
Convención Internacional sobre la eliminación de toda forma de discriminación racial (CEDR)	21/12/1965 04/01/1969	07/07/2003 (Ley 2128/03)
Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares	18/12/1990 01/07/1990	09/04/2008 (Ley 3452/08)

⁴ **ARTICULO 137 - DE LA SUPREMACIA DE LA CONSTITUCION.** La ley suprema de la República es la Constitución. Esta, los tratados, convenios y acuerdos internacionales aprobados y ratificados, las leyes dictadas por el Congreso y otras disposiciones jurídicas de inferior jerarquía, sancionadas en consecuencia, integran el derecho positivo nacional en el orden de prelación enunciado.

familias (CMW, por su sigla en inglés)		
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)	13/12/2006 03/05/2008	24/07/2008 (Ley 3540/08)

Fuente: Bareiro y González, 2009: 10

De entre los tratados referidos, aquél que incluye significativamente la descripción del derecho a la salud es el Pidesc, por lo que se presenta una referencia a sus contenidos:

En su preámbulo, este tratado establece enfáticamente, que “no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos” dejando en claro el mismo rango entre ambos tipos de derechos. (Pautassi, 2010: 34).

Los derechos reconocidos en el Pidesc, así como en otros tratados, establecen garantías de los derechos económicos, sociales y culturales para las personas y las comunidades. Esto significa que los Estados reconocen jurídicamente su obligación con relación a los derechos consagrados en el Pacto y se establece claramente la relación entre dos partes: los titulares de derechos (las personas sujetas a la jurisdicción de un Estado) y el responsable del cumplimiento de los derechos, que son los Estados.

El Pidesc, señala que los Estados se obligan a:

Adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacional, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos (Pidesc, artículo 2.1.)

El sistema interamericano de protección de los derechos humanos está conformado por aquellos tratados y órganos de aplicación e interpretación creados por la Organización de Estados Americanos (OEA), de la cual Paraguay es parte. A continuación se citan los

principales instrumentos internacionales del sistema interamericano ratificados por Paraguay:

- La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH - Pacto de San José de Costa Rica) es el instrumento fundamental de este sistema. Fue ratificada por Paraguay como Ley n° 1/1989, marcando así tras la caída del dictador Alfredo Stroessner el ingreso de Paraguay a la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) y el compromiso del Estado de respetar los derechos y libertades reconocidos en la CADH. Fue adoptada el 22 de noviembre de 1969 y entró en vigor el 18 de julio de 1978. El Estado paraguayo la ratificó el 18 de agosto de 1989, por ley n° 1/89. En sus capítulos establece los deberes de los Estados Partes; los derechos civiles y políticos; los derechos económicos, sociales y culturales; la suspensión de garantías, interpretación y aplicación; los deberes de las personas y los órganos competentes que son la CIDH y la Corte IDH.
- El Protocolo adicional a la CADH en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador). Este protocolo fue adoptado el 17 de noviembre de 1988 y entró en vigor: 16 de noviembre de 1999. La ratificación del Estado paraguayo se dio por ley n° 1040/97 del 16 de abril de 1997. Este protocolo establece la obligación de adoptar medidas tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, a fin de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos; la obligación de no discriminación alguna; la enumeración de los derechos económicos, sociales y culturales (al trabajo, a la educación, a la salud, a la alimentación, entre otros).
- La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará). Esta convención fue adoptada el 9 de junio de 1994 y entró en vigor el 5 de marzo de 1995. Fue ratificada por Paraguay el 21 de junio de 1995, con la ley n° 605/95. En sus capítulos establece la definición de violencia contra la mujer, el ámbito de aplicación; los derechos protegidos; los deberes de los Estados partes y los mecanismos de protección (Comisión interamericana de mujeres, la Corte Interamericana de Derechos

Humanos –Corte IDH- para emitir opiniones consultivas sobre la interpretación de esta convención y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos –CIDH- para recibir peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de su artículo 7).

2.1.5. Tipos de obligaciones

Las obligaciones de los Estados se denominan generales o genéricas y hacen referencia al respetar, proteger y satisfacer los estándares de derechos humanos, entendidos estos como “aquellos parámetros que describen cierta calidad de vida”.

1. Respetar: esta obligación se refiere a que los Estados deben abstenerse de tomar medidas que no obstaculicen o impidan el goce de los derechos humanos, lo que quiere decir que el Estado no debe destruir los estándares alcanzados. Esto implica para los Estados obligaciones negativas pues les dice lo que no deben hacer.
2. Proteger: ésta es una obligación de carácter positivo pues exige a los Estados actuar y no abstenerse de hacerlo. Además, le exige al Estado medidas que impidan que terceros obstaculicen el disfrute de un estándar de derecho y afecten la calidad de vida de las personas.
3. Realizar: ésta es otra obligación positiva para los Estados en cuanto al cumplimiento de los estándares de derechos humanos, y se refiere a las medidas que éstos deben tomar para cumplir y satisfacer los derechos. Tales medidas pueden ser de carácter legislativo, administrativo, presupuestal, judicial, educativas, entre otras. (Suárez Sebastián, 2008: 23).

Sobre la obligación de adoptar medidas “hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente” el cumplimiento de los derechos, de acuerdo a la Observación General N° 3 del Comité DESC (1990), los Estados tienen tanto obligaciones de comportamiento como obligaciones de resultado.

En particular, aunque el Pacto contempla una realización paulatina y tiene en cuenta las restricciones derivadas de la limitación de los recursos con que se cuenta, también impone varias obligaciones con efecto inmediato (Comité DESC, 1990: párrafo 1).

En este sentido se reconoce que la obligación de “adoptar medidas” no queda condicionada a ninguna otra consideración.

Así pues, si bien la plena realización de los derechos pertinentes puede lograrse de manera paulatina, las medidas tendentes a lograr este objetivo deben adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del Pacto para los Estados interesados. Tales medidas deben ser deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones reconocidas en el Pacto (Comité DESC, 1990: párrafo 2).

2.2. Género

Si bien, se reconoce la existencia de diferentes concepciones de las nociones de “género” y sus implicancias, a los fines prácticos operativos del presente estudio, se ha optado por exponer aquellas conceptualizaciones que mejor pueden contribuir al proceso de trabajo.

2.2.1. Concepto y perspectiva de género

El concepto “género” designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, es decir, se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer y hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder/subordinación en que estas interrelaciones se presentan.

Gayle Rubin (1996), señala la necesidad de determinar la parte de la vida social que es el *locus* (el lugar) de la opresión de las mujeres, de las minorías sexuales y de ciertos aspectos de la personalidad humana, designa ese lugar como el “sistema sexo/género”.

El sistema sexo/género es el conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en “productos” culturales, cada sociedad arma un sistema sexo/género, o sea, un conjunto de normas a partir de las cuales la materia cruda del sexo humano y de la procreación es moldeada por la intervención social. En

cada cultura la pulsión sexual es satisfecha de una manera que se considera convencional, aunque pueda resultar muy extraña a ojos de otras culturas” (Rubin, citada por Lamas, 2002: 39)

Este sistema ha determinado tanto la posición social diferenciada para mujeres y hombres como las relaciones desiguales entre ambos. El Sistema Sexo-Género históricamente ha generado una situación de discriminación y marginación de las mujeres en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, así como en los ámbitos público y privado, estableciendo muy clara y diferenciadamente la intervención de los hombres en la esfera productiva y de las mujeres en la reproductiva.

Esta posición social diferenciada se construye a partir de la asignación de papeles, espacios, características e identidades diferentes para cada persona, en razón de su sexo biológico, lo que da como resultado una situación diferenciada (en términos de derechos, valores, oportunidades) y un código complejo que organiza y regula las relaciones entre los sexos.

2.2.2. Relaciones de género, relaciones de poder

Con relación al poder, Michel Foucault plantea pensar en el poder:

Como una relación y no como un atributo, una propiedad o una cosa. No es una propiedad que se transmite sino una relación de fuerzas que se ejerce (Foucault, citado por Donda, 2003: 56).

El sistema sexo-género vigente produce una relación desigual de poder entre mujeres y hombres que tiene que ver con una distribución desigual de conocimientos, propiedad e ingresos, responsabilidades y derechos. Es, por lo tanto, una dimensión de desigualdad social (De Barbieri, 1992).

Por su parte, Joan Scott (1986) propone que:

[...] el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos [...] [y] una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1986).

Por lo tanto, dentro de la lógica del poder, se inscribe la lógica de género. Esta lógica es, según Bourdieu (1988), la forma paradigmática de la violencia simbólica, definida por él como aquella violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento. Además, Bourdieu sostiene que la lógica masculina está tan fuertemente arraigada que no requiere justificarse, se asume como evidente, como “natural”.

Con relación a esto, Simone de Beauvoir afirma:

La relación de los dos sexos no es la de dos electricidades, la de dos polos: el hombre representa a la vez el positivo y el neutro, hasta el punto de que en francés se dice «los hombres» para designar a los seres humanos, habiéndose asimilado la acepción singular de la palabra «vir» a la acepción general de la palabra «homo». La mujer aparece como el negativo, ya que toda determinación le es imputada como limitación, sin reciprocidad (Beauvoir, 1949: 3).

Con esto, afirma que el mundo está construido sobre la base de la centralidad del hombre, de lo masculino y que lo femenino, se construye como aquello que es “lo otro”, lo que no es masculino.

La mujer se determina y se diferencia con relación al hombre, y no éste con relación a ella; la mujer es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, él es lo Absoluto; ella es lo Otro (Beauvoir, 1949: 4).

Por lo tanto, las relaciones de género son relaciones de poder, donde el hombre, lo masculino, ocupa un lugar central y la mujer, lo femenino, ocupa un lugar periférico. Reconocer que las relaciones de género se basan en desigualdades, donde las mujeres y lo relativo a ellas es menos visible y valorado es necesario para realizar un análisis real y completo de la realidad e indispensable perspectiva para analizar las políticas públicas.

2.2.3. La perspectiva de género

Esta mirada es la que explica, interpreta y reconstruye el mundo, partiendo del reconocimiento de las relaciones históricas de poder establecidas entre los géneros y que son favorables para los hombres como grupo social y desfavorables para las

mujeres. También se le denomina ‘enfoque de género’, mirada que pretende la integración en el diseño político de las situaciones, necesidades, deseos y capacidades específicas de las mujeres” (Instituto de la Mujer de Castilla- la Mancha, 2009: 24)

Evaluar con perspectiva de género⁵ supone a grandes rasgos:

- medir la distinta situación de partida y diferentes necesidades de hombres y mujeres;
- analizar cómo las políticas contribuyen a disminuir las desigualdades entre los sexos en función de las necesidades detectadas;
- identificar hasta qué punto las mujeres participan en el diseño, implementación y evaluación de las políticas.

La perspectiva de género implica, por un lado una mirada crítica a la visión del mundo basada únicamente en lo masculino y, por otro lado, implica una resignificación de la realidad social, de la historia, de la cultura, de la economía y de las políticas públicas.

Algunos errores comunes en la aplicación de la perspectiva de género son la utilización de la palabra género como sinónimo de “mujer”; entender que la perspectiva de género se trata hablar solo de la “problemática de las mujeres” y no analizar las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres y, finalmente, que se trata de “adaptar” a las mujeres al mundo de los hombres.

De lo que se trata, en definitiva, es en reconocer y analizar cómo se dan estas relaciones desiguales de poder en el marco de las relaciones sociales y de las políticas públicas y de proponer acciones concretas que permitan erradicar estas desigualdades.

⁵ Espinoza Fajardo, Julia. Apuntes clases presenciales III Master de Evaluación de políticas públicas. UNIA, 2010

2.2.4. Derechos humanos con perspectiva de género

Históricamente, los derechos humanos fueron creados pensando principalmente por hombres y en una lógica masculina. Así, en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, documento nacido luego de la Revolución Francesa de 1789, se estaba realmente pensando en el hombre y el ciudadano y no en la mujer y la ciudadana. Mucho se ha insistido en que lo que se debía entender cuando expresaba “del hombre y el ciudadano” era que se refería a todas las personas. Este argumento podría aceptarse, de no haber sido por los acontecimientos que se sucedieron luego.

Olympe de Gouges, dos años después escribió y difundió su Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana, donde contestaba la visión masculina desde donde se había elaborado la primera, incorporando a las mujeres y reivindicando los mismos derechos para las mujeres. El artículo 1 establecía: “La mujer nace libre y permanece igual al hombre en derechos”. Esto hubiera sido una anécdota, de no haber sido porque a la autora le costó la cabeza, literalmente. Olympe de Gouges fue guillotizada por orden de Robespierre en 1793. “Todos los hombres...” no significa que todas las mujeres estén incluidas.

En 1948 los Estados integrantes de las Naciones Unidas proclaman la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). Gracias al poder a la influencia de la ex primera dama de los Estados Unidos, Eleanor Roosevelt, se consiguió que se llamen derechos humanos para que incluyera a las mujeres. De todas maneras, se sigue discutiendo que a pesar de este cambio, la DUDH sigue estando escrita en clave masculina. Tal como señala Line Bareiro:

[...] al decir que estaban en clave masculina, se hace referencia a que atendían a las violaciones que les sucedían principalmente a los hombres, por actuar en el ámbito público o por cuestiones vinculadas a la producción. El universal humano dejaba de lado lo que sucedía en el ámbito privado y en el reproductivo, así como al conjunto de derechos sexuales y de derechos reproductivos, a excepción del libre consentimiento para contraer matrimonio (IIDH, 2001: 8).

No fue sino hasta 1979, cuando se adoptó la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw, por su sigla en inglés), que se considera además del primero, el principal instrumento de derechos humanos de las mujeres. No solamente está pensado en femenino, sino que une lo público y lo privado⁶, lo productivo y lo reproductivo.

La Cedaw definió la discriminación contra la mujer en los siguientes términos:

[...] la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión a restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (Cedaw, art. 1).

Por otra parte, el Plan de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), señala expresamente que:

[...] los derechos humanos de la mujer y la niña, son parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer en condiciones de igualdad (en la vida política, económica, social y cultural) y la erradicación de todas formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional (párrafo 18).

Tal como se afirmó anteriormente, la perspectiva de género nos permite visualizar cómo están construidas las relaciones de poder en la sociedad. La discriminación contra la mujer ha sido parte de la historia de la humanidad y utilizar la perspectiva de género nos permite entender por qué la doctrina de los derechos humanos, que se ha ido transformando a lo

⁶ Esta diferenciación de lo público/privado, lo productivo/reproductivo se basa en la “división sexual del trabajo que es la diferenciación de las actividades para unas y otros, adjudicando diferentes espacios en función del género, correspondiendo fundamentalmente a las mujeres desarrollar la actividad en el ámbito doméstico considerado como reproductivo y a los hombres en el ámbito público considerando como productivo.

largo de la historia, va incorporando y reconociendo de manera explícita los derechos de las mujeres.

Las violaciones de derechos humanos de las mujeres no derivan únicamente del texto de la ley, sino de la interpretación, valoración y aplicaciones que le dan las personas en las instituciones públicas y privadas. La perspectiva de género implica reconocer que nadie mira la realidad “desde ninguna parte”, y sin “perspectiva”, nunca se mira e interpreta la realidad de manera “neutral”.

Uno de los principales aportes de la perspectiva de género a la teoría y práctica de los derechos humanos consiste en su cuestionamiento a las estructuras políticas, sociales y culturales, para promover cambios fundamentales que mejorarán la vida tanto de mujeres como de hombres.

El valor de cambio político y cultural de la perspectiva de género reside en:

- Evidenciar que los roles y estereotipos asignados a mujeres y hombres son patrones socioculturales, creados por la sociedad y no obra de la naturaleza, por ello y en la medida que esas asignaciones sociales generan desigualdad y discriminación, pueden y deben ser transformadas.
- Los cambios y avances que se logren realizar beneficiarán a toda la sociedad, no solamente a las mujeres (IIDH, 2008: 16).

2.3. Políticas Públicas

Se reconoce que las concepciones de las políticas públicas son diversas y responden además a los diversos contextos y esquemas políticos. Sin embargo, a los fines del presente estudio se exponen los conceptos de políticas públicas y efectividad que mejor puedan contribuir a este proceso de investigación.

2.3.1. Concepto. Las políticas públicas en leyes, planes y programas

Las políticas públicas son el conjunto de decisiones cuyo objeto es la distribución de determinados bienes o recursos. En este proceso se encuentran en juego bienes o recursos que pueden afectar o privilegiar a determinados individuos y grupos (Kauffer, 2009: 2).

Otro elemento a considerar es que las políticas públicas se refieren a actividades materiales y también a actividades simbólicas que gestionan las autoridades políticas.

Esto último consta de dos elementos: el primero es el actor primero de las políticas: las autoridades públicas. El segundo nos dice que al considerar las políticas públicas, “debemos tomar en cuenta acciones concretas y elementos aparentemente insignificantes, tales como los simbólicos” (Kauffer, 2009: 4).

Para entender lo importante la definición de Thoenig (1985) que se refiere a “lo que los gobiernos deciden realizar o no realizar”. Aquí es importante aclarar que no se trata de afirmar que no actuar es una política pública, sino que la decisión de no actuar ante un problema conforma en sí una política pública.

Otro elemento de la definición se refiere a que el conjunto de decisiones no es una acción aislada, o medidas apartadas y que en el proceso están en juego bienes o recursos, que se distribuyen con determinado criterio.

Las políticas públicas se expresan a través de leyes, planes y programas. Las leyes son normas jurídicas dictadas por la autoridad competente. Las políticas públicas pueden estar inscritas además en planes y/o programas, que son un conjunto de medidas y procedimientos a ser aplicados para obtener un fin propuesto.

2.3.2. Efectividad de las políticas públicas

La efectividad, es la “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera” (RAE). Se trata de evaluar los efectos de las políticas públicas diseñadas, tomando en consideración la

normativa, los planes y las prácticas. Los procesos de mensurabilidad de la efectividad pueden estar atravesados por las expectativas sociales y políticas de resultados, por los necesarios procesos sociales en que se enmarcan y por la imputabilidad de los resultados a los procesos promovidos desde las políticas públicas.

2.4. Salud Sexual y Salud Reproductiva

2.4.1. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DDSS y DDDR).

Su relación con la salud sexual y la salud reproductiva

El debate sobre la conceptualización, contenido, límites y regulación de los DDSS y DDDR como derechos humanos es relativamente reciente y la misma nace desde la necesidad de ampliar la mirada y no limitar lo sexual y lo reproductivo al ámbito de la salud.

Existen diversas iniciativas de la sociedad civil que buscan impulsar el debate sobre el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos⁷. Incluso se plantea sobre la posibilidad de regularlos jurídicamente, a fin de contar con herramientas normativas que permitan exigir acciones concretas de los Estados.

Se define a los derechos sexuales como: derechos humanos relacionados con la sexualidad. Los derechos sexuales incluyen pero trascienden la protección de identidades particulares. Los derechos sexuales promueven la capacidad de decidir autónomamente sobre la sexualidad y garantizan que cada persona tenga derecho a la realización y expresión de su sexualidad, sin coerción, discriminación o violencia, y en

⁷ Una de las iniciativas más representativas constituye la Campaña por una Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, iniciada en 1999. La misma lleva desde entonces un proceso de debate teórico y social sobre el contenido de los DDSSyDDRR. Más información disponible en: www.convencion.org.uy, consultado el 10 de marzo de 2011.

un contexto respetuoso de la dignidad (Propuesta de Convención Interamericana DSS y DDRR, en adelante, Propuesta de Convención, art. 4)

Los derechos sexuales, conforme a la Asociación Mundial de Sexología (WAS, 1997), comprenden: los derechos a la libertad sexual, a la autonomía, a la integridad y seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad sexual, a la equidad sexual, al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la libre asociación sexual, a la toma de decisiones libres y responsables en el ámbito de la reproducción, a recibir información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral y a la atención de la salud sexual.

En tanto, los derechos reproductivos son:

Derechos humanos relacionados con la reproducción y las decisiones y prácticas reproductivas de las personas. Los derechos reproductivos promueven la capacidad de decidir autónomamente sobre la reproducción y garantizan que cada persona tenga acceso a las condiciones y los medios que permitan la realización y expresión de sus decisiones reproductivas, sin coerción, discriminación o violencia y en contexto respetuoso de la dignidad (Propuesta de Convención, art. 4).

Es importante subrayar que debe hablarse de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como ámbitos que, si bien están relacionados, deben plantearse teórica y prácticamente como ámbitos diferenciados, “porque la vinculación entre sexualidad y reproducción diluye la importancia de ambas como campos separados de la realización humana” (Cfr. Manifiesto. Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2007).

Alice Miller sostiene que la vinculación entre derechos sexuales y derechos reproductivos ha tenido por resultado que se considere a los derechos sexuales como una subcategoría de los derechos reproductivos, lo que ha tornado invisibles las reivindicaciones de los derechos sexuales.

La idea de que los derechos sexuales son un subconjunto de los derechos reproductivos oculta los procesos socialmente construidos que vinculan la heterosexualidad a la

procreación y el matrimonio. En otras palabras, vuelven a ubicar la reproducción como el campo principal para la sexualidad (Miller, 2002: 132)

Por otra parte, es necesario recordar que estos debates en el ámbito de los derechos humanos se originaron a partir de la visibilización del derecho a la salud sexual y la salud reproductiva como derechos humanos, vinculándose como partes integrantes de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Como lo ha señalado el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Salud, el neozelandés Paul Hunt, si bien la salud es fundamental para los derechos sexuales, no todos los derechos sexuales tienen que ver con ella.

Este enfoque convierte el sexo en algo aséptico y le quita todo elemento provocador, también lo simplifica eludiendo su diversidad, su asociación con el placer y su compleja relación con el poder (Miller, 2010: 40).

2.4.2. La Salud como un derecho humano.

La salud sexual y la salud reproductiva como parte del derecho a la salud

Derecho a la salud en el ámbito de los derechos económicos, sociales y culturales

En el ámbito de los derechos económicos, sociales y culturales, nos centraremos específicamente en el derecho a la salud, definido en el Pidesc:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Pidesc, art. 12.1).

Sobre el contenido del derecho a la salud en el marco del Pidesc, el Comité DESC, en su Observación General n° 14 (2000), establece las cuestiones sustantivas que se plantean con relación al artículo 12 del pacto.

Así, plantea dos cuestiones importantes: por un lado, los derechos contenidos en el derecho a la salud, entre los que se encuentran la salud sexual y la salud reproductiva. Por otra parte, algunas obligaciones legales generales y específicas con relación al derecho a la salud.

En cuanto al contenido normativo del artículo 12, el Comité establece que el derecho a la salud no debe entenderse de manera restringida como el “derecho a estar sano” (Comité DESC, 2000: párrafo 8).

El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica [sic]⁸, 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 (Comité DESC, 2000: párrafo 8).

Al mismo tiempo establece que 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 (Comité DESC, 2000: párrafo 9).

Por otra parte, interpreta el derecho a la salud con un criterio inclusivo, que:

[...] no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como [...] acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2000: párrafo 11).

A su vez, al interpretar el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del PIDESC, establece:

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: [...] La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (Comité DESC, 2000: párrafo 2 lit. a);

⁸ Nota: El texto original de la presente recomendación se encuentra en inglés y en este apartado establece: *The freedoms include the right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom*, razón la cual entenderemos los términos “genésica/o” y “reproductiva/o” como equivalentes

En tanto explicita que se deben adoptar medidas para mejorar:

[la] salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (Comité DESC, 2000: párrafo 2).

Define, entonces, la salud reproductiva al afirmar:

[...] 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 (Comité DESC, 2000: nota 12, párrafo 14)

Elementos esenciales del derecho a la salud

El Comité establece asimismo, que el derecho a la salud abarca los siguientes “elementos esenciales e interrelacionados” (2000: párrafo 12), que serán tomados como estándares de cumplimiento mínimo a ser evaluado:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas⁸ acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (Comité DESC 2000: párrafo 12).

Al mismo tiempo, hace referencia a que el Pacto prohíbe toda discriminación en el acceso a la atención de la salud:

“por motivos de 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” (Comité DESC, 2000: párrafos 18 y 19).

En el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, con relación a la discriminación, existen las llamadas “categorías sospechosas” que son los motivos que merecen la mayor atención, de cuya invocación debe sospecharse o que con mayor probabilidad serán injustificados y son la raza, el sexo y la religión (Cfr. Bayefsky, 1990: 19)

Obligación de respetar, proteger y cumplir en el ámbito de la salud

De igual manera que en todos los derechos humanos, las obligaciones emanadas del ámbito del derecho a la salud comprenden la de respetar, proteger y cumplir (Comité DESC, 2000: párrafo 33). La obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover.

La obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos o detenidos [...] a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. [...] Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u

otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto [...] (Comité DESC, 2000: párrafo 34).

La obligación de proteger incluyen obligaciones de los Estados como:

Adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros [...]. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia [...], y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, [...] (párrafo 35)

La obligación de cumplir requiere que los Estados reconozcan suficientemente el derecho a la salud:

En sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. [...] La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura [...], así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica. [...].

La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición. La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos

vulnerables o marginados; [...] iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud. (Párrafo 37)

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la salud sexual y la salud reproductiva son partes integrantes del derecho a la salud.

[La salud sexual] es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural, relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Par que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (OMS/OPS/WAS, 2000: 6)

Tal vez esta definición a primera vista pudiera resultar un tanto difusa y poco clara. La definición de salud sexual es bastante más compleja que el de salud reproductiva, ya que se trata de no limitar la salud sexual a determinadas cuestiones que pudieran terminar relacionándose con identidades particulares, con prácticas sexuales determinadas o que pudiera terminar circunscribiéndose únicamente al tratamiento de dolencias, trastornos o enfermedades, dejando de lado la enorme riqueza de la sexualidad humana.

En tanto que el concepto de salud reproductiva ha sido definido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo, 1994 en los siguientes términos:

[...] 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 y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos 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 y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (CIPD, 1994: párrafo 7.2)

Si bien ya ha sido señalado más arriba es importante hacer hincapié en que la salud sexual y la salud reproductiva son dos ámbitos vinculados, pero independientes. El Relator Especial sobre el derecho a la salud, Paul Hunt ha subrayado que “la salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones del bienestar humano íntimamente relacionadas, pero distintas” (Hunt, 2004: párrafo 51)

2.5. Mujeres privadas de libertad

2.5.1. Sistema penitenciario

La privación de libertad de las personas es una potestad del poder público, emanado de la Constitución (art 11⁹). La privación de libertad puede darse a partir de dos situaciones:

- Cuando una persona está “procesada” (o en prisión preventiva), es decir cuando se está investigando y aún no se ha deslindado su responsabilidad en el marco de un proceso

⁹ ARTICULO 11 - DE LA PRIVACION DE LA LIBERTAD. Nadie será privado de su libertad física o procesado, sino mediando las causas y en las condiciones fijadas por esta Constitución y las leyes.

penal, situación en la cual opera plenamente la presunción de inocencia, que tiene rango constitucional (art. 17.1¹⁰); y

- Cuando una persona está condenada, en virtud de una sentencia firme emanada de un juicio llevado con las formalidades del debido proceso.

Con relación a esto, se observa que en los países latinoamericanos, en general existe una utilización excesiva de la prisión preventiva (Cfr. Noel Rodríguez, 2004: 2). En Paraguay la situación es la misma, ya que actualmente del total de 222 mujeres privadas de libertad en la Correccional de Mujeres de la ciudad de Asunción, “Casa del Buen Pastor” (en adelante el Buen Pastor), 154 se encuentran en prisión preventiva y 68 condenadas¹¹.

En términos cuantitativos, la población femenina en el régimen penitenciario es visiblemente menor que la población masculina¹². Esto ha tenido varias interpretaciones desde la criminología.

Diversos autores coinciden en que la criminología ha visto con cierta ceguera la delincuencia femenina (Cfr. Larrauri, 2008: 2; Birgin, 2000: 10; Mettifogo, 2001: 75). Una de las explicaciones se basa en que las mujeres delinquen significativamente menos que los hombres. Si se toma en cuenta aisladamente las cifras consignadas más arriba, esta parece ser una explicación suficiente.

Si se analizara más profundamente desde una perspectiva de género, y coincidentemente con varias autoras (Cfr. Larrauri, 2008:4; Campos, 1999: 745, Birgin, 2000:12), esto se explica porque el control social informal¹³ es más intenso en las mujeres, en tanto,

¹⁰ ARTICULO 17 - DE LOS DERECHOS PROCESALES. En el proceso penal, o en cualquier otro del cual pudiera derivarse pena o sanción, toda persona tiene derecho a: 1.que sea presumida su inocencia; (...)

¹¹ Ministerio de Justicia y Trabajo. Dirección General de Establecimientos Penitenciarios y Ejecución Penal. Parte Diario Penitenciario, 22 de marzo de 2011.

¹² Del total de 6577 personas privadas de libertad en Paraguay, solo 377 son mujeres, lo que representa un poco más del 5%. Dato relevado en Ministerio de Justicia y Trabajo. Dirección General de Establecimientos Penitenciarios y Ejecución Penal. Parte Diario Penitenciario, 22 de marzo de 2011.

“[...] son ellas quienes, a su vez, ejercen un rol activo como agentes de control social. Las mujeres no solo reproducen la fuerza de trabajo sino que tienen a su cargo la responsabilidad fundamental de la educación (Birgin, 2000: 12).

Lucila Larrandart define el control social como:

las formas organizadas en que la sociedad responde a comportamientos y a personas que define como desviados, problemáticos, preocupantes, amenazantes, peligrosos, molestos o indeseables de una u otra manera (Larrandart, 2000: 87).

2.5.2. Las mujeres y la cárcel.

Significación de la privación de libertad en las mujeres

La pena privativa de libertad es en sí misma violenta y perversa para todas las personas. Sin embargo, la privación de libertad de las mujeres presenta características diferenciadas por su condición de género, que tiene por resultado que la experiencia de encierro tenga para las mujeres significaciones y consecuencias no aplicables a los hombres

En consecuencia, la prisión para la mujer es un espacio genéricamente discriminador y opresivo, que se expresa en la desigualdad en el tratamiento que reciben, el diferente sentido que el encierro tiene para ellas, las consecuencias para su familia y la concepción que la sociedad les atribuye (Antony, 2001: 15).

Marcela Lagarde, a su vez, explica la diferente significación de la privación de libertad para las mujeres.

Aun cuando para ambos géneros la prisión tiene como consecuencia además del castigo, el desarraigo y la separación de su mundo, para las mujeres es mucho mayor, ya que la mayoría son abandonadas por sus parientes en la cárcel. Ser delincuente y haber estado en prisión son también, estigmas mayores para las mujeres. Para los

¹³ El control social informal se principalmente en el ámbito de la familia, la escuela, el trabajo, la religión, los medios de comunicación.

hombres, en cambio, puede ser un elemento de prestigio machista; sin embargo, las mujeres ex convictas quedan estigmatizadas como malas, en un mundo que construye a las mujeres como entes del bien, y cuya maldad es imperdonable e irreparable (Lagarde, 1993: 676).

Al mismo tiempo, los efectos en el entorno familiar y social son diferentes si son las mujeres las privadas de libertad. Según algunos estudios (Cruells e Igaeda, 2005; Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans, 2006), el principal soporte que tienen los hombres privados de libertad es su familia y dentro de la familia, suelen ser las mujeres quienes se hacen cargo de hijos e hijas, el mantenimiento económico, incluido el dinero para los gastos del interno en prisión.

En cambio, si son las mujeres las que son privadas de libertad, este soporte se resiente. Los maridos, novios o compañeros rara vez acompañan la privación de libertad de las mujeres. Al mismo tiempo, tampoco se hacen cargo de hijos o hijas, recayendo esta responsabilidad en otras mujeres de la familia (hermanas, tías, abuelas, etc.) y por encima de todas, sus madres (Cfr. Igarada, 2009: 182)

2.5.3. Las mujeres en el sistema penitenciario

Las mujeres privadas de libertad sufren diversas violaciones de sus derechos.

A una normativa que no contempla las especificidades de las mujeres privadas de libertad, se suma una práctica que refuerza las desigualdades de género existentes en la propia sociedad (Ceжил, 2006: 49).

La situación de las mujeres en el sistema penitenciario es abordada de forma somera en informes anuales de derechos humanos e informes específicos sobre mujeres privadas de libertad¹⁴. En el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva se sostiene que existen

¹⁴ Cfr. Codehupy 2008, 2009 y 2010; Ceжил, 2006 y Cladem, 2008. Este último material, aunque el más específico en derechos sexuales y reproductivos, se basa en normativas que a la fecha se encuentran derogadas.

carencias y discriminaciones, que en la práctica agravan las condiciones de privación de libertad de las mujeres.

Con relación a las visitas íntimas, se registran denuncias de pagos para la utilización de las “privadas”¹⁵ y la prohibición de visitas íntimas entre parejas del mismo sexo (Cfr. Rodi et al., 2008: 201).

En cuanto a la atención a la salud, se señala las “pocas posibilidades de atención médica”. (Cfr. Martens, 2010: 160) Al mismo tiempo, datos extraídos del sitio del Ministerio de Justicia y Trabajo (MJT) registran el número de atenciones de salud desarrollado durante el año 2009, cifra que supera en cantidad a la población femenina, con la aclaración de que esto se debe a que “las asistencias se dan en varias oportunidades a unas mismas personas”¹⁶, pero no se discrimina el tipo de atención, por lo que no se cuenta con datos que den cuenta de la atención a la salud sexual y la salud reproductiva.

¹⁵ Se conoce con esta denominación a los cuartos habilitados para una relación íntima en las distintas penitenciarías del país.

¹⁶ Ministerio de Justicia y Trabajo. Informe del Subprograma de Fortalecimiento a la Gestión Penitenciaria. Disponible en: <http://www.mjt.gov.py/viceministerio-de-justicia-y-derechos-humanos/fortalecimiento-de-la-gestion-penitenciaria.html>. Consultado el 10 de febrero de 2011.

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

En este marco metodológico se plantean los posicionamientos epistemológicos de la recolección de datos y la producción de información, para lo cual se presenta el tipo de estudio, la población abarcada y las unidades de análisis, así como los procedimientos de investigación, incluidas las técnicas de recolección y análisis de datos. Finalmente, se presentan las categorías de análisis de datos, construidas a partir de las dimensiones del derecho a la salud y aplicadas tanto a la salud sexual como a la salud reproductiva. Estas dimensiones y sus indicadores permitieron organizar los datos recopilados y producir la información presentada en los hallazgos (capítulo 4) y analizada en función de los objetivos en las conclusiones (capítulo 5).

3.1. Tipo de estudio

Esta investigación tiene un carácter cualitativo, con recolección de algunos datos cuantitativos que permiten comprender la situación. A su vez, tiene un enfoque descriptivo y exploratorio. El enfoque descriptivo se produce porque se procura dar cuenta de la actual normativa, política y prácticas en materia de salud sexual y reproductiva en contextos de encierro. En tanto, el enfoque exploratorio se propone indagar acerca de las relaciones entre la normativa vigente, las políticas establecidas y las prácticas instituidas, por un lado, y los enfoques de derecho y de género, por el otro.

3.2. Población participante y cobertura

El universo de la investigación son todas las mujeres privadas de libertad en Paraguay. La población accesible son las mujeres internas de la penitenciaría del Buen Pastor en Asunción, donde se concentra el 95% de la población universo. Se plantea una muestra del 35% de la población accesible para las encuestas y una muestra intencionada y

representativa para los espacios de consulta con un grupo conformado por el 7% de la población accesible.

La representatividad de la muestra se garantizará combinando proporcionalmente criterios como situación procesal, tiempo de encierro, edad y presencia de responsabilidades familiares. También se tuvo en consideración durante el diseño la posibilidad de incluir otros criterios conforme la investigación avanzara, pero esto no fue necesario.

3.3. Unidad de análisis

Las unidades de análisis del presente estudio son las narrativas de los documentos revisados y de las personas consultadas a través de las encuestas realizadas a las mujeres privadas de libertad en la Penitenciaría del Buen Pastor y las conversaciones en espacios de consulta con un grupo seleccionado según criterios antes descritos.

3.4. Procedimientos

3.4.1. Procedimientos éticos

Los procedimientos éticos corresponden a las responsabilidades de la investigadora en el proceso de diseño, contacto con las poblaciones participantes, aplicación de instrumentos de recolección de datos, producción de información y análisis.

- Consentimiento informado: El consentimiento informado es un proceso que permite reconocer el carácter dialogal de la investigación, pues quienes asumen el rol investigador invitan a otras personas a participar del estudio. Para ello, precisan comunicar los objetivos y metodologías del trabajo y las implicancias de la participación en él; asegurar que la información resulte comprensible y generar las condiciones adecuadas para optar libremente por participar o no (cfr. Concheiro Corra y Simón Lorda, 1993). En este estudio, planteamos un proceso verbal de consentimiento informado.

- Resguardo de información de identidad: La protección de datos personales forma parte del consentimiento informado, pero decidimos explicitarla para asegurar que cada participante pueda decidir si desea que sus datos personales sean incluidos en el informe final.
- Uso de la información producida para aquello para lo cual fue solicitada: El uso adecuado de la información relevada se refiere que los datos recolectados son utilizados exclusivamente en la presente investigación o en otras que persigan fines similares siempre que se respeten las condiciones de los procedimientos éticos establecidos, sobre en el consentimiento informado.
- Devolución no consultiva como compromiso de la investigadora: Hace referencia a la práctica de hacer conocer a las personas participantes de la investigación las conclusiones a las que se arribaron al término de la misma, en este caso sin posibilidad de introducir modificaciones y/o comentarios al documento final, dados los plazos académicos.

3.4.2. Fases del estudio

El abordaje del estudio se propone un trabajo en cuatro fases, que, por provenir de un diseño cualitativo, pueden ser revisadas en varios momentos:

- Revisión documental: Revisión de bibliografía e información existente sobre mujeres privadas de libertad y sobre salud sexual y reproductiva. Revisión de legislación y políticas públicas existentes en los ámbitos de salud, de salud sexual y reproductiva y política penitenciaria
- Elaboración de instrumentos: Se elaboraron instrumentos que permiten obtener datos de acuerdo a las categorías de análisis elaboradas. Los mismos incluyen una encuesta a las mujeres privadas de libertad, entrevistas individuales a actores claves y entrevistas grupales a las mujeres privadas de libertad.

- Aplicación de encuestas. Se aplicaron 78 encuestas entre el 04 de abril de 2011 y el 07 de abril de 2011, todas ellas resultaron válidas y fueron procesadas para contar con las tendencias como parte de las conversaciones en las entrevistas.
- Realización de entrevistas individuales y grupales: Se realizaron consultas con un total de dieciséis mujeres internas, en tres grupos. Además, se realizaron tres entrevistas con personal responsable de la penitenciaría, que se detallan más adelante. Análisis de datos. Los datos fueron analizados con una grilla de estudio cualitativo sobre los documentos revisados y las entrevistas realizadas, teniendo en cuenta un conjunto de categorías construidas para el análisis en función del marco teórico.
- Elaboración de informe. A partir del análisis de datos y los hallazgos, se plantea el informe de investigación que incluye conclusiones y recomendaciones.

3.4.3. Técnicas de recolección de datos

El análisis documental

Los documentos son cosas que podemos mirar, escuchar o leer y a las que se les puede hacer preguntas. Contienen significados, valoraciones, interpretaciones de la realidad y son una vía útil para comprender un entramado social (Navarro, 2003: 204).

El análisis documental en esta investigación se circunscribió a la normativa y las políticas públicas sobre salud sexual y salud reproductiva; sobre salud en general y sobre el sistema penitenciario. Se consultaron, asimismo, instrumentos internacionales (convenciones, pactos, recomendaciones de diversos comités de derechos humanos, jurisprudencia, etc.), que pudieran resultar relevantes para interpretar el alcance del contenido de los derechos humanos vinculados a los objetivos de la investigación. Además se consultaron investigaciones previas en la temática de derechos humanos de las mujeres y privación de libertad, con perspectiva de género.

Las encuestas

La encuesta puede definirse como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información (oral o escrita) de una muestra de personas acerca de los aspectos estructurales; ya sean ciertas características sociodemográficas u opiniones acerca de algún tema específico. La información se recoge de forma estructurada y el estímulo es el mismo para todas las personas (Cea D'Ancona, 1996:240).

Se realizaron encuestas que busquen información cualitativa sobre las vivencias en materia de salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres privadas de libertad en el Buen Pastor.

Se elaboró un cuestionario de 14 preguntas, de las cuales una era referida a su edad, tres a situación procesal y tiempo de encierro, 6 preguntas cerradas y 4 abiertas y una pregunta semiabierta, sobre responsabilidades familiares, embarazo y parto, utilización de métodos anticonceptivos, visitas íntimas y relaciones sexuales con mujeres.

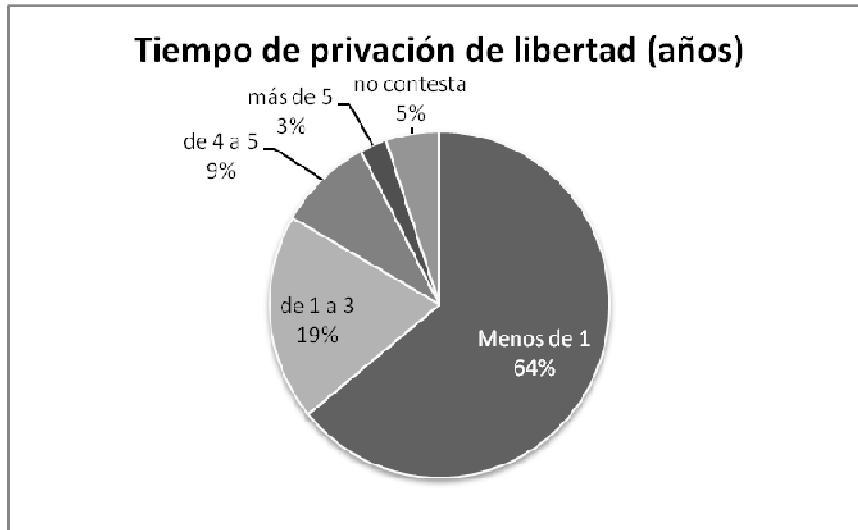
La distribución de la situación procesal de la muestra es aproximada a la de la población total de la penitenciaría

CUADRO 2. Situación procesal de la muestra y de la población total

Situación Procesal	Población Total	Muestra
Condenada	31%	23 %
Procesada	69%	76%

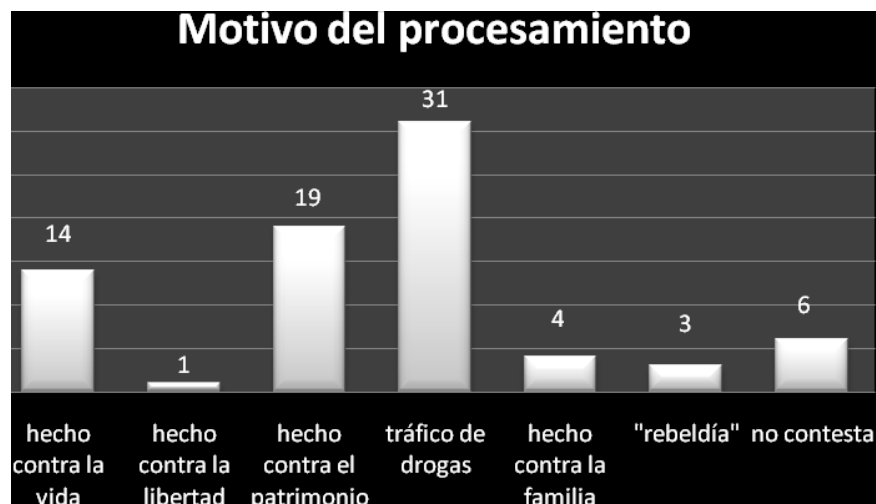
Con relación al tiempo de encierro, la mayor cantidad de mujeres encuestadas llevan menos de un año de privación de libertad.

GRÁFICO 1



En cuanto al motivo del procesamiento, se realizó una pregunta abierta y se tomó como parámetro de procesamiento el bien jurídico protegido, con algunas excepciones. Se incluyó en los hechos contra la vida al homicidio (ya sea doloso o culposo) y a las lesiones graves. En los hechos contra la libertad se incluyó al secuestro. En los hechos contra el patrimonio se incluyeron hurto, robo y estafa. En los hechos contra la familia se incluyó la violación de las reglas de adopción y la violación del deber de cuidado. En el caso del tráfico de droga, por ser significativa la cantidad, se decidió crear una categoría diferenciada. En cuanto a la “rebeldía”, motivo atribuido por algunas encuestadas, si bien no corresponde al criterio anteriormente utilizado por no ser una situación procesal, se decidió mantener como una categoría diferenciada.

GRÁFICO 2.



Con relación a las responsabilidades familiares, del total de encuestadas, 67 afirmaron tener hijos o hijas. El promedio de hijos o hijas por mujer es de 3,42 y el total de hijos o hijas es de 226.

Las entrevistas grupales

La entrevista es una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente. Es una situación en la que, por medio del lenguaje, el entrevistado cuenta sus historias y el entrevistador pregunta acerca de sucesos, situaciones (Benadiba y Plotinsky, 2001: 23).

Las entrevistas grupales en el contexto de esta investigación se adecuan a la recolección de datos entre las mujeres privadas de libertad, quienes son las destinatarias de la política pública a ser evaluada. Las guías de entrevistas fueron construidas teniendo en cuenta las categorías de análisis del estudio y los resultados de las encuestas, a fin de explorar a través de ellas aspectos considerados resaltantes de esos resultados.

El primero se realizó el día 30 de marzo de 2011, con cinco participantes. El segundo se realizó el día 6 de abril, con cinco participantes. El tercero se realizó el 7 de abril, con seis participantes. Este último grupo estuvo compuesto de las internas que viven con sus hijos e

hijas en el sector que aloja a las internas madres junto con sus hijos o hijas hasta los 3 años, denominado Amanecer.

CUADRO 3. Entrevistas grupales

Fecha de la entrevista	Cantidad de participantes
30 de marzo de 2011	Cinco
06 de abril de 2011	Cinco
07 de abril de 2011	Seis (Sector Amanecer)

Las entrevistas individuales

Las entrevistas individuales con actores claves buscan recopilar información relevante, principalmente de las instituciones involucradas en la temática a ser evaluada. Se realizaron las siguientes entrevistas individuales:

- Abog. Olga Blanco, Directora. Dirección General de Establecimientos Penitenciarios y Ejecución Penal, el 22 de marzo de 2011.
- Abog. Elga Escobar. Directora. Correccional de Mujeres “Casa del Buen Pastor”, el miércoles 30 de marzo de 2011.
- Dos enfermeras: María Susana Lezcano, el lunes 4 de abril de 2011, y Rosa Rojo, el martes 5 de abril de 2011. Correccional de Mujeres “Casa del Buen Pastor”

3.4.4. Categorías de análisis

Las categorías de análisis son distinciones trazadas en la investigación para poder abordar los datos recopilados, analizarlos y poder producir información ellos. Están definidas como la “propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”

(Sampieri, 2006: 13). A los efectos de este estudio se organizaron dos categorías de análisis que a su vez se conforman por dimensiones que las expresan y estas en indicadores que permiten observarlas en los datos recopilados, en algunos indicadores fue preciso establecer subindicadores debido a la precisión buscada en el estudio en relación con ellos. Se presenta un cuadro resumen antes de su descripción técnica y operativa.

CUADRO 4a. Categorías de Análisis - Salud Sexual

Categoría	Dimensión	Indicador
1. Salud Sexual	1.1. La Salud Sexual como derecho	1.1.1. Normativa y políticas sobre salud sexual en general
		1.1.2. Salud sexual en el marco de las normativas y políticas de salud
		1.1.3. Salud sexual en el marco de la normativa y política penitenciaria
	1.2. Disponibilidad de servicios de salud sexual	1.2.1. Disponibilidad de servicios de detección de ITS, Hepatitis C, VIH y PAP
		1.2.2. Disponibilidad de personal capacitado para la atención en salud sexual
1.2.3. Disponibilidad de visitas íntimas		
1.3. Accesibilidad	1.3.1. No discriminación	
	1.3.2. Accesibilidad física	
	1.3.3. Asequibilidad (accesibilidad económica)	
	1.3.4. Acceso a la información	
1.4. Aceptabilidad	[1.4.1. Ética médica]	
	1.4.2. Culturalmente apropiados	
	1.4.3. Confidencialidad	
1.5. Calidad	[1.5.1. Apropriados desde el punto de vista científico y médico]	
	1.5.2. Ser de buena calidad	

CUADRO 4b. Categorías de Análisis - Salud Reproductiva

Categoría	Dimensión	Indicador
2. Salud Reproductiva	2.1. La salud reproductiva como derecho	2.1.1. Normativa y políticas sobre salud reproductiva en general
		2.1.2. Salud reproductiva en el marco de las normativas y políticas de salud
		2.1.3. Salud reproductiva en el marco de la normativa y política penitenciaria
	2.2. Disponibilidad de servicios de salud reproductiva	2.2.1. Disponibilidad de información sobre salud reproductiva
		2.2.2. Disponibilidad de métodos anticonceptivos
2.2.3. Cobertura de atención prenatal desde el primer trimestre		
2.3. Accesibilidad	2.3.1. No discriminación	
	2.3.2. Accesibilidad física	
	2.3.3. Asequibilidad (accesibilidad económica)	
	2.3.4. Acceso a la información	
2.4. Aceptabilidad	[2.4.1.Ética médica]	
	2.4.2. Culturalmente apropiados	
	2.4.3. Confidencialidad	
2.5. Calidad	[2.5.1. Apropiados desde el punto de vista científico y médico]	
	2.5.2. Ser de buena calidad.	

Los textos entre corchetes [] señalan que el indicador no fue relevado en este estudio

Categoría 1: Salud sexual

Una cantidad creciente de conocimiento indica que en muchas culturas los problemas con la sexualidad humana son más dañinos y más importantes para el bienestar y la salud de los individuos, de lo que se había previamente reconocido, y que existe una relación importante entre la ignorancia sexual y las malas interpretaciones con los problemas diversos de salud y de calidad de vida. Mientras que reconocemos que es difícil llegar una definición

universalmente aceptable de la totalidad de sexualidad humana, la siguiente definición de salud sexual se presenta como un paso en esta dirección:

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales de ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación, y el amor. Fundamental en este concepto es el derecho a la información sexual y el derecho para el placer (OMS, 1975).

Entonces la noción de salud sexual implica un acercamiento positivo a la sexualidad humana, y el propósito del cuidado de la salud sexual debe ser el mejoramiento la de vida y las relaciones personales y no meramente la conserjería y el cuidado relacionado con la reproducción o las infecciones de transmisión sexual.

Dimensión 1.1. La salud sexual como derecho

La salud sexual como derecho implica que el estado reconozca que la salud sexual es un derecho humano que debe garantizar a las mujeres en situación de privación de libertad y que garantizar este derecho implica brindar servicios, atención e insumos, bajo determinadas condiciones y contextos.

Al mismo tiempo, estas obligaciones deben estar explicitadas en normativas, políticas y planes.

Indicadores:

- *1.1.1. Normativa y políticas sobre salud sexual en general.* Existencia de normativa, política y planes que contemplen la salud sexual y que las mismas sean congruentes entre sí.
- *1.1.2. Salud sexual en el marco de las normativas y políticas de salud.* Existencia del tema de salud sexual en normativas, políticas y planes de salud y que sean congruentes entre sí.

- *1.1.3. Salud sexual en el marco de la normativa y política penitenciaria.* Inclusión del tema de la salud sexual en el marco de la normativa, políticas y planes en temas penitenciarios y que los mismos sean adecuados a estándares de derechos humanos.

Dimensión 1.2. Disponibilidad de servicios de salud sexual

La disponibilidad hace referencia a que los servicios, insumos y establecimientos existan y estén al alcance de las mujeres y que las mismas conozcan su existencia.

Indicadores:

- *1.2.1. Disponibilidad de servicios de PAP y detección de ITS, Hepatitis C y VIH.* La disponibilidad de servicios de detección de ITS, Hepatitis C, VIH y de PAP implica que estén al alcance de las mujeres, ya sea dentro de la penitenciaría como recurriendo a instituciones externas, que se encuentren a cargo del Estado.
- *1.2.2. Disponibilidad de personal capacitado en atención en salud sexual.* Implica que exista personal de salud especializado en salud sexual en un número que permita atención regular y eficaz, de acuerdo a la demanda (establecida en este caso en función del número de mujeres privadas de libertad).
- *1.2.3. Disponibilidad de visitas íntimas.* Implica que las mujeres que lo soliciten puedan acceder a visitas íntimas, sin excesivos trámites burocráticos, en forma gratuita, sin discriminaciones.

Dimensión 1.3. Accesibilidad

Implica que los servicios y atención en salud sexual deben ser accesibles a todas las mujeres, sin discriminación alguna.

Indicadores:

- *1.3.1. No-discriminación.* La no discriminación implica que en la provisión de servicios no deben existir acciones cuyo objeto o resultado sea la obstaculización del efectivo

acceso a los servicios de salud sexual basada en los motivos prohibidos por la normativa internacional.

Sub indicadores:

- *1.3.1.1. No discriminación por razón de idioma.* La discriminación por razón de idioma se da cuando las mujeres no pueden acceder a los servicios o la atención porque el personal que las atiende no está capacitado para atenderlas en un idioma que sea comprensible para ellas. En Paraguay un factor de discriminación por esta razón se da particularmente con las personas que hablan guaraní (Alvarez y Coronel, 2010: 268), pero también con quienes hablan lenguas indígenas, lengua de señas y otras lenguas occidentales y orientales distintas del castellano.
- *1.3.1.2. Otras discriminaciones.* Implica otras causas posibles de discriminación establecidas en la normativa internacional relativa a la discriminación, que incluye pero no se limita a la orientación sexual, la identidad de género, la referencia étnica, el origen nacional, la edad, la discapacidad. Sensiblemente se incluyen en esta ocasión la discriminación basada en el tipo penal por el cual hubiera sido imputada la persona privada de libertad.
- *1.3.1.3. Múltiples discriminaciones.* Hace referencia a la superposición o cruce de discriminaciones, por ejemplo, por ser pobre y monolingüe guaraní, o causas relacionadas a las situaciones procesales de las mujeres.
- *1.3.2. Accesibilidad física.* Hace referencia al acceso físico o geográfico, es decir que los servicios puedan realizarse dentro de la penitenciaría o bien, puedan realizarse fuera de la penitenciaría sin tener que pasar por excesivos trámites burocráticos que lo tornen tortuoso o prohibitivo. Además incluye el hecho que la ubicación de los servicios sea adecuada para el acceso de mujeres con discapacidad o movilidad reducida.
- *1.3.3. Asequibilidad (accesibilidad económica).* Implica que los servicios de salud deben ser accesibles en términos económicos. En el caso de las mujeres privadas de

libertad, deben brindarse sin costo para ellas. En este apartado, cuando se hace referencia a costos, se extiende el alcance a aquellos pagos en dinero o en especies (bienes, servicios o favores), que deban las mujeres para poder acceder al servicio, que se den en la práctica aunque estén prohibidos por las normas.

- *1.3.4. Acceso a la información.* Se refiere a que la información esté explícita, expresa, en lugares visibles o cualquier método que permitan que las mujeres sepan a dónde recurrir si requieren información sobre salud sexual.

Dimensión 1.4. Aceptabilidad

La aceptabilidad se compone de una serie de características que hacen que el servicio de salud sexual sea aceptable para las mujeres.

Indicadores:

- *1.4.1. Ética médica.* La ética médica está compuesta de principios y normas no coercitivas que deben guiar el comportamiento del personal médico. Por las características del presente estudio y por la complejidad del tema ético en sí mismo, indagar sobre la ética médica excede los propósitos del diagnóstico, aunque se deja constancia expresa que es un componente evaluable de la política de salud sexual.
- *1.4.2. Culturalmente apropiados.* Hace referencia a que los servicios de salud sexual deben ser respetuosos de la cultura de las personas y las comunidades, por ejemplo, respetar las prácticas y costumbres de las mujeres indígenas, de zonas rurales y periurbanas. Además debe ser sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida de las personas.
- *1.4.3. Confidencialidad.* La prestación de servicios debe realizarse bajo estrictas normas de confidencialidad, es decir, que cualquier personal de salud tiene la obligación de mantener en reserva toda información que reciba en razón de sus funciones, absteniéndose de realizar cualquier tipo de comentario o brindar datos que pudieran revelar esa información. Se tratará aquí además, de indagar la sensación de las mujeres con relación al cumplimiento de esta obligación, ya que se entenderá que la

confidencialidad está compuesta por la existencia expresa de ese deber en el funcionario o la funcionaria y al mismo tiempo por la sensación de confidencialidad de las mujeres que acuden a los servicios.

Dimensión 1.5. Calidad

Indicadores:

- *1.5.1. Apropriados desde el punto de vista científico y médico.* Por las características del presente estudio y por los conocimientos especializados que son necesarios para poder evaluar este punto, indagar sobre este punto excede los propósitos de este trabajo, si bien se deja constancia expresa de que es un componente evaluable de la política de salud sexual.
- *1.5.2. Ser de buena calidad.* Que el servicio sea de buena calidad implica el cumplimiento mínimo de algunos requisitos. Entre estos se encuentran que exista personal médico capacitado, existencia de medicamentos y equipos hospitalarios necesarios y apropiados para los servicios de salud sexual y en buen estado; agua limpia potable y condiciones de sanitarias adecuadas.

Otras definiciones

- ITS: Las infecciones de transmisión sexual se propagan por la transferencia de microorganismos de persona a persona durante el contacto sexual. Además de las ITS tradicionales (sífilis y blenorragia), el espectro de las ITS ahora incluye el VIH, que causa el sida; *Chlamydia trachomatis*; el virus del papiloma humano (HPV), que puede causar cáncer del cuello uterino o anal; herpes genital; *ancroide*; micoplasmas genitales; hepatitis B; tricomoniasis; infecciones entéricas y enfermedades ectoparasitarias (enfermedades por microorganismos que viven en el exterior del huésped). La complejidad y el alcance de las infecciones de transmisión sexual han aumentado drásticamente desde 1980; más de 20 microorganismos y síndromes se reconocen ahora como pertenecientes a esta categoría. El diagnóstico se realiza

mediante análisis de sangre. El más utilizado es el llamado VDRL (sigla en inglés de Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas).

- **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El virus que debilita el sistema inmunitario, pudiendo llevar al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), que se constituye en un estado inmunológico débil, dejando expuesto al organismo ante enfermedades que en un estado inmunológico medio podrían ser enfrentadas, pero que en este estado representan riesgos letales. En la actualidad, los medicamentos antirretrovíricos o antirretrovirales unidos a una calidad de vida centrada en el fortalecimiento inmunológico hacen más lenta la reproducción vírica y pueden mejorar mucho la calidad de vida, pero no eliminan la infección por el VIH (Onusida, 2007:8)
- *La prueba de Papanicolaou* (llamada también prueba de PAP, citología vaginal o frotis de PAP) es una forma de examinar las células que se recogen del cérvix (el extremo inferior, estrecho, del útero). El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente el cáncer

Categoría 2: Salud reproductiva

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 y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos 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 y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que

contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva (CIPD, 1994: párrafo 7.2)

Dimensión 2.1. La salud reproductiva como derecho

La salud reproductiva como derecho implica que el estado reconozca que la salud reproductiva es un derecho humano y parte integrante del derecho a la salud, que debe garantizar a las mujeres en situación de privación de libertad y que garantizar este derecho implica brindar servicios, atención e insumos, bajo determinadas condiciones y contextos.

El derecho a la salud se encuentra reconocido en numerosos instrumentos de derechos humanos. Así, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc) establece que “los estados partes en el pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (artículo 12.1.). La salud se entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Indicadores:

- *2.1.1. Normativa y políticas sobre salud reproductiva en general.* Existencia del tema de salud reproductiva en normativas, políticas y planes de salud y que las mismas sean congruentes entre sí.
- *2.1.2. Salud reproductiva en el marco de la normativa y políticas de salud.* Existencia de normativa, política y planes que contemplen la salud sexual y que las mismas sean congruentes entre sí.
- *2.1.3. Salud reproductiva en el marco de normativa y política penitenciaria.* Inclusión del tema de la salud sexual en el marco de la normativa, políticas y planes en temas penitenciarios y que los mismos sean adecuados a estándares de derechos humanos.

Dimensión 2.2. Disponibilidad

La disponibilidad hace referencia a que los servicios, insumos y establecimientos existan y estén al alcance de las mujeres y que las mismas conozcan la existencia de dichos servicios.

Indicadores:

- *2.2.1. Disponibilidad de información sobre salud reproductiva.* La disponibilidad hace referencia a que la información esté explícita, expresa, en lugares visibles o cualquier método que permitan que las mujeres sepan a dónde recurrir si requieren información sobre salud reproductiva.
- *2.2.2. Disponibilidad de métodos anticonceptivos.* Método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. La disponibilidad hace referencia a la existencia de métodos anticonceptivos y que las mujeres sepan dónde pueden solicitarlos.
- *2.2.3. Cobertura de atención prenatal desde el primer trimestre.* La atención prenatal desde el primer trimestre hace referencia a que se brinden servicios de salud necesarios durante el primer trimestre de embarazo, por ejemplo: un hemograma completo, tipificación sanguínea y análisis para detectar anticuerpos Rh (anticuerpos contra una sustancia presente en los glóbulos rojos en la mayoría de las personas), análisis de sífilis, hepatitis, gonorrea, clamidiasis y otras enfermedades de transmisión sexual, entre las que se incluye el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), estudio de papanicolau, análisis para detectar si ya sufrió de varicela, sarampión, paperas o rubéola y otros indispensables para el buen desarrollo del embarazo. La cobertura hace relación a la proporción de atención prenatal desde el primer trimestre con relación al universo de mujeres que han quedado embarazadas luego de su ingreso a la penitenciaría.

Dimensión 2.3. Accesibilidad

Implica que los servicios y atención en salud reproductiva deben ser accesibles a todas las mujeres, sin discriminación alguna.

Indicadores:

- 2.3.1. *No discriminación.* La no discriminación implica que en la provisión de servicios no deben existir acciones cuyo objeto o resultado sea la obstaculización del efectivo acceso a los servicios de salud sexual basada en los motivos prohibidos por la normativa internacional.

Sub indicadores:

- 2.3.1.1. *No discriminación por razón de idioma.* La discriminación por razón de idioma se da cuando las mujeres no pueden acceder a los servicios o la atención porque el personal que las atiende no está capacitado para atenderlas en un idioma que sea comprensible para ellas. En Paraguay un factor de discriminación por esta razón se da particularmente con las personas que hablan guaraní (Alvarez y Coronel, 2010: 268), pero también con quienes hablan lenguas indígenas, lengua de señas y otras lenguas occidentales y orientales distintas del castellano.
- 2.3.1.2. *Otras discriminaciones.* Implica otras causas posibles de discriminación establecidas en la normativa internacional relativa a la discriminación, que incluye pero no se limita a la orientación sexual, la identidad de género, la referencia étnica, el origen nacional, la edad, la discapacidad. Sensiblemente se incluyen en esta ocasión la discriminación basada en el tipo penal por el cual hubiera sido imputada la persona privada de libertad.
- 2.3.1.3. *Múltiples discriminaciones.* Hace referencia a la superposición o cruce de discriminaciones, por ejemplo, por ser pobre y monolingüe guaraní, o causas relacionadas a las situaciones procesales de las mujeres.
- 2.3.2. *Accesibilidad física.* Hace referencia al acceso físico o geográfico, es decir que los servicios puedan realizarse dentro de la penitenciaría o bien, puedan realizarse fuera de la penitenciaría sin tener que pasar por excesivos trámites burocráticos que lo tornen tortuoso o prohibitivo. Además incluye el hecho que la ubicación de los servicios sea adecuada para el acceso de mujeres con discapacidad o movilidad reducida.

- 2.3.3. *Asequibilidad (accesibilidad económica)*. Implica que los servicios de salud deben ser accesibles en términos económicos. En el caso de las mujeres privadas de libertad, deben brindarse sin costo para las mismas. En este apartado, cuando se hace referencia a costos, se extiende el alcance a aquellos pagos en dinero o en especies (bienes, servicios o favores), que deban las mujeres para poder acceder al servicio, que se den en la práctica aunque estén prohibidos por las normas.
- 2.3.4. *Acceso a la información*. Se refiere a que la información esté explícita, expresa, en lugares visibles o cualquier método que permitan que las mujeres sepan a dónde recurrir si requieren información sobre salud reproductiva.

Dimensión 2.4. Aceptabilidad

La aceptabilidad se compone de una serie de características que hacen que el servicio de salud reproductiva sea aceptable para las mujeres.

Indicadores:

- 2.4.1. *Ética médica*. La ética médica está compuesta de principios y normas no coercitivas que deben guiar el comportamiento del personal médico. Por las características del presente estudio y por la complejidad del tema ético en sí mismo, indagar sobre la ética médica excede los propósitos del diagnóstico, aunque se deja constancia expresa que es un componente evaluable de la política de salud reproductiva.
- 2.4.2. *Culturalmente apropiados*. Hace referencia a que los servicios de salud reproductiva deben ser respetuosos de la cultura de las personas y las comunidades, por ejemplo, respetar las prácticas y costumbres de las mujeres indígenas, de zonas rurales y periurbanas. Además debe ser sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida de las personas.
- 2.4.3. *Confidencialidad*. La prestación de servicios debe realizarse bajo estrictas normas de confidencialidad, es decir, que cualquier personal de salud tiene la obligación de mantener en reserva cualquier información que reciba en razón de sus funciones, absteniéndose de realizar ningún tipo de comentario que pudiera revelar dicha

información. Se tratará aquí además, de indagar la sensación de las mujeres con relación al cumplimiento de dicho deber, ya que se entenderá que la confidencialidad se compone por la existencia expresa de dicha obligación y al mismo tiempo por la sensación de confidencialidad de las mujeres que acuden a los servicios.

Dimensión 2.5. Calidad

Indicadores:

- *2.5.1. Apropriados desde el punto de vista científico y médico.* Por las características del presente estudio y por los conocimientos especializados que son necesarios para poder evaluar este punto, indagar sobre este punto excede los propósitos de este trabajo, si bien se deja constancia expresa de que es un componente evaluable de la política de salud reproductiva.
- *2.5.2. Ser de buena calidad.* Que el servicio sea de buena calidad implica el cumplimiento mínimo de algunos requisitos. Entre estos se encuentran que exista personal médico capacitado, existencia de medicamentos y equipos hospitalarios necesarios y apropiados para los servicios de salud reproductiva y en buen estado; agua limpia potable y condiciones de sanitarias adecuados.

Los indicadores señalados se relacionan con los objetivos, como puede observarse en el siguiente cuadro:

CUADRO 5a. Relación entre indicadores y objetivos – Categoría Salud Sexual

Indicador	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
1.1.1	•		
1.1.2.	•		
1.1.3.	•		
1.2.1.		•	
1.2.2.		•	
1.2.3.		•	
1.3.1		•	
1.3.2.			•
1.3.3.		•	
1.3.4.			•
1.4.2.			•
1.4.3.			•
1.5.2.		•	

CUADRO 5b. Relación entre indicadores y objetivos – Categoría Salud Reproductiva

Indicador	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3
2.1.1.	•		
2.1.2.	•		
2.1.3.	•		
2.2.1.		•	
2.2.2.	•		
2.2.3.	•		
2.3.1.		•	
2.3.2.			•
2.3.3.		•	
2.3.4.			•
2.4.2.			•
2.4.3.			•
2.5.2.		•	

CAPITULO 4. HALLAZGOS

La presentación de los hallazgos se organiza en dos grandes bloques. En primer lugar, se presenta lo relativo al reconocimiento de la salud sexual y la salud reproductiva como derechos y en segundo lugar, las dimensiones del derecho a la salud conforme a los criterios establecidos en la observación general n ° 12 del Comité DESC. Por el tratamiento que tienen en la legislación y las políticas públicas y las coincidencias en las apreciaciones de parte de las personas participantes del estudio, se ha organizado un entramado entre la salud sexual y la salud reproductiva en cada apartado.

Como ya se señalara, la ética médica, indicador de la aceptabilidad de los servicios y establecimientos, está compuesta de principios y normas no coercitivas que deben guiar el comportamiento del personal médico. Por las características del presente estudio y por la complejidad del tema ético en sí mismo, indagar sobre ella, excede los propósitos del diagnóstico y las condiciones disponibles de estudio, aunque se deja constancia expresa de que es un componente evaluable de las políticas de salud sexual y de salud reproductiva. Igual situación se produce con el indicador de calidad que establece que los servicios y establecimientos deben ser apropiados desde el punto de vista médico y científico,

1. La salud sexual y la salud reproductiva como derechos

En Paraguay, la legislación relativa a la salud sexual como derecho se inicia con la garantía constitucional de la libre expresión de la personalidad.

Toda persona tiene el derecho a la libre expresión de su personalidad, a la creatividad y a la formación de su propia identidad e imagen. Se garantiza el pluralismo ideológico (art. 25 Constitución).

Por su parte, la salud reproductiva está explicitada como derecho con rango constitucional:

El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados,

en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos.art.61 Constitución

Entre los compromisos internacionales ya referidos en el marco teórico se encuentran el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), ley 4/92; la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (Cedaw, por su sigla en inglés), ley 2160/85; la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), ley 57/90.

A su vez, el Estado no cuenta con una ley de aplicación específica de estos derechos. En el Congreso se cuenta con un proyecto en proceso desde el 2008, que representa una modificación de otro proyecto anterior presentado en 2005 y rechazado en 2007. Con este proyecto, se establecería claramente el carácter de derecho humano de la salud sexual:

Para los fines de la presente ley se entenderá por salud sexual el bienestar físico, psicológico y cultural en lo referente a la sexualidad como elemento del desarrollo pleno del ser humano, bajo los principios de libertad, igualdad y respeto en su ejercicio (Art 4 proyecto de ley de salud sexual, reproductiva y materno perinatal. Presentada el 06/08/2008 en la Cámara de Senadores).

Sin embargo, la ley 836/1980, Código Sanitario, alude a la protección de la salud en el ámbito de la reproducción humana, aunque esta ley es anterior a la actual Constitución de 1992 y solo contempla la protección del feto y no así los cuidados de la mujer embarazada.

La reproducción humana debe ser practicada con libertad y responsabilidad protegiendo la salud de la persona desde su concepción (Ley 836/80, artículo 18).

En Políticas Públicas, aun cuando no explicita la salud sexual y la salud reproductiva en el objetivo relativo a la política nacional de salud, sus políticas priorizadas se asocian a un modelo de salud adecuado, integral y diferenciado, que incluye en estas tres afirmaciones a ambas, a las mujeres y a la población penitenciaria. Tanto la salud sexual como la salud reproductiva en general se presentan en forma conjunta, así, se encuentran priorizadas dentro del tema transversal de Juventud, en la “Propuesta de Política Pública para el

Desarrollo Social 2010-2020” (Paraguay 2020, en adelante); y ambas forman parte integral del III Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades (III PNIO).

La salud sexual está contemplada como propósito formativo de la propuesta de Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad (MRPEIS)

Promover hábitos de cuidado del cuerpo, la promoción de la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de la afectividad, la responsabilidad ante una vivencia saludable de la sexualidad de acuerdo a las edades y a las culturas de las/los estudiantes (MEC, 2010: 23).

En tanto, la salud reproductiva se plantea como objetivo nacional en el ámbito de la salud como parte del eje estratégico de calidad vida para todos y todas, al plantearse la reducción de la tasa de muerte materna. A la vez, en el tema específico de juventud una política priorizada es la relativa a programas de salud en el ámbito de salud sexual y reproductiva

Promover programas de Salud en el ámbito de salud sexual y reproductiva, prevención de adicciones y estilos de vida saludable (Gabinete Social, 2010: 84).

Por último, se expresa en el reconocimiento del derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables entre los derechos que fundamentan el mismo MRPEIS.

Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables: comprende el derecho a decidir tener hijos o no, el número y el tiempo a transcurrir entre cada uno, y el acceso pleno a los métodos para regular la fecundidad (MEC, 2010: 19)

La Política Nacional de Salud indica que los proyectos de desarrollo de la autonomía están orientados a erradicar amenazas y daños a la autonomía que pudieran derivarse de problemas de salud reproductiva.

A pesar de no contarse con una ley de salud sexual y reproductiva, existe un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). En él, sus objetivos orientados a garantizar derechos con relación a la salud reproductiva se concentran en la maternidad segura (I) y la planificación familiar (II); mientras que acerca de la salud se manifiestan en la prevención y control de

ITS y VIH (III), educación de la sexualidad (IV) y la prevención y atención ante la violencia sexual y basada en el género (VI). Los demás objetivos apuntan a lograr mejoras en los dos ámbitos: prevención y atención a otras enfermedades (V), abogacía, comunicación educativa y participación (VII) y monitoreo y evaluación (VIII).

Por su parte, en el ámbito de la política penitenciaria, la Ley Penitenciaria (ley 210/70), explicita tanto el derecho que tienen las personas privadas de libertad de recibir visitas íntimas, de acuerdo con los reglamentos, como la obligatoriedad de contar con dependencias especiales para la atención de internas embarazadas y madres en las penitenciarías exclusivas de mujeres y que el parto debe realizarse en un establecimiento ajeno a la penitenciaría

En los Establecimientos para mujeres deben existir dependencias especiales para la atención de las internas embarazadas y de las que han dado a luz. Se adoptarán las medidas necesarias para que el parto se verifique en un servicio de maternidad ajeno al establecimiento (art. 94)

Es llamativo que las visitas íntimas conforme a esta ley solo pueden ser de personas “del sexo opuesto” (art.53). La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en 2001 ha declarado que en Paraguay las mujeres sufren discriminaciones referidas a su orientación sexual y que sufren castigo por ello.

Las reclusas sufren además otras discriminaciones específicas, si se comparan las condiciones de confinamiento de mujeres y hombres. A diferencia de los reclusos varones, sólo pueden recibir visitas privadas de sus parejas las internas casadas o con cinco años de concubinato como mínimo. También sufren discriminaciones referidas a su orientación sexual las reclusas lesbianas, que sufren castigo por ello. Asimismo, las reclusas no tienen acceso a un cuidado médico adecuado y a pesar de que las leyes penitenciarias prohíben que haya funcionarios varones, existen hombres celadores encargados de la seguridad. Esto está íntimamente ligado con las denuncias de violaciones por los guardias (CIDH, 2001: párrafo 47).

Diversos organismos de vigilancia de tratados internacionales de derechos humanos han expresado recomendaciones que constituyen estándares a ser tenidos en cuenta para tanto

para la formulación como para la evaluación de las políticas penitenciarias, las políticas de salud y sus entrecruzamientos.

En cuanto a la prevención, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), órgano de vigilancia del Pidesc, ha observado que la prevención y el tratamiento de ITS y VIH exigen que se establezcan programas de prevención y educación.

La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas [...] exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica (Comité DESC, 2000: párrafo 16)

En igual sentido se ha pronunciado el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité Cedaw), poniendo énfasis en que deben eliminarse las barreras para el acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud.

Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (Comité Cedaw, 1999: párrafo 31b).

Sobre el acceso a servicios de salud reproductiva, el Comité Cedaw ha afirmado que el derecho a la salud reproductiva está incluido en el derecho a la salud (Comité Cedaw, 1999: párrafo 1), en tanto el Comité DESC ha señalado la necesidad de suprimir las barreras para el acceso.

El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2000: párrafo 21)

Por su parte, el Comité de Derechos Humanos (CDH), órgano de vigilancia del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), ley 5/92; ha expresado que deben tomarse medidas para que la atención a las mujeres embarazadas privadas de libertad.

Las mujeres embarazadas que estén privadas de libertad deben ser objeto de un trato humano y debe respetarse su dignidad inherente en todo momento y en particular durante el alumbramiento y el cuidado de sus hijos recién nacidos. Los Estados Partes deben indicar qué servicios tienen para garantizar lo que antecede y qué formas de atención médica y de salud ofrecen a esas madres y a sus hijos (CDH, 2000: párrafo 15).

El CDH recomienda que se tomen medidas para eliminar las diferencias de trato entre hombres y mujeres privados de su libertad.

Los Estados deberán informar también acerca del cumplimiento de la norma que obliga a separar a las acusadas jóvenes de las adultas y sobre cualquier diferencia de trato entre hombres y mujeres privados de su libertad como el acceso a programas de rehabilitación y educación y a visitas conyugales y familiares (CDH, 2000: párrafo 15)

La CIDH ha observado ya en 2001 que en Paraguay las mujeres continuaban discriminaciones específicas, principalmente con relación a las visitas íntimas.

Las reclusas sufren además otras discriminaciones específicas, si se comparan las condiciones de confinamiento de mujeres y hombres. A diferencia de los reclusos varones, sólo pueden recibir visitas privadas de sus parejas las internas casadas o con cinco años de concubinato como mínimo. También sufren discriminaciones referidas a su orientación sexual las reclusas lesbianas, que sufren castigo por ello. Asimismo, las reclusas no tienen acceso a un cuidado médico adecuado y a pesar de que las leyes penitenciarias prohíben que haya funcionarios varones, existen hombres celadores encargados de la seguridad. Esto está íntimamente ligado con las denuncias de violaciones por los guardias (CIDH, 2001: párrafo 47).

Ha recomendado que se tomaran medidas, en general, sobre la diferencia de trato con relación a los hombres.

Se tomen las medidas de prevención necesarias para evitar el agravamiento de las condiciones carcelarias de las reclusas, así como también las medidas para mejorar su situación y en particular se les otorguen los mismos derechos que a los hombres, en particular en relación con sus visitas (CIDH, 2001: párrafo 48)

Finalmente, en el Plan Paraguay 2020 se contempla al conjunto de las personas privadas de libertad como un tema específico y la atención integral de salud como una política priorizada, lo que no permite inferir los modos de inclusión de la salud sexual y la salud reproductiva en este contexto. Es importante conectar con el tema transversal de equidad de género entre hombres y mujeres, en el cual una política priorizada es la promoción de una cultura de igualdad entre hombres y mujeres, en que se exige la explicitación de “medidas de acciones afirmativas [...] orientadas a disminuir las brechas de género en el acceso a [...] la salud [...]” (Gabinete Social, 2010: 82).

Por último, el Buen Pastor cuenta con un reglamento específico del sector que aloja a las internas madres junto a sus hijos o hijas hasta los tres años de edad y a las internas embarazadas, denominado “Amanecer”.

Las áreas de intervención profesional deberán, como mínimo, implementar las siguientes acciones: A) Área de salud, destinada a brindar, además de una cobertura completa en dicha materia, un programa especial de prevención que atienda los siguientes ítems: importancia de la lactancia materna, detección precoz de patologías genito-mamarias, profilaxis pre-parto, procreación responsable, enfermedades infectocontagiosas, accidentes en pediatría, adicciones, alimentación infantil, vacunación y todo otro taller que el área determine (Reglamento “Sector Amanecer” art. 18).

2. La disponibilidad de servicios de salud sexual y de salud reproductiva

2.1. Servicios de PAP y de detección de ITS, Hepatitis C y VIH

En cuanto a esta cuestión, el PNSSR tiene como uno de sus objetivos generales:

Las personas tienen acceso a información adecuada y oportuna, y a medios y servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH (PNSSR, página 16).

En la penitenciaría hemos encontrado que el VIH es una de las dos preocupaciones fundamentales en salud conforme a la dirección (la otra preocupación se refiere a la tuberculosis).

Trabajamos con el tema de TBC y VIH que es lo que más nos preocupa pero gracias a Dios no tenemos casos por ejemplo del TBC y del VIH tenemos 2 que ya están tratadas por supuesto con el Pronasida (Entrevista a directora del penal).

Aun cuando la legislación vigente establece la obligatoriedad de realizar estudios sobre el estado de salud de cada persona que ingresa al sistema penitenciario (Ley 210/70, artículo 75), en tanto desde la Dirección General de Establecimientos Penitenciarios y Ejecución Penal del Ministerio de Justicia y Trabajo (Dirección General, en adelante) se confirmó que al ingreso no se realizan los mismos y entonces no se dispone de esta información para un adecuado acompañamiento.

[...] el Estado que te toma bajo su tutela tiene que saber todo de vos en términos de salud, hoy en día eso no existe (Entrevista a Directora General de Establecimientos Penitenciarios).

A su vez, conforme a las afirmaciones de la enfermería los servicios específicos de detección y PAP, actualmente estos no se encuentran disponibles, pues no cuentan con profesionales ni insumos suficientes ni adecuados.

Anteriormente cuando estaba la compañera L. ella hacía PAP y cuando eso contábamos con todos los instrumentos, y ella renunció en el Ministerio y ya no contamos más hace un año, después de que se retiró el doctor O. [...] vino la compañera de la noche a pedir a la directora que nos provea de instrumentos, cajas y eso en casos de sutura, tenemos pero no funciona, nuestra tijera ya no corta (Entrevista a enfermera del penal).

En el seguimiento del circuito de atención, cuando se confirma que una interna vive con VIH, la consejería y el tratamiento se aseguran a través del Programa Nacional de Control de Sida e ITS (Pronasida). Sin embargo, la disponibilidad de los medicamentos para la atención de ITS, Hepatitis C y VIH se encuentra limitada, lo que dificultaría un adecuado tratamiento.

Muchas veces no contamos con los respectivos medicamentos que se utilizan en esos casos, por sobre todo la ginecología y tenemos muchos casos (Entrevista a enfermera del penal).

En la actualidad están confirmadas dos internas con VIH, ambas en estado de gravidez, para quienes se dispone del tratamiento antirretroviral, efectivamente provisto por Pronasida.

Se llena el formulario y el doctor examina y si hay con TBC no tenemos, con VIH estamos teniendo 2 casos confirmados con tratamientos [anti]retro virales, justamente las dos son gestantes y están tratadas a la mañana y la tarde toman sus medicamentos retro virales y la encargada de traer los medicamentos es la Asistente Social y nosotras les damos por hora (entrevista a enfermera del penal).

Lo cual es confirmado por ellas mismas:

Yo tengo un problema muy grande y tengo un hijo. Tengo mis medicamentos y estoy tomando (entrevista grupal con internas).

Para los casos de estudios clínicos y laboratoriales externos se debe contar con la orden médica y la autorización de la dirección, que se realiza a través de una resolución, en cada caso.

El clínico hace una orden, él sabe que hay una necesidad de estudios, entonces él da una orden, yo saco una resolución caso por caso, por orden del médico, porque el médico tiene que decir que ella necesita urgente un estudio, hace una orden y con una resolución mía ellos salen, la ley 210 que es la ley penitenciaria me faculta para sacar esos casos de mujeres privadas de libertad (Entrevista a directora del penal).

El procedimiento se realiza con apoyo de las trabajadoras sociales desde la misma detección de la necesidad del estudio. Todo procedimiento de salida, sea para trámites propios del procedimiento judicial como para la atención externa especializada en salud, se realiza necesariamente en cada jornada en un único vehículo disponible y con compañía de las trabajadoras sociales y los guardias.

Las trabajadoras sociales tienen que ver en sacar turnos, hablar con el médico, se van las trabajadoras sociales con los guardias de seguridad y se les llevan en nuestro vehículo, porque a veces tienen que llevarlas para su comparecencia a una interna y hay que llevar a otra al hospital y solo tengo un vehículo ahora, entonces es todo un tema, no es fácil, la seguridad ahora está cara, con que se fugue una chica [...] (Entrevista a directora del penal).

Como para acceder el tratamiento de las ITS, es necesario contar con la orden médica, las internas solamente podrían hacerlo si sospechan de ello o si al acceder a la atención médica por otras causas, el profesional solicita estos estudios. Las mismas relataron que en ocasiones les realizan análisis clínicos y laboratoriales, de sangre principalmente, que incluye el test de Elisa –para detectar la reacción al VIH-.

Sí, de sida y de todo hacés tratamiento, si tenés. A mí me decían antes que yo tenía sida porque estaba muy flaca (entrevista grupal con internas).

Pero sostienen que no les entregan los resultados:

Hace mucho que no vienen, yo hace dos meses que estoy acá, me mandaron a hacer mis análisis y hasta hoy en día nunca me trajeron mis análisis (Entrevista grupal con internas).

Como en todo tratamiento, también en aquellos vinculados a la salud sexual se requieren los insumos a la farmacia del centro penitenciario, a otros establecimientos de salud por vía de la Dirección del centro o son adquiridos con fondos disponibles en la institución, la “caja chica”.

Se pasa la receta a la dirección y la directora se encarga de hacer comprar esos medicamentos si no hay en el almacén de la institución, vio que tenemos nuestra farmacia pero a veces no tenemos algunas cosas y en ese caso si no se puede conseguir la directora se encarga de comprar, pero en caso de tener algunas recetas como la penicilina que sí se consigue en otros hospitales ahí sí se va la asistente con el nombre, el número de cédula de la interna y retiran para poder terminar su tratamiento (Entrevista a enfermera del penal).

2.2. Disponibilidad de información sobre salud sexual y salud reproductiva

Uno de los objetivos generales del PNSSR es:

Las personas en edad reproductiva tienen acceso a información sobre planificación voluntaria de su familia y acceden a servicios adecuados y de calidad con provisión de anticonceptivos (PNSSR, página 14)

Con relación a la información sobre salud reproductiva, desde la dirección de la penitenciaría informan que cuentan con una persona capacitada para brindarla:

Todo tenemos acá, tenemos a una enfermera que está capacitada por el Ministerio de Salud y ella es la encargada de llevar todo el PAP y todo (Entrevista con la directora del penal)

Al mismo tiempo, se confirma que además de una persona capacitada, cuentan con materiales informativos

Sí, tenemos todo [s los materiales informativos sobre anticoncepción], y eso nos provee la Décimo Octava [Región Sanitaria del MSPBS] (Entrevista con enfermera del penal).

Y que las internas tienen conocimiento de que pueden acercarse a ella si tienen alguna consulta:

R.R. se llama y es solamente ella la que se encarga, tiene todo anotado, las chicas se acercan junto a ella (Entrevista con la directora del penal).

La Dirección General considera que es necesario invertir en acciones de prevención y que no cuentan con una persona para la realización de entrevistas sobre métodos anticonceptivos con las internas. Al mismo tiempo sostiene que ciertos métodos necesitan una consulta médica, pero es requisito conocer acerca de ellos para poder demandarlos, ámbito donde se reconocen carencias.

Cuando ellos nos plantean charlas de sensibilización o concientización y la provisión también nos provee de los DIU y para eso se necesita una consulta médica y para eso salimos fuera del penal, pero ella tiene que expresar que quiere anticonceptivos y no preservativos, pero para expresarse tiene que saber, y para saber alguien le tiene que decir, porque por ejemplo las famosas pastillas, la mayoría parece que saben para qué se usa pero la mayoría lo utilizan para el pelo, lo ponen en el shampoo. [El Ministerio de] Salud Pública también nos provee la inyección del día después, están ahí los insumos pero no tenemos una persona que tenga una entrevista contigo, nosotros sabemos que vos tenés visitas conyugales y queremos contarte estas novedades y decirte que aquí hay, que no hace falta que hagas algo especial para acceder a esto, la prevención es más barata, porque se embarazan y les dan *cytotec* y hacen estragos (Entrevista a la directora general).

Además, se menciona la necesidad de mayor y mejor articulación con el MSPBS y que es importante que este priorice el tema de las personas privadas de libertad al interior de su agenda para mejorar la coordinación

Yo creo que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene que empezar a mirar esta situación de este sector de la población que es muy vulnerable y ellos tienen una dirección y no sé si llenan nomás el organigrama pero hay que empezar a formar gente que pueda evaluar ciertas cuestiones con relación a la gente privada de libertad, porque privada como asilo de ancianos, hogares infantiles, están privados de libertad, y

se comportan diferentes sus patologías en estas circunstancias, entonces de tal forma que podamos articular mejor los recursos del estado que siempre van a ser insuficientes.

El Ministerio de Salud ingresa al penal por programas, el programa de salud reproductiva que interactúa con nosotros pero a mí me gustaría ver lo más proactivo, no solamente los anticonceptivos (Entrevista con la directora general).

Por otro lado, entre las líneas de acción del PNSSR se encuentra:

Acceso a la información y a los medios para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y por el VIH” (PNSSR, página 17)

Las internas sostienen que a la penitenciaría suelen acudir otras personas para talleres o charlas sobre las ITS y el VIH.

Claro que sí [hay gente que les explica sobre las ITS y VIH], siempre hay gente que vienen a hacer charlas, la gente viene de afuera a hacer, hay psicólogos (Entrevista grupal con internas).

Algunas refirieron informaciones básicas sobre el VIH, sus vías de transmisión, no así sobre la prevención.

Yo te voy a decir que el VIH y la sífilis se contagian a través del sexo y de la jeringa, agujas, heridas que no se curan (Entrevista grupal con internas).

2.3. Disponibilidad de métodos anticonceptivos

Un resultado esperado del PNSSR es:

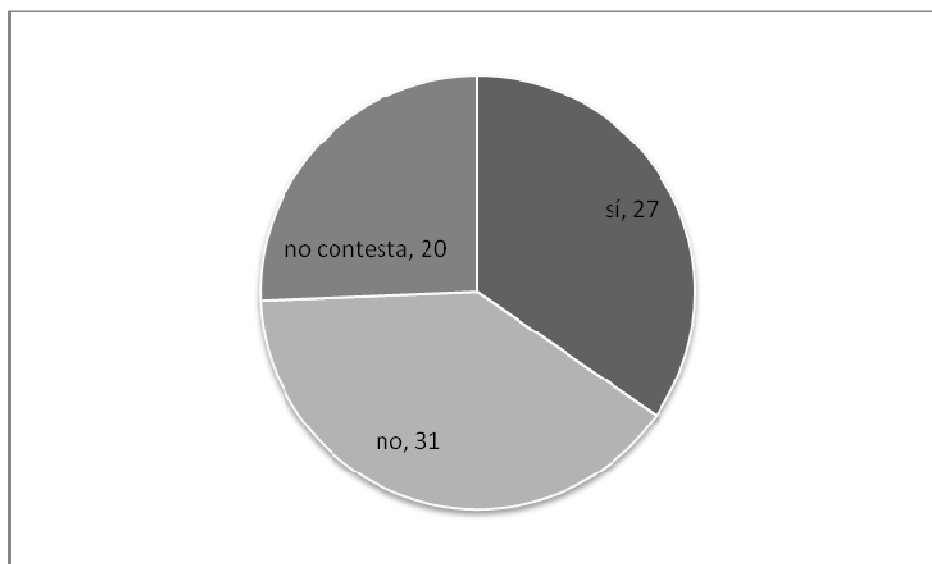
El Ministerio de Salud, el IPS [Instituto de Previsión Social] y otros proveedores públicos de servicios de salud, cuentan de manera permanente con cantidad suficiente de anticonceptivos de calidad, otros insumos necesarios y los recursos humanos calificados, para responder a las necesidades de la población (PNSSR, página 15)

Desde la dirección del penal se confirma que cuentan con preservativos, pastillas anticonceptivas y soluciones inyectables de depo-provera (acetato de medroxiprogesterona), a cargo de una persona especializada.

Sí, saben y vienen mensualmente y me dicen tía vengo por tal cosa, o me ven y se acuerdan, más es lo de la pastillitas anticonceptivas las que uso, luego las otras que están con la depo[provera inyectable] que es cada tres meses y el preservativo diariamente están retirando (Entrevista con enfermera del penal).

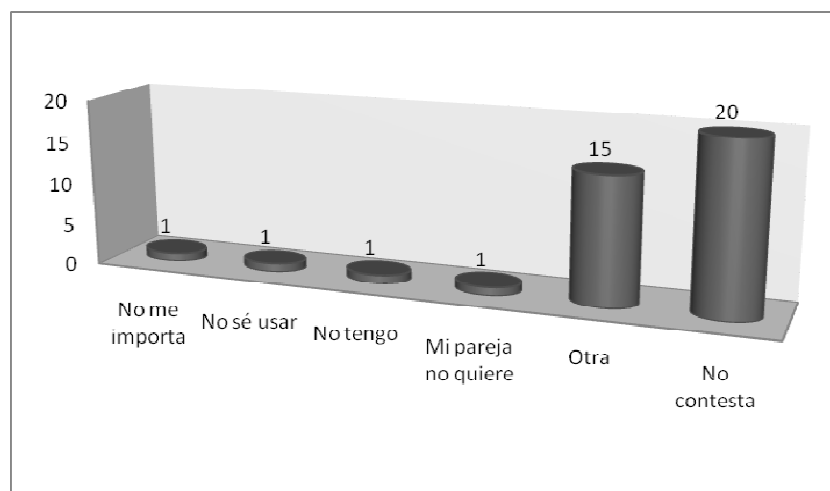
En la encuesta realizada a las internas, al ser consultadas sobre la utilización de métodos anticonceptivos, las respuestas se distribuyeron de la siguiente manera:

GRÁFICO 3. Respuestas a “¿Usás algún método anticonceptivo?” (n=78)



Como puede verse, la mayoría de las mujeres consultadas no utiliza un método anticonceptivo, aunque puede apreciarse que hay un número significativo que no respondió. Por otra parte, a las personas que afirmaron no utilizar métodos anticonceptivos, al ser consultadas sobre las razones por las cuales no utilizan, afirmaron:

GRÁFICO 4. Razones por las cuales no utilizan anticonceptivos (n=39)



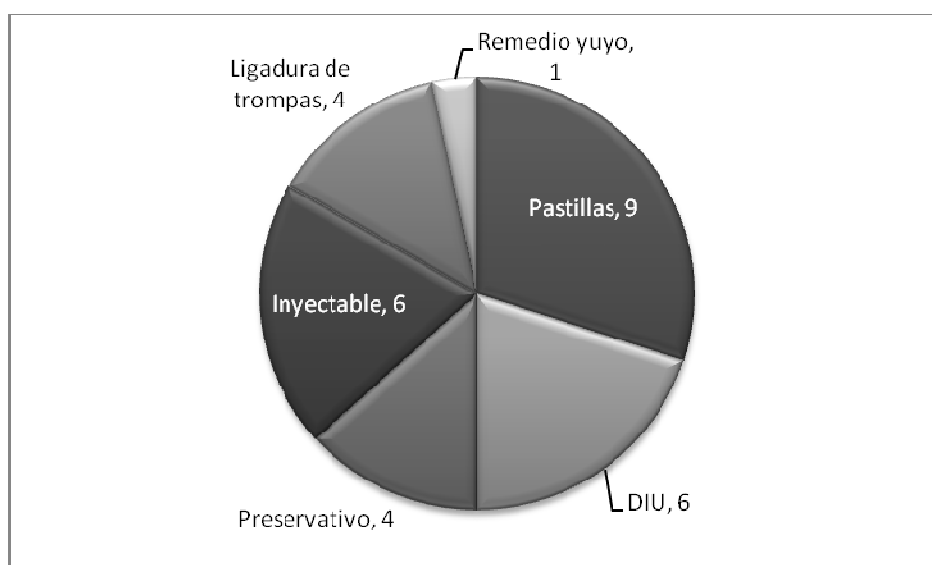
Resulta llamativo que entre las opciones previstas en la encuesta de opción múltiple solo 4 de las 39 hayan podido identificarse con ellas. En la categoría de “otras” se encuentran razones como: “no tengo relaciones sexuales”, “menopausia”, “no tengo pareja/visita íntima”, “estoy embarazada” y “estoy segura de mi pareja”. Aún así, es necesario indagar entre las 20 participantes que no contestaron las razones por las cuales no estarían utilizando métodos anticonceptivos, lo que podría deberse por un lado a la vergüenza de exponerse en un tema considerado privado e íntimo (aunque la encuesta era anónima), por otro lado, a que realmente no querían informar (ejerciendo su derecho) y finalmente, a que la práctica de no usar anticonceptivos no se deriva de una decisión informada, consciente y, hasta, libre.

Por otra parte, si comparamos estas respuestas con las de la ENSSR 2008, encontraremos que entre las razones esgrimidas para no utilización de métodos anticonceptivos se encuentran, por un lado, las razones relacionadas con el embarazo, fertilidad y actividad sexual, que incluye todas las esgrimidas en la categoría “otras”, que suman el 86,4% (ENSSR 2008: 157), mientras que otras razones incluyen respuestas relacionadas con la salud, temores sobre el uso de métodos por posibles efectos colaterales, oposición del esposo o compañero, dificultades geográficas o económicas y razones religiosas, que suman un total de 13,6% del total. Esto nos muestra que la proporción de las respuestas

brindadas sobre las razones en la ENSSR y la encuesta realizada a las internas, son similares.

A las que afirmaron utilizar métodos anticonceptivos, sus respuestas se organizaron tal como se expresa en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 5. Respuestas a “Si usás un método anticonceptivo, ¿cuál?” (n=30)



De esto, puede colegirse que el método más utilizado es el de las pastillas anticonceptivas, seguido por la solución inyectable depo-provera, el dispositivo intrauterino (DIU), el preservativo, la ligadura de trompas y una persona afirma utilizar remedio yuyo de método anticonceptivo, lo cual nos indica que deben redoblar esfuerzos de información sobre la utilización de métodos anticonceptivos modernos.

2.4. Cobertura de atención prenatal desde el primer trimestre

Una línea de acción del PNSSR hace referencia a la atención prenatal oportuna y adecuada (página 13). A su vez, la ley penitenciaria establece que:

En los Establecimientos para mujeres deben existir dependencias especiales para la atención de las internas embarazadas y de las que han dado a luz. Se adoptarán las

medidas necesarias para que el parto se verifique en un servicio de maternidad ajeno al Establecimiento (art. 94).

La atención prenatal se realiza fuera de la penitenciaría, en el Hospital San Pablo, especializado en salud materno-infantil.

Algunas internas que vienen con embarazo que están con retraso de un mes o dos y al ingresar no cuentan, vienen ya embarazadas y nosotras no sabemos y de repente están con un sangrado grave y si no tenemos móvil llamamos a un paramédico y le trasladan a una ambulancia que ellos buscan y designan, pero después nada, y los tratamientos prenatales siguen en el Hospital San Pablo a todas (Entrevista con enfermera del penal).

Una vez confirmado el embarazo, la atención prenatal y el tratamiento consecuente quedan sujetos a las indicaciones del ginecólogo o la ginecóloga tratante.

La atención a las embarazadas las hacen afuera, y normalmente cuando una dice que está embarazada se le hace un control médico, el médico indica los análisis necesarios, se les lleva a los centros de salud, se confirma el embarazo y el ginecólogo que le atiende en el Centro de Salud se convierte en su ginecólogo, indica control natal o prenatal mensual, si indica con más frecuencia se articula (Entrevista con la directora general).

Así, según la dirección del penal, el circuito se inicia con los análisis ante la sospecha del embarazo; si este se confirma, con la orden médica se realizan los tratamientos correspondientes. Mientras que en el mismo sentido, la enfermería afirmó que la orden de laboratorio es entregada a la asistente social del turno mañana, para que gestione la realización del estudio. Los resultados tardan de tres a cuatro días.

Vienen a consultar y el doctor les da la orden de pedido de laboratorio para hacerse afuera y se le entrega a la asistente social del turno mañana, él examina a su paciente y le hace el pedido de laboratorio para ver si se confirma o no embarazo, se deja acá y el resultado está en tres o cuatro días aproximadamente (Entrevista con enfermera del penal).

En la Dirección General, por su parte, informan que los partos se realizan en el Hospital de Trinidad o en el Hospital San Pablo, mientras que algunas internas refirieron haber dado a luz en el Hospital Materno Infantil de Barrio Obrero.

Me llevaron al Hospital de Barrio Obrero, me trataron muy bien. Yo ingresé embarazada pero después salí para tener mi bebé, de acá me llevaban a mis controles, todo, ahí tenía un ginecólogo que me hacía todos los controles y después faltando un mes para tener a mi hija yo pude salir bajo fianza y luego me revocaron mi medida por máxima seguridad me trajeron de nuevo (Entrevista grupal con internas del penal).

Dando así cumplimiento a la disposición de la ley penitenciaria que establece la verificación del parto en un lugar ajeno a la penitenciaría. Señalan además que los controles prenatales se realizan al menos una vez al mes, al tiempo de recalcar que al momento del estudio carecen de profesionales especialistas en ginecología, sin contarse con información acerca de la proximidad de su designación.

[...] y los partos los tenemos en [hospital de] Trinidad o en el [hospital] San Pablo, el tratamiento prenatal por lo menos una vez por mes porque puede existir una patología dentro de ese embarazo también pero no tenemos un ginecólogo dentro del penal, cuándo se va a volver a contratar no sé (Entrevista a directora general).

El parte diario penitenciario registra, al momento del estudio, doce madres internas viviendo con sus hijos o hijas en la penitenciaría y cuatro mujeres embarazadas. De la encuesta realizada a un total de setenta y ocho internas, trece afirmaron estar embarazadas o haber parido estando privadas de libertad. En su calificación de la atención prenatal y de parto, de esas 13, cinco la valoraron como buena o muy buena y otras cinco como negativa o regular, además una de ellas consignó haber salido para el control médico con orden judicial, otra consignó estar embarazada de cuatro meses y no tener control prenatal alguno y otra más calificó de mala la atención, pero reconoció que realiza controles prenatales. Varias de entre ellas resaltaron la falta de profesionales de la ginecología en el penal.

En la enfermería, señalan como problema que, al no contar con un registro del estado de salud al ingresar a la penitenciaría, se dan cuenta que una interna está embarazada cuando

tienen alguna complicación y, si no disponen del vehículo institucional para trasladarlas, deben recurrir a los paramédicos de emergencias:

[...] algunas internas que vienen con embarazo que están con retraso de un mes o dos y al ingresar no cuentan, vienen ya embarazadas y nosotras no sabemos y de repente están con un sangrado grave y si no tenemos móvil llamamos a un paramédico y le trasladan a una ambulancia que ellos buscan y designan, pero después nada Algunas internas que vienen con embarazo que están con retraso de un mes o dos y al ingresar no cuentan, vienen ya embarazadas y nosotras no sabemos y de repente están con un sangrado grave y si no tenemos móvil llamamos a un paramédico y le trasladan a una ambulancia que ellos buscan y designan, pero después nada (Entrevista a enfermera del penal).

Una interna con una panza muy visible y que afirma estar embarazada, declaró no recibir tratamiento prenatal alguno ya que su embarazo no había sido confirmado “oficialmente” y que no acude a solicitar la orden de embarazo y otros tratamientos por el maltrato que recibe del médico de la penitenciaría. Afirma que intentó conseguir la orden con la pediatra, pero que ella se negó a dársela con el argumento de que es tarea del médico.

No sé, porque una enfermera me dijo porqué no hablas con la pediatra y yo esperé hasta que hablé con la pediatra como me dijo ella que me iba a dar la orden entonces yo me tranquilicé porque yo no quiero tener problemas, entonces yo vine y educadamente hablé con ella y le dije que quería una ecografía porque quedé embarazada y me dice ¿dónde vos sabes que estás embarazada, estás segura?, sí le dije, claro que sí, y me dice que no me tengo que ilusionarme, y claro que no me ilusiono, yo me conozco le digo, y yo quiero una ecografía le volví a decir y me dice que no puede darme ecografía que eso es solamente con el doctor, y yo le dije que con él yo no quiero hablar y me dice que tengo que quitarme una prueba de embarazo, y qué quieren ver más que mi panza, ella misma se dio cuenta la vez pasada, sin que yo le diga nada, y ella no se puede dar cuenta nomas, y le dije que yo no iba a perder mi tiempo en ponerme nerviosa y ponerle mal al bebé que tengo, y no me voy a poder hacer porque no tengo plata, soy pobre, ni visitas tengo yo acá, y solamente mi marido me ayuda, no voy a tener para comprar un test que cuesta 20.000 o 30.000 guaraníes, y vamos a dejar nomás así doctora le dije (Entrevista grupal con internas).

En la penitenciaría existe un sector diferenciado “que aloja a las internas madres junto a sus hijos o hijas hasta los 3 años de edad y a las internas embarazadas” (art. 1º reglamento del Sector Amanecer). Aun así, no explicita el momento en que las últimas ingresan a este sector. En la enfermería indicaron que toda la atención prenatal se realiza en el pabellón y que ingresan al sector solo después del parto.

No [pasan] directamente [al sector Amanecer una vez confirmado el embarazo], después del parto pasan a Amanecer acompañada con el niño, y todo el embarazo se lleva a cabo la celda y en el pabellón De hecho, en las visitas al sector para este estudio, no había embarazadas presentes y sí en el pabellón principal (Entrevista a enfermera del penal).

Este sector fue calificado como muy bueno por la Dirección General y por las internas como un lugar más tranquilo y más apropiado para un niño o una niña que el pabellón.

A Amanecer te pasan, si estás acá y tenés tu bebé acá te pasan y ahí estás más tranquila con tu bebé porque no puedes estar en un lugar muy cerrado donde hay mucha gente con bebés (Entrevista grupal con internas).

En la consulta realizada con las madres viviendo en el sector Amanecer, una refirió haber sido bien tratada y bien atendida en el Hospital Materno Infantil de Barrio Obrero y que era llevada a sus controles correspondientes.

Me llevaron al Hospital de Barrio Obrero, me trataron muy bien. Yo ingresé embarazada pero después salí para tener mi bebé, de acá me llevaban a mis controles, todo, ahí tenía un ginecólogo que me hacía todos los controles y después faltando un mes para tener a mi hija yo pude salir bajo fianza y luego me revocaron mi medida por máxima seguridad me trajeron de nuevo (Entrevista grupal con internas).

Como ya se mencionara, las dos gestantes viviendo con VIH, se encuentran en tratamiento.

Algunas internas consultadas consideraron que la asistencia prenatal que reciben es insuficiente o que no le han realizado todos los estudios necesarios

No me hicieron todavía todo [s los tratamientos] [...]

Nada, aquí nomás me dieron el hierro en jarabe, algunas veces no tomo [...]

No. Cuando yo entre mi panza era muy chica y no se notaba que estaba embarazada. Cuando vine no sabía que estaba embarazada. Aquí recién no se me bajó más, y tenía antojos y solamente me hicieron una ecografía y nada más [...]

Si ya les dijo [que está embarazada] pero no le hacen caso. Todavía no [me atendieron estando aquí], yo afuera seguía mi tratamiento. (Entrevista grupal con internas).

Las internas que viven con sus hijos en el sector Amanecer reconocieron que es un privilegio que puedan vivir con sus hijos estando privadas de libertad, pero que en muchas ocasiones eso implica mayores controles de disciplina y que se sienten amenazadas con ser separadas de sus hijos por “mala conducta”.

Yo trabajo también, y frutas no hay, no se dan más, ellos piensan más en la población porque se pueden amotinar, y sin embargo nosotras no podemos ir a protestar porque nos amenazan de que nos van a mandar de traslado y que nos van a sacar a nuestros hijos, y ese es el temor de todas, acá no le podés pegar a nadie, una le pega y dicen que casi le mataste y ponen un informe gigante, por poco no te mandan a otro proceso, y ese es el temor de cada mamá, acá una no puede hablar con la prensa, no podés decir lo que realmente está pasando, a veces no te avisan, y lo que pasó con una compañera que estaba acá y estaba de cumpleaños su hija, le mandamos a traer a su hija de afuera y le hicimos su cumpleaños, ese mismo día le dijeron que vaya a la portería que ya vinieron a retirar a su hija, y lo que le hicieron es sacarle la criatura y le mandaron de traslado y le dejaron a la criatura de balde, eso no tiene que ser así, luego esperamos que venga la abuela a llevarle al día siguiente y se quedó con nosotras [...].

Por mala conducta y demás cosas, pero eso a mi parecer creo que estuvo muy mal, que lo hagan frente a la hija y que tenga que estar gritando, ese es un trauma psicológico que la criatura puede recibir, sabemos que es un privilegio que nuestros hijos se queden con nosotras, porque ellos no son los que están privados de su libertad sino nosotras, acá si no haces eso te sacan a tu hija y te mandan de traslado. (Entrevista grupal con internas).

Por otra parte, identifican problemas con la atención a los niños y las niñas en los momentos en que no se encuentra presente la pediatra en el lugar

Nosotras tenemos muchos problemas de esos [de problemas de salud de niños/as cuando no está la pediatra] porque solamente con la urgencia cuando ya está muy mal solamente, ellos les llaman a los paramédicos y vienen y ellos muchas veces no entienden de pediatría si ellos prácticamente vienen por el tema de accidentes, muchas veces no entienden, pero sí o sí hay que llevarles afuera, y ellos nos ven que con cualquier cosa ya queremos llevarles al doctor y no es realmente así. (Entrevista grupal con internas).

2.5. Disponibilidad de personal capacitado para la atención en salud sexual

A pesar de que la ley penitenciaria establece que debe contarse con especialidades médicas de acuerdo al volumen y las características del establecimiento penitenciario (art. 77, literal f), no se cuenta con especialistas en ginecología, situación señalada como una necesidad importante.

Tenemos un médico que viene dos veces a la semana que es un clínico y lo que ahora estamos necesitando es una ginecóloga, ya habíamos enviado nota al Ministerio de Salud que es lo más importante porque son 230 mujeres que necesitan y tenemos que estar sacándoles para sus estudios ginecológicos afuera, para sus tratamientos, y para no sacar a esas chicas lo importante sería tener una ginecóloga permanente en el Buen Pastor (Entrevista a la directora del penal).

Y una cuestión incluso de seguridad:

Nada, simplemente que se estaban quejando porque no tenemos ginecóloga, ese es el pedido de ellas entonces hoy hablé con el Ministro nuevamente y me dicen que sí me van a ver eso para este año. El tema del ginecólogo es lo que nos preocupa porque no tenemos, eso es importante, porque para mí es más riesgoso y preocupante sacarlas a ellas y llevarles al hospital, entonces en las quejas de las chicas es la asistencia de un ginecólogo (Entrevista a la directora del penal).

Desde la dirección del penal se informa que se han realizado gestiones para cubrir esta falta, aunque sin resultados a la fecha de la entrevista.

Aquí tratamos de que se pueda cubrir eso y este año vamos tratar de que se pueda cubrir eso, enviamos las notas y me dicen que este año sí vamos a tener (Entrevista a la directora del penal).

Varias de las fuentes consultadas señalaron como una dificultad que encuentran resistencias de parte de los y las especialistas en salud para trabajar en la penitenciaría.

No mucho, te cuento que estar privada de libertad no es fácil ellas a veces buscan para quejarse, y últimamente se están quejando de que no hay ginecólogo, ahora justamente estamos viendo cuántas mujeres hemos sacado para sus estudios, cuantas se han operado, todo eso vamos a hacer una estadística. Justamente la otra vez me pidieron y yo también estuve en eso porque es más riesgoso estar sacando a las chicas, yo necesito, y no todos los médicos quieren venir acá, es difícil, estar en una penitenciaría es como que cualquiera no quiere venir (Entrevista a la directora del penal).

El Buen Pastor estamos a dos cuerdas de un Centro de Salud, y el director del Centro de Salud se negó a atender a las internas, y dijo que esa noche tenía una reunión con el Consejo de Salud y se fue a renunciar, renunció a su puesto para no atenderlas (Entrevista a la directora general).

Cuentan con una enfermera capacitada en el área de salud sexual y salud reproductiva, que trabaja en colaboración con el MSPBS, entidad encargada de su capacitación. Se reconoce que las enfermeras cumplen funciones múltiples y que en ocasiones los procesos de capacitación se complican debido a la demanda de atención dentro de la penitenciaría.

Esa enfermera que ayuda a la población normal también ayuda a la pediatra en la atención de los niños y a veces tenemos cursos y capacitaciones que no pueden estar de repente del comienzo al final del curso porque tienen que cubrirme aquí (Entrevista a la directora del penal).

La enfermera encargada de salud sexual y salud reproductiva trabaja en colaboración con la 18ª. Región Sanitaria del MSPBS, a la que presenta informes sobre la gestión en la

penitenciaria y de donde son proveídos los insumos de salud sexual y reproductiva a ser distribuidos entre las internas.

Toda la parte de enfermería y aparte de eso manejo planificación familiar, tengo que preparar los informes, presentar la décimo octava, retirar insumos y entregar a las chicas, pero estando aquí en el servicio de guardia es todo (Entrevista a enfermera del penal).

De todas maneras, la consulta para casos que excedan a la consejería, deben realizarse únicamente con el médico, quien debe decidir si es necesaria la atención especializada fuera de la penitenciaría.

No, él le hace consultar primero, yo le informo, se le llama a la interna, se le quita la ficha, consultan y de acuerdo a eso sí, porque él es clínico cirujano, no está en la parte de ginecología, pero él si ve que es necesario le deriva (Entrevista a enfermera del penal).

Varias de las internas consultadas señalan que es necesario contar con una médica, ya que existe una diversidad de mujeres que pueden requerir atención, aún cuando los casos no sean tan graves.

Les llaman a paramédicos, en seguida llaman pero como te digo acá tiene que haber una doctora que esté con nosotras, porque hay mujeres embarazadas, mujeres muy mayores, y las enfermeras no pueden hacer nada, tiene que ser muy urgente para que les lleve de madrugada, mayormente primero viene el paramédico y te revisa, y según cómo estas te dejan o si no te llevan, o te dejan para tomar medicamentos, les indican todo a las enfermeras o a las oficiales de guardia y te dan, yo he visto muchos casos pero no hay casos muy graves acá, de repente la mayoría que fuma le falta el aire y se ponen mal, no comen, pero de eso no tienen la culpa la directora ni la celadora, eso ellas lo hacen por ellas mismas [...].

La verdad que yo nunca me fui a quejarme junto a la directora, para qué, si muchas chicas ya hicieron sus quejas algunas veces tuvimos una reunión y les decimos pero nada, y sabés como se le llama a ese doctor aquí, doctor chateador, así se le conoce pero nadie hace caso, no sé porque, porque aquí tiene que haber un doctor o una

doctora, yo prefiero más una doctora porque entre las mujeres nos entendemos más, y hay también doctores que hablan con una y nos hacen tener nuestro bebé yo sé eso pero este doctor para nada sirve, es la verdad, porque a él se le paga devalde, porque como se dice él tiene que cumplir, está viniendo de afuera y tiene que hacernos caso, yo quiero que vos pongas una cámara oculta y vas a ver cómo él es. (Entrevista grupal a internas).

Varias fuentes coincidieron en que un gran obstáculo para la atención de salud es la actitud y el trato del médico actual, lo que trae como consecuencia incluso la negativa de parte de las internas a consultar, a menos que el problema que las aqueja resulte muy grave.

Y de ese doctor como te digo que no te presta atención, él en su celular nada más, una está enferma o te pones mal y te receta Z-calmol, Aspirina, y una se siente super mal, hay muchas que son medicadas y que tienen remedios para eso, pero ellos tienen que tener también remedios para una persona que de repente tiene presión baja o alta, yo tengo presión alta, pero esta vuelta en que me embaracé tuve presión baja y nunca nadie me puede dar un remedio porque no tienen, no hay para los demás, para las que están medicadas sí hay pero de ese doctor todo el mundo se queja [...]

porque como te digo una viene y le pide una ecografía y durante una no le haga problema o él no te pone nerviosa y te saca de tus casillas no te da, si no le decís que le vas a hacer una demanda él no te va a dar así nomas, por ese motivo yo no estoy viniendo para que me pueda dar una orden de ecografía para que pueda saber algo de mi estado y no vengo porque no me quiero poner nerviosa, y puede ser que me pase algo y nadie se va a hacer responsable por mí, te vas a morir y él no te va a dar, por eso me dijeron muchas porqué no me iba, y no me quiero ir les digo, voy a esperar más y cuando sea más grande mi panza y si no me quiere dar ahí si voy a mover muchos lugares les digo porque está bien que yo sea una interna pero él no te da la atención que te tiene que dar, todo es Z-cal, Z-calmil y Z-mol [nombre comercial de medicamento que contiene paracetamol], de eso él no sabe más nada, y todas las chicas se quejan de él, no soy yo solamente, todas, y no es justo porque nosotros seamos internas acá él va a hacer lo que él quiere y para mí ese doctor no tiene que estar acá, tiene que estar un doctor que hable con nosotras, que nosotras le expliquemos qué nos pasa [...]

La gente se queja aquí nomás, por eso te digo que muchas no quieren venir cuando está él, y con la celadora es así cuando una vez entró a consultar y le dijo que no le pasa nada y que no le duele nada, ni ellas no quieren entrar cuando se sienten mal y menos nosotras, y nunca nadie hace nada, lo que yo pediría es que se cambie, que venga una doctora o un doctor que nos pueda atender y que nos de nuestros derechos también aquí, no es que porque estamos encerradas al que quiera darle les da, aquí se sabe todo, no se esconde nada (Entrevista grupal a internas).

Al mismo tiempo se reconoció el esfuerzo de las enfermeras, señalando que cuentan con limitaciones materiales para realizar su trabajo, a pesar de la buena voluntad:

Las enfermeras te dan lo que tienen, yo no puedo hablar de ellas mal porque siempre cuando me duele la cabeza por lo menos una Aspirina tienen para darme, ellas no tienen la culpa porque ellas trabajan acá, siempre me dan cuando tienen y desde que yo les dije que estaba embarazada no me quieren más dar esas Aspirinas fuertes, yo les conté y me dijeron que no me podían dar más que otra que es Z-cal (Entrevista grupal a internas)

Pero que la carencia se agrava en las noches en que no hay guardia de enfermería en el penal

Sábados y domingo por la noche no hay enfermeras (Entrevista grupal a internas).

Cuando se presenta un caso grave, el procedimiento de hecho es llamar a los paramédicos, quienes, tras la revisión, determinan si la gravedad amerita que la interna sea trasladada a un centro especializado. Ante los casos más leves, por lo general, recetan medicamentos cuya provisión queda a cargo de la enfermería.

Les llaman a paramédicos, en seguida llaman pero como te digo acá tiene que haber una doctora que esté con nosotras, porque hay mujeres embarazadas, mujeres muy mayores, y las enfermeras no pueden hacer nada, tiene que ser muy urgente para que les lleve de madrugada, mayormente primero viene el paramédico y te revisa, y según cómo estas te dejan o si no te llevan, o te dejan para tomar medicamentos, les indican todo a las enfermeras o a las oficiales de guardia y te dan, yo he visto muchos casos pero no hay casos muy graves acá, de repente la mayoría que fuma le falta el aire y se

ponen mal, no comen, pero de eso no tienen la culpa la directora ni la celadora, eso ellas lo hacen por ellas mismas (Entrevista grupal a internas).

Tal como ya se presentó en relación con la disponibilidad de servicios, desde la enfermería confirman que cuentan con instrumentos para realizar el PAP, pero que no puede realizarse por la falta de personal capacitado para llevar adelante el procedimiento:

Y por lo general para sutura, instrumentos para hacer PAP tenemos todo lo que no tenemos es alguien que haga, hay falta de ginecólogo (Entrevista a enfermera del penal)

2.6. Disponibilidad de visitas íntimas

La ley 210/70 establece que las personas internas podrán “recibir visitas privadas del sexo opuesto de acuerdo con los reglamentos” (art. 53). Durante el período de esta investigación se realizaron sucesivos pedidos a diferentes actores institucionales para acceder a la Resolución N° 51/06, de la entonces Dirección de Institutos Penales, en la cual se establecen las normas para el buen funcionamiento de las visitas íntimas. No se logró acceder a un ejemplar de esta resolución, por lo que se refiere lo que un estudio sobre el derecho al trato humano de las personas privadas de libertad refirió acerca del mismo:

El considerando de la Resolución N° 51/06, de la Dirección de Institutos Penales, por el que se establecen normas para el buen funcionamiento de las “privadas”, dice que tiene por objeto recibir en su lugar de reclusión “en carácter de visitas privadas, a sus legítimas esposas, concubinas y novias, como medio para garantizar la continuidad del vínculo familiar, respetando la dignidad de las personas reclusas, excluyendo todo tipo de discriminación” (Rodi *et al.* 2008: 201).

La dirección del penal refirió que el reglamento establece que las mujeres deben registrar a sus parejas, marido o concubino, demostrar el vínculo, ya sea mediante certificado de matrimonio u otro documento que acredite hijos o hijas en común. Además de esto, deben presentar fotocopia de cédula y análisis laboratoriales que incluyen el de VIH.

Pero antes de usar el servicio tenes que fichar a tu marido, pareja o novio, te piden fotocopia de cédula, te piden análisis de VIH y eso nomás (Entrevista grupal a internas).

Deben esperar seis meses para “anotar” una pareja nueva, una vez que deja de venir la pareja que está registrada.

[...] y las internas cuando entran les registra a su pareja, su marido o su concubino, y qué pasa con el tiempo, ese marido o concubino nunca más viene, vos no vas a ver un hombre que vengan a visitarles y llegan los 6 meses y te dicen que no viene más su marido y quieren que le borres, le borran o si vienen tienen que traer sus documentos de matrimonio o tienen que demostrar que tienen hijos o lo que sea, el certificado de los niños donde se ve que está reconocido por el padres y su análisis correspondiente ya sea del padre y de la madres, ese es el caso en la privada, una vez que se rompió la relación con esa pareja tienen que esperar 6 meses para que vuelvan a tener otra pareja (Entrevista a directora del penal).

La dirección considera que este plazo debe modificarse, ya que muchas veces quienes visitan a las internas son las mismas personas que se encuentran con ellas en los días de visitas familiares y suelen entregarles provisiones para la vida cotidiana en el penal.

Yo quería dar también ese reglamento que es de hace tiempo, y eso hay que renovarlo, anteriormente se esperaba un año para volver a tener pareja, entonces eso empezó a bajar porque es mucho y de repente el hombre que vienen a visitarlas son los que de repente las ayuda, les traen sus necesidades y ese tipo de cosas (Entrevista a directora del penal).

La dirección señala además que la mayor parte de las parejas que acuden a las visitas íntimas son padres de los hijos de las internas.

Y a quien ella le registra, la mayoría son padres de sus hijos, muy pocos los que son novios (Entrevista a directora del penal).

Los horarios establecidos para su uso son de 07:00 a 14.00hs, de 14.00 a 19.00hs y de 19.00 a 07:00 hs. Las internas deben anotarse y van utilizando por orden de llegada. Se señala que en la época de fin de año se realiza un sorteo por la gran demanda.

Tenemos una planilla donde se anotan y se tiene por hora, desde las siete de la mañana hasta las dos de la tarde, ahí sale una pareja y entra otra hasta las siete de la tarde y de la siete de la tarde a siete de la mañana otra pareja, en fin de año si o si se sortean porque todo el mundo quiere pasar con su pareja (Entrevista a directora del penal).

Pero se indica que en ocasiones algunas “ceden” el turno a otras compañeras cuya pareja viene del interior.

No, por suerte, ellas se ayudan mucho a esto porque de repente vienen parejas de lejos que no estaba previsto y uno ya reservó porque tiene pareja entonces una le cede a la otra porque viene cada 6 o 4 meses, siempre ellas se ayudan mucho en ese sentido (Entrevista a directora del penal).

Se informa además que algunas mujeres van a otras penitenciarías para la visita íntima, lo que esto se realiza bajo autorización judicial, ya que las internas saldrán de la penitenciaría.

Con relación a los costos, las internas declaran que deben pagar a la oficial de guardia entre veinte mil y treinta mil guaraníes (5 a 7 dólares norteamericanos, aproximadamente).

De siete a siete te cobran 20.000 guaraníes, por 2 horas más te cobran 30.000 guaraníes [...].

A la oficial de guardia [hay que pagarle], ella tiene su cuaderno para privados, solamente hay cuatro piezas privadas solamente (Entrevista grupal a internas).

Además, mencionan no se puede acceder a la visita íntima sin la cancelación del pago, lo cual es considerado discriminatorio, ya que, según ellas, en la Penitenciaría Nacional de Tacumbú (exclusiva de hombres) sí pueden acceder a la visita íntima sin pagar, en algunos casos.

Y si no tenes no entras, no tenes derecho por más condenada que seas, yo tengo una condena de ocho años y acá no tenemos eso, en Tacumbú si tienen ese privilegio los condenados, por lo menos de una vez a la semana de la privada gratis (Entrevista grupal a internas).

Refieren además que el monto recaudado constituiría la “caja chica” de la institución y, aunque no cuestionan el pago por el uso, piensan que deberían mejorarse las condiciones de las habitaciones.

Según la directora es para su caja chica, y la privada se usa de mañana, de siesta, de tarde, de noche, cuatro privadas nomás hay, de repente viene visitas que son del interior, entonces esa gente saca la privada para estar con su gente, y se quedan para el día siguiente las visitas y por esas dos horas más te cobran 10.000 más, en total 30.000, y es poco para 200 internas cuatro privadas es poco, y eso va a la caja chica pero tiene que poner mejor el servicio, y si no tenés para pagar, no te regalan (Entrevista grupal a internas).

Para las internas el número de habitaciones para las “privadas” con relación a la demanda es escaso:

Faltan más [habitaciones para visitas íntimas], es muy poco [...].

A la oficial de guardia, ella tiene su cuaderno para privados, solamente hay cuatro piezas privadas solamente (Entrevista grupal a internas).

Mientras que la dirección considera que aunque haya necesidades, se manejan bien con las disponibles porque no considera que no se ve afectado por el número de internas que tienen visitas íntimas.

Tenemos solamente 4 privadas, claro que hay más necesidades pero nos manejamos bien con 4 porque no son muchas las que tienen sus visitas íntimas (Entrevista grupal a internas).

De hecho, hay disponibles cuatro habitaciones y de las 78 encuestadas, solo 18 afirman recibir visitas, aunque todas están evidentemente en períodos de vida sexual activa (en Paraguay, una persona con más de setenta años de edad, no puede ser privada de su libertad en un penal, Código Procesal Penal, art. 238). Si se trasladara este resultado al conjunto de la población en el penal, estaríamos hablando de 51 usuarias. Ahora bien, de 45 que respondieron acerca de la frecuencia de uso, 18 manifestaron un uso al menos mensual, pero en las conversaciones con la investigadora durante la aplicación, varias indicaron que

esta frecuencia era semanal o quincenal. Lo que llevaría a considerar que cuatro habitaciones resultan insuficientes para la demanda.

Con relación a las condiciones de las habitaciones para las visitas íntimas, algunas internas consideran que no se encuentran en “buenas condiciones”, que tienen problemas de ventilación y de equipamiento, sobre todo en el colchón. Asimismo sostienen que se inunda cuando llueve.

Ellos cobran como un motel, es muy feo el colchón de la privada, no hay ventilador, no le deseo luego a nadie, cuando llueve entra toda el agua adentro, menos mal la cama no está sobre el piso, realmente es un desastre (Entrevista grupal a internas)

Las visitas entre parejas de mujeres se encuentran prohibidas en la misma ley. Aunque la Dirección General considera que esto debe modificarse, porque constituye una discriminación, en tanto, la dirección de la penitenciaría afirma que no ha recibido solicitud alguna al respecto y que de recibirla, no lo permitiría.

Yo te puedo decir que soy muy conservadora, yo respeto mucho eso, pero mientras yo esté creo que no voy a permitir pero respeto, por lo menos mientras yo esté creo que no va a ser posible (Entrevista a directora del penal).

3. La accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva

3.1. No discriminación

El PNSSR declara que:

La vigencia de los derechos humanos posibilita el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que garantiza a las personas una vivencia de su sexualidad sana, placentera y sin riesgos, opuesta a toda forma de discriminación, coacción o violencia (PNSSR, página 7).

Los principales motivos de discriminación relevados fueron aquella basada en el idioma, en la situación procesal, en la posición económica, en la orientación sexual y en el estado de salud.

En el caso paraguayo, la sobrevaloración social del castellano por encima del guaraní, a pesar de ser ambas lenguas oficiales (Constitución, art. 140), ha llevado a excluir tradicionalmente de los ámbitos de decisión a quienes se desempeñan mejor en la segunda de estas lenguas (Melià, 1997). Ello ha llevado a plantear que en esta investigación pudiera explorarse de qué modo esta situación afectaría a las mujeres internas monolingüe guaraní-hablantes o con un bilingüismo subordinado al guaraní.

Un hallazgo significativo es que el idioma no se presenta como un factor de discriminación relevante. Con relación al guaraní, se reconoce que algunas internas solo hablan esta lengua y que en la penitenciaría existen códigos propios. En la enfermería se reportó que todas sus profesionales hablan guaraní.

Súper bien, todas hablan español, y el guaraní lo tenés que manejar, hay algunas que hablan solo guaraní, y las que son de la calle tienen también su dialecto y tenes que manejarlo como ellas, todas manejamos el guaraní (Entrevista a enfermera del penal)

Por lo que esto no sería un obstáculo para la atención, a su vez, la dirección del penal confirmó que todas las internas comprenden muy bien el español.

Por otro lado, aunque se registran 27 internas extranjeras en el parte diario, la mayoría de entre ellas se desenvuelve en castellano. Así, las internas del sector Amanecer confirmaron que tienen una compañera de nacionalidad brasileña, pero que se pueden comunicar muy bien

No, le entendemos perfectamente a ella [con relación a la interna brasileña], cuando habla muy rápido no hay nadie que la entienda, pero generalmente sí se le entiende, no tiene problema en eso (Entrevista grupal a internas).

En cuanto a la discriminación por situación procesal, esta se expresaría principalmente cuando las mujeres deben salir a recibir atención fuera de la penitenciaría: van

acompañadas de las trabajadoras sociales y personal de seguridad, esposadas. Algunas refirieron incluso que les dificultan la movilidad de los pies

Sí, todas las veces [nos llevan esposadas] y en los pies también (entrevista grupal a internas).

Esta situación torna muy visible la presencia de mujeres privadas de libertad en centros de salud, lo que acarrea miradas y comentarios de la gente. Varias coincidieron en referir que esto las “hace sentir muy mal”.

Cuando salimos afuera y nos mira la gente y habla duele más porque vos te conoces y sabes qué clase de persona sos y es como una pesadilla, salís de tu mundo porque la sociedad y el sistema represivo que te acompaña y ellos te hacen sentir una persona peligrosa y eso de repente duele más, y luego que te exhiben ante el mundo porque somos reconocidas en todas partes [...].

Como bicho raro te mira la gente, me fui para hacerme estudios de cuello uterino en el Instituto del Cáncer, lleno de gente estaba, y ahí nos tienen esposadas y la gente se va para vernos, y nos sentimos mal pero de repente ya es normal para nosotras porque a donde vayamos es así, en el Centro de Salud N° 5 así nos llevaban esposadas y hasta los médicos abren sus puertas para estar mirando (Entrevista grupal a internas).

De esta manera, se estaría reforzando el estigma sobre las mujeres privadas de libertad (Goffman, 1986). Esto se agrava cuando están detenidas por casos que hayan tenido repercusión o visibilidad pública significativa, pues entonces, aumentan tanto la “aparatosidad” del acompañamiento de seguridad como la reacción de las demás personas presentes en el hospital o centro de salud.

El PAP, eso es una cosa super íntima y quieren entrar con nosotras las chicas, ya es suficiente con el médico, la vez pasada nos fuimos con Juanita y entraron dos policías mujeres con una cortina muy chica, no da gusto, y afuera hasta cordón [de seguridad] hacen. Todo el mundo se entera que estamos ahí. Y siempre se prestan, te quieren maltratar, empujar, cualquier cosa intentan hacer (Entrevista grupal a internas).

Además, en ocasiones el permiso para la atención externa se vuelve más burocrático que en los otros casos:

Nosotras estamos por el tema del EPP [el Ejército del Pueblo Paraguayo, un caso muy publicitado] y a nosotras no nos van a sacar así nomás, tenés que pedir una autorización o tenés que hacer todo un proceso de ir junto al abogado y del abogado al juez, y así sucesivamente van las cosas y mientras eso una ya está por morir (Entrevista grupal a internas).

Al ser consultadas, una de las internas refirió que cuando ellas saben que alguna se encuentra con una ITS, se vuelve un factor de discriminación, aun cuando referiría a la diferencia de trato entre las mismas internas y no llegaría a constituirse en sí mismo en un acto de discriminación, sino en una acción de exclusión por prejuicio, todavía faltaría indagar acerca de los recursos de que dispondrían en el penal para modificar estas prácticas.

Claro que sí [hay gente que les explica sobre las ITS y VIH], siempre hay gente que vienen a hacer charlas, la gente viene de afuera a hacer, hay psicólogos, lo que pasa que acá hay mucha discriminación y te dicen que una tiene Sífilis y que no te sientes a tomar tereré con ellas, yo sé bien y soy realista, hace más de siete años que estoy acá y más un año que estuve en Ciudad del Este, y jamás me contagié con ninguna enfermedad (Entrevista grupal a internas).

En otro orden, las internas hicieron referencia a la desigualdad de trato originada en la posición económica y que, si bien era conocido, muchas no querían denunciar la situación.

Sí, de parte de él [el médico] sí [hay un trato diferenciado], y como todo se sabe uno se entera al salir al pasillo porque se comenta, aquí hay mucha gente que tiene plata, y más estamos las que somos pobres y humildes, y según como la gente dice hay gente a las que le trata mejor, pero qué vamos a hacer, nosotras somos internas y no mandamos por nosotras, muchas cosas se callan muchas chicas (Entrevista grupal a internas).

Algunas madres refirieron que hay desigualdades de trato con relación a la provisión de alimentos y pañales, esto es, que cuando se detecta que alguna interna cuenta con algún tipo de ayuda externa, se asume que todos los gastos serán cubiertos con dicha ayuda.

Sí, no a mí, sino a mi hijo[le discriminan], es que algunas veces no tengo [para comprar pañales]y tengo que sacar de mi bolsillo siendo que hay las posibilidades de que se le pueda dar a mi hijo [...].

Yo tengo amigas monjas que me ayudan, pero ellas a veces traen y otras veces no, no es que tienen la obligación de traer los pañales y esas cosas y dicen que la Ley es para todos los chicos que vienen y a mí no me dan ni la leche ni el pañal, y solamente nos dan yogurt pero es porque yo tengo quien me ayude (Entrevista grupal a internas).

En cuanto a la discriminación basada en la orientación sexual, algunas internas refirieron sufrir discriminación por orientación sexual. Así, cuando el personal detecta la existencia de una pareja de mujeres al interior de la penitenciaría, una de ellas es trasladada a otro centro penitenciario, con el fin de “separar” a la pareja.

Cada una va a hacer lo que quiera hacer. Le decimos luego a la directora qué vamos a hacer si no nos gustan los hombres. A una novia le llevaron a Pedro Juan Caballero y a otra la trasladaron a Villarrica, y cuando le llevaron le dijeron que era por eso

Al mismo tiempo sostienen que entre ellas no hay discriminación y que incluso muchas, a pesar de tener parejas hombres, también tienen prácticas sexuales con mujeres.

No, entre nosotras no, es una cosa normal [las parejas de mujeres] [...].

A la mayoría les gustan las dos cosas, los hombres y las mujeres (Entrevista grupal a internas).

En la encuesta aplicada, de las 78, 4 declararon haber tenido encuentros sexuales con otras internas, lo que no reflejaría las afirmaciones relevadas en los grupos conversacionales e incluso por parte de la Dirección General. Probablemente, las prácticas descritas de persecución estarían limitando la libertad para manifestar sus experiencias.

Resulta llamativo en este contexto que el personal de penitenciaría no hizo referencia a otra discriminación que la basada en el idioma, justamente aquella en la cual se detectan menores prácticas discriminatorias. Esto podría deberse a que muchas veces las acciones de discriminación no son percibidas como tales por sus autoras y autores (Pujal y Lombrat, 2004, pág. 121, Margulis y Urresti, pp. 9 y 10).

3.2. Accesibilidad a los servicios

Aun cuando la dirección del penal informó que no existe ninguna interna con discapacidad motriz y que la enfermería se encuentra al costado del patio, lugar accesible a todas las internas. Sin embargo, para llegar a él es necesario subir escaleras, lo que para las mujeres en estado de gravidez avanzada podría significar una barrera. De hecho, normativas internacionales de accesibilidad y utilización de edificios y medios de transporte, reconocen a las embarazadas como personas con movilidad reducida¹⁷.

Con relación a la atención médica que deba brindarse fuera de la penitenciaría, varias internas coincidieron en señalar que, a menos que la situación sea evidentemente grave, se torna muy difícil acceder a la atención externa.

Les llaman a los paramédicos pero eso depende mucho de las internas, hay que insistir, tenés que estar casi muerta para que te hagan caso (Entrevista grupal a internas).

3.3. Asequibilidad

Conforme a las afirmaciones de la dirección del penal, la atención en salud que se da al interior de la penitenciaría se realiza sin costo alguno para las internas. Sin embargo, se señala que carecen de determinados medicamentos especializados para ginecología

Mandamos a comprar también en casos urgentes porque no contamos con muchos medicamentos como por ejemplo óvulos vaginales por vía oral y todo eso (Entrevista a enfermera del penal).

Además, sostienen que son comprados con dinero de “la caja chica”, en algunos casos deben ser pagados por las internas.

¹⁷ Código Técnico de la Edificación del Ministerio de Fomento de España; Resolución N° 1666/10 de la Intendencia Municipal de Montevideo sobre el transporte urbano, Uruguay; Ordenanza sobre accesibilidad arquitectónica y urbanística para personas con discapacidad y/o movilidad reducida del Municipio de Sucre, Caracas, Venezuela.

Y a veces sí en los casos de que no contemos con muchos medicamentos y ellas [las internas] tienen que comprar (Entrevista a enfermera del penal).

La institución recurre a donaciones:

Y le pido a la directora para que se haga cargo de eso, y cuando no tienen nos rebuscamos ya sea similar a ese medicamento pero se les consigue (Entrevista a enfermera del penal).

Medicamentos también tenemos y lo que no tenemos los compramos, tenemos una caja chica donde estamos comprando porque hay veces que no tiene el Ministerio, gracias a Dios este año empezamos bien y estamos teniendo los medicamentos en forma, pero hay veces que no hay y los tenemos que comprar y a veces tenemos donaciones de la misma sociedad que traen medicamentos para el Buen Pastor, pero siempre falta algo que tenemos que estar pidiendo, pero tratamos de cumplir, yo te puedo decir que el 2010 terminamos bien porque cualquier cosa que no estamos cubriendo aquí lo estamos sacando para que ellas sean vistas por los médicos de afuera y siempre medicamentos, por ejemplo el tema de óvulos de repente lo que no estamos cubriendo en su totalidad entonces tenemos que comprar pero lo básico estamos teniendo (Entrevista a directora del penal).

O bien, realizan un “canje” con empresas farmacéuticas que proveen medicamentos al Buen Pastor:

Sí, hay medicamentos, y no están previstos todos estos medicamentos específicos para problemas de menopausia, increíblemente no están previstos, articulamos, por ejemplo como hay un laboratorio o una empresa que ganó la licitación, entonces yo no sé porqué no se licitan, yo creo que es por la cantidad, es compra directa en casos específicos especialmente oncológicos y lo que pasa es que no podemos usar un medicamento oncológico de 800.000 guaraníes, compramos una o dos veces y después estamos desesperados, la directora gestiona con las fundaciones, por ejemplo Francisca toma un medicamento por problemas hormonales hace poco tuvo una cirugía y 70.000 guaraníes es lo que cubre y luego hay que poner otros 70.000 son 140.000 entonces canjeamos, les decimos que al Buen Pastor manden tal medicamento que no voy a usar tanta cantidad casi se diría que es un arte la administración, yo no sé si hay una

disposición si hay una mínima cantidad necesaria del medicamento que tengo que ordenar o si no puedo licitar o si se mantiene, y probablemente sea así. Los anticonceptivos tenemos por miles, eso es salud pública, también preservativos por miles (Entrevista a directora general).

Se informa además que se provee de toallitas higiénicas a las internas

Como toallitas higiénicas, claro, nosotras les damos a ellas, no falta para ellas (Entrevista con directora del penal).

Aunque existen discrepancias sobre la suficiencia de la cantidad suministrada:

Por mi parte nunca me dieron pero yo veo chicas que piden en la portería y les dan 2 o 3 para todo el periodo y nada más y de qué me sirven 2 toallitas higiénicas, además que tenés que pedir a gritos, si acá no tenés ya no hay nada que se pueda hacer porque no se puede depender de ellos, o conseguís las cosas a la fuerza porque a las buenas no te dan nada y no te hacen caso (Entrevista grupal a internas).

Todas las internas consultadas declararon que efectivamente la atención de salud es gratuita en el penal. En otros estudios, se ha demostrado que en el Penal de Tacumbú, la penitenciaría para hombres, el paso de un sector a otro solo puede realizarse si se paga una suerte de “peaje” clandestino, lo que implica en la práctica que los servicios de salud en ese centro no son asequibles, y por tanto, terminan no siendo gratuitos (Martens, 2010: pág. 169).

4. La aceptabilidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva

4.1. Adecuación cultural de los servicios

No se relevaron entre las normativas ni entre las percepciones del personal de la penitenciaría elementos que dieran cuenta de la obligatoriedad ni de la necesidad de adecuar culturalmente los servicios. En este caso, es importante tener presente lo ya presentado sobre discriminación basada en el idioma, pero además elementos de cultura

rural. Por otro lado, el parte diario penitenciario registra que no hay mujeres internas de pueblos indígenas. La creación de la Dirección General de Salud Indígena en el ámbito del MSPBS, la disponibilidad de una propuesta de Política de Salud Integral de los Pueblos Indígenas (2007) y el carácter consultivo con los pueblos indígenas de la gestión iniciada en la referida dirección (Ayala Amarilla, 2010: pág. 428) podría contribuir a generar directrices concretas de adecuación cultural en la penitenciaría para cuando hubiera internas de pueblos indígenas.

Las internas refieren que para la atención ginecológica sería más apropiado contar con una médica que con un médico.

Porque aquí tiene que haber un doctor o una doctora, yo prefiero más una doctora porque entre las mujeres nos entendemos más (Entrevista grupal a internas).

Asimismo, consideran como un problema recurrente el ya referido maltrato por parte del médico de la penitenciaría.

La verdad que es pésima, no hay una buena atención de parte de ellos, además no es una profesional que realmente valga la pena, algunas veces no te tienen paciencia, no son tratables, son personas muy intratables (Entrevista grupal a internas).

4.2. Confidencialidad

De acuerdo a lo establecido por el Comité Cedaw en su recomendación general n° 24 sobre la salud y la mujer:

Los Estados Partes deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como [...] La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para

tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física (Comité Cedaw, 1999: párrafo 12).

Varias fuentes institucionales coincidieron en la afirmación de que se respeta el deber de confidencialidad. Las enfermeras reconocen que ese es un deber propio del cargo.

Como en todo lugar que trabajas en el área de enfermería, tenés que saber que lo que tenga o deje de tener un paciente lo sabes vos y ahí se queda, gracias a dios nunca tuvimos ningún problema de este tipo (Entrevista a enfermera del penal).

La Dirección confirmó que no han recibido reclamo alguno al respecto:

Hasta hoy nunca tuvimos [ninguna denuncia por violación del deber de confidencialidad] (Entrevista a la directora del penal).

Por otra parte, las internas refirieron que no se cumple el deber de confidencialidad, puesto que comentaron que situaciones que afectan a su estado de salud fueron reveladas a las otras internas.

Por ejemplo yo tengo una enfermedad que debería quedarse en secreto con el doctor, la población completa sabe antes de que yo sepa. Muchas veces pasó eso (Entrevista grupal a internas).

5. Calidad de los servicios de salud sexual y de salud reproductiva

El objetivo estratégico del PNSSR se describe como:

Salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay mejorada a través de la ejecución de políticas y planes integrados, con enfoque de género y de derechos orientados por la política de salud y sus principios de universalidad, integralidad, equidad, calidad y participación social.” (PNSSR, página10)

Sin embargo, varias fuentes coincidieron en calificar la atención en salud sexual como deficitaria, principalmente por la ausencia de profesionales de la ginecología.

Es pésimo porque nos faltan médicos, por sobre todo ginecólogos, las internas muchas veces ingresan con cuadros de flujo, manchas, gonorreas y todo eso (Entrevista a enfermera del penal).

La falta, la insuficiencia y el deterioro de insumos necesarios para el desempeño de la enfermería como camillas, colchones, camas, cama ginecológica, autoclave, heladera, tijera.

[...] en la atención en salud hacemos todo lo que podemos pero está pésima por falta de médicos e instrumentos de trabajo que justamente vino la compañera de la noche a pedir a la directora que nos provea de instrumentos, cajas y eso en casos de sutura, tenemos pero no funciona, nuestra tijera ya no corta (Entrevista a enfermera del penal)

Así como de medicamentos específicos para ginecología.

Necesitamos camillas nuevas, colchones, camas, una cama ginecológica, pero eso en el caso de tener un ginecólogo, ahora no precisamos porque no tenemos, otra autoclave, una heladera más grande y cargar la farmacia, porque así nos manejamos, tengo que ir a pedir a dirección y de ahí tengo que ir a asistirles en caso de que no tenga, lo que me entregan es analgésicos, algún que otro antiinflamatorio y nada, después las otras cosas tengo que ir a ver (Entrevista a enfermera del penal).

Se considera que una carencia grave es la de una autoclave en buenas condiciones, ya que la disponible no funciona adecuadamente

Todo, ficheros, auto clave nuevos porque el que hay ya casi no funciona y cómo vamos a usar eso siendo que hay doscientas sesenta internas y no esteriliza el 100%, cosa que debería funcionar, calienta solamente a medias, en casos de heridas tenemos que usar las cajas viejas, las cajas de cirugía menor, lavar, desinfectar, Y eso es peligroso, pasa que si ocurre eso la otra tiene que esperar a lavar y esterilizar por la primera que utilizó (Entrevista con enfermera del penal).

Con relación a la limpieza del sector de enfermería, las internas están encargadas de la tarea, tanto por la mañana como por la tarde.

Las internas limpian y se organizan entre las celadoras en su área, solamente envían a las que tienen que limpiar, todos los días hay una que limpia de mañana y de tarde (Entrevista a enfermera del penal)

Los residuos patológicos son incinerados, tarea encargada al personal de mantenimiento del Ministerio de Justicia y Trabajo.

Se queman en el fondo, y de eso se encarga la gente del mantenimiento personal del Ministerio, hoy justamente vinieron a llevar unos cuantos que ya estaban llenos, incineran todo (Entrevista a enfermera del penal).

A su vez, las internas coinciden en que las condiciones higiénicas son deficitarias

Las condiciones higiénicas no están bien (Entrevista grupal a internas).

La limpieza es de hecho uno de los temas de mayor preocupación entre las internas del sector Amanecer: sostienen que los pabellones deben desinfectarse adecuadamente por la presencia de niños y niñas. Otro tema de preocupación es la falta de medicamentos, de leche y de pañales.

Lo que falta es en primer lugar elementos de limpieza para que el pabellón esté limpio y se desinfecte por el tema de las criaturas y por supuesto su salud, faltan medicamentos, leche que se tienen que dar sí o sí todos los miércoles y no se da, faltan pañales (Entrevista grupal a internas).

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La presentación de las conclusiones y recomendaciones se realiza tomando en consideración los objetivos específicos propuestos. En primer lugar se presentan las conclusiones relativas al diagnóstico de la situación actual de la salud sexual y la salud reproductiva con relación al sistema penitenciario, con enfoque de derechos y de género.

En segundo lugar, las conclusiones relativas al análisis de la adecuación a estándares de derechos humanos y de género de la normativa y política penitenciarias vigentes en materia de salud sexual y reproductiva

A seguir, se presentan las propuestas de mejoramiento de la normativa y política penitenciaria actuales para adecuarlas a los enfoques de derechos y de género.

Finalmente, se recomendarán investigaciones pertinentes para seguir profundizando en la temática y comprendiendo mejor el modo en que las políticas de salud sexual y salud reproductiva pueden afectar al goce y ejercicio de este derecho entre las mujeres privadas de libertad.

1. Diagnóstico de la situación actual

Como conclusión inicial puede afirmarse que la política penitenciaria, tanto en su formulación como en su implementación actual no alcanza a resolver el goce de la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres privadas de libertad.

Es importante señalar que las normas y políticas sobre salud sexual y salud reproductiva, más allá del ámbito penitenciario, tienen vacíos y carencias que deben ser resueltos por las políticas públicas y que evidentemente se trasladan al ámbito penitenciario. Aquí cabe recordar lo ya señalado por Thoenig cuando se refiere a que las políticas públicas comprenden “lo que los gobiernos deciden realizar o no realizar” (1985). Un desafío importante es encarar con acciones concretas los problemas identificados sobre salud sexual y salud reproductiva.

Este mismo desafío debe trasladarse al sistema penitenciario, con relación a las mujeres. Todavía es necesario encarar una serie de medidas para que la privación de libertad de las mujeres contemple el goce de su derecho a la salud sexual y la salud reproductiva. A partir del diagnóstico pudo hacerse visible que la política penitenciaria no contempla las necesidades específicas de las mujeres en materia de salud, como son la salud sexual y la salud reproductiva.

Desde una perspectiva de género, se puede ver que las necesidades y las especificidades de las mujeres generalmente no están contempladas dentro de la política penitenciaria. En términos legislativos, existen muy pocos artículos de la legislación penitenciaria que abordan de manera diferenciada las necesidades de los hombres y de las mujeres privadas de libertad. Las pocas veces que lo hacen es legislando sobre consecuencias que conllevan la única diferencia biológica que se contempla: la capacidad reproductiva de las mujeres. De esta manera, la salud sexual es subsumida como una subcategoría de la salud reproductiva, lo que ha sido señalado como una visión reduccionista de la sexualidad.

Por otra parte, la formulación e implementación de las políticas penitenciarias, desde un enfoque de derechos no es suficiente para garantizar el goce de la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres privadas de libertad.

La salud sexual y la salud reproductiva tienen rango constitucional y además se encuentran reconocidas en algunos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Paraguay, como el PIDESC, la CEDAW y la CDN, que abordan la salud sexual y la salud reproductiva como integrantes del derecho a la salud que debe ser garantizado a las mujeres y a todas las personas.

En el ámbito de la legislación interna, existe un vacío legal ya que no se cuenta con una ley específica de aplicación de estos derechos. A pesar de esto, existe un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Asimismo, el MEC contempla la educación en sexualidad entre sus propósitos formativos y es parte integral del III PNIO.

Con relación a la política penitenciaria, la misma contempla una visión parcial de las mujeres, tal como se ha descrito. Adicionalmente, la legislación penitenciaria y el reglamento de visitas íntimas restringen las mismas a parejas heterosexuales, lo cual lo convierte en discriminatorio.

Por otra parte, un aspecto positivo es la existencia de una reglamentación sobre el régimen del sector que aloja a las mujeres que viven en la penitenciaría con sus hijos o hijas hasta los tres años de edad, denominado “Sector Amanecer”.

2. Adecuación a estándares de derechos humanos y de género y efectividad de la política

Como se ha señalado en el marco metodológico, el análisis relacionado a los estándares de derechos humanos se ha realizado a partir de parámetros establecidos por el Comité DESC, en su observación general n° 14, para evaluar la adecuación de las políticas en la materia. Así, se tomaron como dimensiones de análisis de establecimientos, insumos y servicios: (a) la disponibilidad, (b) la accesibilidad, que incluya la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad y el acceso a la información, (c) la aceptabilidad, y (d) la calidad.

Con relación a la *disponibilidad*, se detectan carencias graves, como la falta de personal especializado en salud sexual y salud reproductiva, pese a las medidas paliativas que se han venido tomando desde la dirección de la penitenciaría y la dirección general. Asimismo se observa insuficiencia de medicamentos específicos e insumos para la atención de las afecciones en materia de salud sexual y reproductiva. Sí se cuenta con insumos suficientes en materia de anticoncepción, aunque se señala la necesidad de ahondar tanto en investigación como en difusión de información sobre métodos anticonceptivos.

La cobertura de la atención prenatal se verifica con limitaciones relativas a la calidad de la atención y suficiencia de insumos para cubrir las demandas de las mujeres en etapa prenatal.

Con relación a la *accesibilidad*, se registran situaciones y prácticas discriminatorias, como las relativas a la orientación sexual, situación procesal y estado de salud.

La accesibilidad física no se registra como un obstáculo actual pero sí potencial, ya que el lugar donde se realiza la atención de salud al interior de la penitenciaría no contempla las necesidades de personas con movilidad reducida. En este apartado se ha considerado además, los trámites burocráticos que en ocasiones se convierten en barreras para la atención a la salud, especialmente en casos en los cuales no hay urgencias.

La accesibilidad económica es un obstáculo real, principalmente con relación a medicamentos especializados para ginecología, que por lo general, tienen costos que las internas no pueden cubrir.

La información se encuentra disponible para las internas, pero es necesario emprender campañas para que la información llegue efectivamente a las mismas, ya que la demanda de información supone contar con algún tipo de conocimiento básico en temas de ITS, VIH, anticoncepción y otros.

Con relación a la *aceptabilidad*, se señala la ausencia de mujeres indígenas al interior de la penitenciaría, pero sí la necesidad de mejorar cualitativamente el trato del personal médico de la penitenciaría, ya que el maltrato es una barrera para que las internas acudan a solicitar información o servicios de salud sexual y reproductiva.

La confidencialidad se presenta como un tema en el que no hay acuerdo, ya que si bien, las autoridades y enfermeras sostienen no tener conocimiento de alguna denuncia con relación al tema, algunas internas sostienen haber sufrido las consecuencias de la violación del deber de confidencialidad. Se señala asimismo, la falta de un mecanismo explícito de denuncias en caso de violación del mismo.

Con relación a la *calidad*, se señala la falta, insuficiencia y deterioro de insumos para el desempeño de enfermería y la preocupación de algunas internas con relación a la limpieza del establecimiento para la atención de salud. Asimismo, se carece de información precisa

para evaluar si la disposición de residuos patológicos se realiza de acuerdo a las normas de seguridad sanitarias.

Se verifica además la necesidad de contar con información sistematizada sobre la atención a la salud sexual y la salud reproductiva, ya que no se pudo acceder a dicha información en el periodo del estudio.

3. Propuestas de mejoramiento de la normativa, políticas y prácticas

3.1. Modificaciones legislativas

- En la actualidad la ley penitenciaria solo contempla a las mujeres en su rol de gestante, ésta incluso no se realiza de manera integral, sino considerando solo ciertas cuestiones relacionadas con el embarazo y parto. Es necesario emprender una reforma penitenciaria que, por un lado, contemple la especificidad de las mujeres más allá de su rol reproductivo, que pueda incluir integralmente la salud sexual y la salud reproductiva. Esta reforma debe incluir la modificación del régimen de visitas íntimas a fin de eliminar la discriminación por orientación sexual, prohibida en la Constitución (art. 46) y en diversos instrumentos de derechos humanos ratificados por Paraguay.

3.2. Políticas Públicas

- Una carencia señalada como de gran preocupación es la falta de especialista en ginecología y/o obstetricia dentro de la penitenciaría. Para esto, debe tomarse en cuenta lo manifestado por las internas en el sentido de la preferencia por una especialista mujer, que podría crear un ambiente que permitiera mayor apertura en un tema considerado “íntimo”.
- A esto debe sumarse la necesidad de realizar una evaluación previa de la actitud y la disposición del personal de salud designado, pues el maltrato hacia las internas es una importante barrera identificada para el acceso a la consulta en salud.

- Desarrollar importantes campañas de información y prevención sobre ITS y VIH, ya que si bien se identificó la utilización de anticonceptivos, la mayoría de los señalados como utilizados, no previenen ITS ni VIH. Si bien, no se cuenta con información precisa sobre la demanda del preservativo como método de anticoncepción, es importante señalar que con cuanta mayor información se cuente sobre la prevención, existirán mayores posibilidades de demandar este método.
- Implementar efectivamente un protocolo de diagnóstico de salud al ingreso a la penitenciaría, que incluya diagnósticos sobre posible embarazo, presencia de ITS y VIH y cualquier otra condición relativa a la salud sexual y la salud reproductiva, respetando la obligación del consentimiento informado con relación a este tipo de estudios.
- Asegurar la disponibilidad de medicamentos y otros insumos para tratamientos específicos relativos a la salud sexual y la salud reproductiva, para evitar que este tipo de tratamiento sea privativo de quienes puedan pagarlo.
- Diseñar planes de información que contemple la diversidad de mujeres y que tome en cuenta los diferentes grados de instrucción académica, cultura rural, comprensión del guaraní y del castellano, orientación sexual, ciclo de vida, etc.
- Elaborar planes de consejería sobre utilización de métodos anticonceptivos modernos a todas las internas, particularmente a quienes reciban visitas íntimas heterosexuales.
- Elaborar planes y programas que tiendan a erradicar la discriminación y el estigma por diversas causas, sobre todo el estado de salud y la orientación sexual.
- Cuantificar y clasificar la demanda de servicios de salud sexual y salud reproductiva, que permita obtener información apta para dimensionar la demanda de servicios, información que a su vez sirva de insumo para planificar prioridades en la atención a salud al interior de la penitenciaría. En este sentido es importante señalar que durante el período de la investigación no se pudo tener acceso al registro de asistencia de salud que se realiza, por lo que no se tiene certeza sobre la existencia de un registro

diferenciado de atención de salud sexual y salud reproductiva. Si bien la dirección del penal informó que se están elaborando fichas de atención de salud a las internas, se carece de información sobre si las mismas son sistematizadas posteriormente.

- Asegurar que el personal de salud pueda cubrir la demanda de servicios, lo que se considera insuficiente actualmente. Esto debe incluir personal capacitado para realizar estudios como el PAP.
- Mejorar la infraestructura para posibilitar la atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva
- Revisar la ubicación de la enfermería al interior del penal, ya que, como se ha señalado, la existencia de escaleras para poder acceder a ella lo convierte en una potencial barrera de acceso para mujeres con movilidad reducida.
- Respetar irrestrictamente el deber de confidencialidad. Establecer un mecanismo de denuncias para casos de violaciones del deber de confidencialidad que pueda asegurar, entre otras cosas, evitar posibles represalias posteriores a las denunciadas.
- Adecuar las medidas de higiene, limpieza y disposición de residuos patológicos de la enfermería a estándares de la OMS con relación a las medidas de seguridad sanitarias
- Mejorar sustancialmente los servicios de salud sexual y salud reproductiva al interior de la penitenciaría, de manera tal que solo en casos de gravedad o especialidad se deba recurrir a atención externa, ya que esta carencia tiene como consecuencias excesivos trámites burocráticos y exposición de las internas a situaciones de incomodidad y hasta de discriminación en los servicios de salud externos, que esta situación podría persuadir a las mujeres a buscar ayuda médica en casos poco graves.
- Con relación a las visitas íntimas, tomar medidas para asegurar la gratuidad del acceso a las visitas íntimas y mejorar las condiciones y la cantidad de las habitaciones habilitadas para el efecto. La obligatoriedad del pago para el acceso al servicio es una barrera para el acceso de las mujeres que no tengan condiciones de pagarlo. Al mismo tiempo, no quedan claras las condiciones ni la licitud de dicho cobro.

3.3. Prácticas

- Se han identificado actitudes basadas exclusivamente en creencias religiosas que pueden interferir en la garantía de los derechos relacionados a la salud sexual y la salud reproductiva. Se ha tenido información sobre prácticas discriminatorias que “castigan” a las mujeres por su orientación sexual. Debe tomarse medidas para erradicar estas prácticas y garantizar la vigencia del Estado laico, conforme a lo establecido en el art. 24 de la Constitución.
- Asegurar que la maternidad y la permanencia de hijos o hijas con las mujeres privadas de libertad no implique para ellas mayores discriminaciones y formas de control diferenciadas basadas en la amenaza de separarlas de sus hijos por “mal comportamiento”.

4. Investigaciones sugeridas

- Explorar las razones por las cuales las mujeres no acuden a solicitar información sobre salud sexual y salud reproductiva, que permita adecuar la política para erradicar las barreras que se identifiquen.
- Indagar sobre las razones por las cuales las mujeres en edad reproductiva y actividad heterosexual no utilizan métodos anticonceptivos. Dentro de esto se debe indagar sobre métodos tradicionales o “no-modernos”.
- Realizar un estudio exploratorio sobre las vivencias de niños y niñas que viven con sus madres privadas de libertad, con el propósito de identificar posibles consecuencias, lo que permitiría tomar medidas al respecto.
- Investigar sobre los problemas de salud sexual y salud reproductiva más recurrentes en la penitenciaría. Indagar una posible vinculación entre la privación de libertad y los comportamientos de riesgo, en términos de salud sexual.

- Indagar sobre las diversas especificidades culturales al interior de la penitenciaría, lo que permitiría contar con herramientas más precisas para adecuar los servicios a las demandas culturales.
- Explorar más profundamente cómo se manifiestan las diferencias de trato basadas en la posición económica y en el estado de salud y otros posibles factores de discriminación no identificados en esta investigación.
- Si bien analizar las causas de la privación de libertad de las mujeres excede los propósitos de la presente investigación, se considera relevante hacer una pequeña reflexión sobre las mujeres privadas de libertad por tráfico de estupefacientes, ya que del total de las 78 mujeres encuestadas, 31 (el 40% aproximadamente) consignaron que el motivo de su privación de libertad está relacionada a la tenencia y tráfico ilegal de estupefacientes.

De una rápida mirada a la literatura existente sobre el tema, resulta que la perspectiva de género sirve para analizar este fenómeno.

[...] la mayoría de las mal llamadas traficantes llegan a serlo por su relación matrimonial o de convivencia con narcotraficantes reproduciendo las diferencias de sexo. La pequeña traficante, comete este delito por amor y solidaridad hacia su marido o conviviente, o bien por relaciones afectivas familiares (hijos, sobrinos, ahijados) reproduciendo el rol doméstico pasivo obediente. El hombre traficante sacrifica a su compañera y a sus hijos en este comercio creyendo erróneamente que el aparato de justicia tendrá un trato más benevolente con su familia (Del Olmo, 1996: 29).

En el mismo sentido, Antony sostiene que existe un elevado número de mujeres jefas de hogar que se han visto obligadas a recurrir a negocios ilegales pero rentables y que muchas de las mujeres involucradas en este tipo de delitos tienen una visión errónea de estas actividades, inconscientes del papel de extrema peligrosidad que la política antidrogas atribuye a estos hechos punibles (Cfr. Antony, 2003: 85).

Por todo esto, se considera importante indagar, desde una perspectiva de género, la cuestión de las mujeres privadas de libertad por tráfico de estupefacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, Victor y Curtis, Christian (2002). Los derechos sociales como derechos exigibles. Trotta, Madrid.

Alvarez, Perla y Coronel, Lilian (2010). *Una ley postergada, pese a muchas declamaciones de apoyo. Discriminación hacia las personas guaraní hablantes* en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2010) **Derechos humanos en Paraguay – Yvypóra Derécho Paraguáipe 2010**. Asunción: Codehupy, pp. 265 – 277.

Antony Garcia, Carmen (2003). *Panorama de la Situación de Mujeres privadas de libertad en América Latina desde una perspectiva de género*, en: **Violencia contra las mujeres privadas de libertad en América Latina**. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. México

Antony, Carmen (1998), “*Mujer y cárcel: el rol genérico en la ejecución de la pena*”, Criminalidad y criminalización de la mujer en la región andina, Editorial Nueva Sociedad.

Antony, Carmen (2001). Las mujeres confinadas. Editorial Jurídica de Chile, Santiago de Chile

Ayala Amarilla, Oscar (2010) *La cuestión indígena y los derechos humanos frente a los privilegiados de siempre. El Estado declina su imperio* en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2010) **Derechos humanos en Paraguay – Yvypóra Derécho Paraguáipe 2010**. Asunción: Codehupy, pp. 415-429.

Bareiro, Line y González Parini, Maridí (2009). Sistema Paraguayo de Protección de los Derechos Humanos. Centro de Documentación y Estudios, Asunción.

Bayefsky, Anne (1990). ”The Principle of Equality or Non-Discrimination in International Law”, publicado en Human Rights Law Journal, Vol. 11, N° 1-2, 1990, pp. 1-34.

- Beauvoir, Simone de (1949). El segundo sexo. Parte I, los hechos y los mitos. Ediciones Cátedra, Madrid
- Benadiba, Laura and Plotinsky, Daniel (2001). Historia oral. Construcción del archivo histórico escolar. Una herramienta para la enseñanza de las ciencias sociales Novedades Educativas, Buenos Aires
- Birgin, Haydée, comp (2000). El género del derecho penal: las trampas del poder punitivo. Editorial Biblos, Buenos Aires
- Bourdieu, Pierre (1988). La distinción. Taurus, Madrid, 1988.
- Campaña por una Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos (2006). Manifiesto. Disponible en: www.convencion.org.uy. Consultado el 01 de marzo de 2011.
- Campos, Carmen (1999). Criminología feminista: un discurso (im)posible?, en: Facio, Alda y Fries, Lorena (ed.). Género y Derecho. LOM Ediciones, Santiago de Chile
- Cea D' Ancona, M. Á (1996) Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Capítulo 7: “La investigación social mediante encuesta”. Síntesis, Madrid.
- Centro para la Justicia y el Derecho Internacional - Cejil (2006), Mujeres privadas de libertad. Informe regional: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay. Washington
- Centro Paraguayo de Estudios de Población – Cepep (2009) Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Asunción: Cepep. Disponible en: www.cepep.org.py, consultado el 25 de noviembre de 2009.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH (2001). Tercer Informe s/ la situación de los derechos humanos en Paraguay. Catalogado como OEA/Ser.L/V/II.110 Doc. 52 rev, 9 de marzo de 2001, pp. 120–122
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH (2008). Resolución 1/08. Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de

Libertad en las Américas. Disponible en:
<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/RESOLUCION%201-08%20ESP%20FINAL.pdf>. Consultado el 10 de marzo de 2011.

Comité de Derechos Humanos – CDH (2000). Observación general no. 28: Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3). 29 de marzo de 2000. Catalogado como CCPR/C/21/Rev.1/Add.10.Párrafo 15

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1990). Observación general N° 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto). Catalogado como E/1991/23.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 11 de agosto del 2000. Catalogado como E/C.12/2000/4.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14 “El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud (art. 12)” en Naciones Unidas, Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptadas por Órganos Creados en Virtud de Tratados de Derechos Humanos, HRI/GEN/1/Rev.7, 12 de mayo de 2004.

Comité para América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM (2008). Violencia contra las mujeres privadas de libertad. Sistematización Regional. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay. Lima

Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (1999), Recomendación General N° 24 “Artículo 12 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer – La Mujer y la Salud” en Naciones Unidas, Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptadas por Órganos Creados en Virtud de Tratados de Derechos Humanos, HRI/GEN/1/Rev.7, 12 de mayo de 2004

- Cruells, Marta e Igareda, Noelia (ed.) (2005), *Mujeres, Integración y Prisión*, Aurea Editores, Barcelona.
- De Barbieri, Teresita (1992). Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. En *Revista Interamericana de Sociología*. Año VI, número 2-3. 1992.
- Declaración del 13º Congreso mundial de Sexología (Valencia, 1997) revisada y aprobada por la Asamblea de la WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso (Hong Kong). Disponible en: [http:// www.indetectable.org/pages/dersex.htm](http://www.indetectable.org/pages/dersex.htm). Consultado el 01 de marzo de 2011.
- Del Olmo, Rosa. Reclusión de Mujeres por delitos de droga. Reflexiones preliminares. Reunión de consulta sobre el impacto del Abuso de Drogas en la mujer y en la familia. OEA. Montevideo, Uruguay, 1996, página 29
- Donda, Cristina (2008). *Lecciones sobre Michel Foucault*. Editorial Científica Universitaria de Córdoba, Córdoba
- Duran Leite y Martens Molas (2009). Tímidas intenciones ante persistentes precariedades. Los derechos humanos de las personas privadas de libertad en: Codehupy (2009) *Derechos Humanos en Paraguay 2009*. Asunción: Codehupy, 163-173
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia – Unicef (2008). *Progreso para la Infancia*. Un balance sobre la mortalidad materna. Número 7, septiembre de 2008.
- Forestieri et al (2008). *De lo mucho que falta para que sean humanos. Derechos Sexuales* en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2008) **Derechos humanos en Paraguay 2008**. Asunción: Codehupy, pp. 454 -464.
- Gabinete Social. Presidencia de la República (2010). *Paraguay para Todos y Todas. Propuesta Para El Desarrollo Socioeconómico Con Equidad, Igualdad Y Universalidad. Propuesta De Política Pública Para El Desarrollo Social 2010-2020*
- Goffman, 1986 [Ed. original 1963]). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu

- González, Myrian y Posa, Rosa (2010). *Discriminaciones persistentes, amenazas de retrocesos. Derechos humanos de las mujeres* en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2010) **Derechos humanos en Paraguay – Yvypóra Derécho Paraguáipe 2010**. Asunción: Codehupy, pp. 333- 344.
- Gutiérrez, María Alicia (2002). Iglesias, política y derechos sexuales y reproductivos: estado actual en Latinoamérica, en: *Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Derechos Humanos*. CLADEM, Lima.
- Hunt, Paul (2004). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Ginebra. Catalogado como E/CONSTITUCIÓN.4/2004/49
- Igareda, Noelia (2009). La maternidad de las mujeres presas, en: Nicolás Lazo, Gemma y Bodelón González, Encarna (comps.). *Género y dominación. Críticas feministas del derecho y el poder*. Anthropos Editorial, Barcelona.
- Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha (2009). *Guía de Evaluación del Impacto de Género*.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2001). *Marco de referencia y estrategia para la integración de la perspectiva de género en el IIDH -Módulo II-*. San José, Costa Rica.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2004). *Los derechos humanos de las mujeres: fortaleciendo su promoción y protección social*. San José, C.R.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). *Herramientas Básicas para integrar la perspectiva de género en organizaciones que trabajan derechos humanos*. San José, Costa Rica. 2008.
- Kauffer (2009), Edith. *Las Políticas Públicas, algunos apuntes generales*. Disponible en: <http://cgpp.app.jalisco.gob.mx/images/ppapuntes.pdf>, consultado el 01 de marzo de 2011.

- Lagarde y de los Ríos, Marcela (1993). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2003.
- Lamas, Marta. *Cuerpo: Diferencia Sexual y Género* (2002). Taurus, México D.F., 2002.
- Larrandart, Lucila (2000). Control Social, derecho penal y género, en: Birgin, Haydée, comp (2000). *El género del derecho penal: las trampas del poder punitivo*. Editorial Biblos, Buenos Aires
- Larrauri, Elena (1991). *La herencia de la criminología crítica*. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, 2000.
- Larrauri, Elena (2008). *Mujeres y sistema penal. Violencia Doméstica*. Editorial B de f, Buenos Aires
- Margulis, Mario y Urresti, Marcelo (1999) *Introducción* en: Margulis, Mario; Urresti, Marcelo *et alii* (1999) **La segregación negada: cultura y discriminación social**. Buenos Aires: Biblos pp. 9-14.
- Martens, Juan (2010) *Las cárceles mantienen en condiciones indignas a reclusos y reclusas. Tratos inhumanos a personas privadas de libertad* en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2010) **Derechos humanos en Paraguay – Yvypóra derecho Paraguáipe**. Asunción: Codehupy, pp. 159
- Medina, Cecilia y Nash, Claudio (2003). *Manual de Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de Chile. Disponible en: http://www.transparenciacdh.uchile.cl/media/publicaciones/syllabus/04Medina_Nash_ManualDIDH.pdf, consultado el 8 de noviembre de 2010
- Melià, Bartolomeu (1997). *Una nación, dos culturas*. Asunción: Cepag.

- Mettifogo, Decio (mayo, 2001), “Relación madre-hijo: situación de las mujeres encarceladas”, *Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios* no. 2, Santiago de Chile.
- Miller, Alice (2002). Las demandas por derechos sexuales, en: *Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Derechos Humanos*. Lima: CLADEM, 2002.
- Miller, Alice M. (2010) **Sexualidad y Derechos Humanos. Documento de Reflexión**. Ginebra: Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.ichrp.org/files/reports/57/137_report_es.pdf>, consultado el 8 de noviembre de 2010
- Ministerio de Educación y Cultura (2010) **Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad**. Asunción: MEC. Disponible en: <http://www.arandurape.edu.py/pdf/marco_rector.pdf>, consultado el 14 de noviembre de 2010.
- Moragas, Mirta (2009). *Cuando la falta de derechos significa muerte. Derechos reproductivos* en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2009) **Derechos humanos en Paraguay –2009**. Asunción: Codehupy, pp. 337 – 348.
- Moragas, Mirta y Posa, Rosa (2010). *Educación sexual para decidir. Un nuevo marco rector frente a tradicionales formas de “no educación”* en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2010) **Derechos humanos en Paraguay – Yvypóra Derécho Paraguáipe 2010**. Asunción: Codehupy, pp. 213- 220.
- Navarro, Alejandra (2003) *La utilización combinada de entrevistas y documentos en el análisis de sucesos históricos* en: Lago Martínez, Silvia; Gómez Rojas, Gabriela; Mauro, Mirta Susana – coordinadoras (2003) **En torno de las metodologías: abordajes cualitativos y cuantitativos**. Buenos Aires: Proa XXI. Página 204.
- Obsevatori del Sistema Penal I Els Drets Humans (2006). *La cárcel en el entorno familiar*, Barcelona: Regidoria de Dona i Drets Civils, Ajuntament de Barcelona.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – OACDH (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en las cooperación para el desarrollo. Disponible en: www.ohchr.org/spanish/about/publications/docs/FAQ_sp.pdf . Consultado el 01 de marzo de 2010.

Organización Panamericana de la Salud (2000). Promotion of Sexual Health. Recommendations for action. Disponible en: <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>. Consultado el 01 de marzo de 2011

Pautassi, Laura, coord. (2010). Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina. Editorial Biblos. Buenos Aires, 2010.

Pereira, Macky y Caputo, Luis (2010). Avatares de un largo camino. Derechos de las juventudes en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2010) Derechos humanos en Paraguay – Yvypóra Derécho Paraguáipe 2010. Asunción: Codehupy, pp. 367 - 378.

Posa, Rosa (2010). A pasos de tortuga y con obstáculos. Situación de derechos humanos de LGTBI en: Coordinadora por los Derechos Humanos en Paraguay (2010) Derechos humanos en Paraguay – Yvypóra Derécho Paraguáipe 2010. Asunción: Codehupy, pp. 321- 332.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA (2007). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Disponible en: <http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/glosario.pdf>. Consultado el 17 de marzo de 2011

Pujal y Lombrat, Margot (2004) La identidad (el *self*) en: Ibáñez Gracia, Tomás (2004) **Introducción a la psicología social**. Barcelona: UOC, pp. 93-189

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 22º edición. Disponible en www.rae.es. Consultado el 01 de marzo de 2011.

- Rodi et al. (2008). Precarias condiciones de encierro, persistentes discriminaciones. Derecho al trato humano de las personas privadas de libertad, en: Codehupy (2008), Derechos Humanos en Paraguay 2008. Asunción.
- Rodríguez, María Noel (2004). Violencia Contra las Mujeres Privadas de Libertad en América Latina. Due Process of Law Foundation. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/dossier/0404%5B1%5D.Due.Process.pdf>. Consultado el 01 de marzo de 2011.
- Rubin, Gayle (1997) *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*. En: Género. Conceptos básicos. Programa de Estudios de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú. 1997, pp. 41- 61.
- Sampieri, R. et al (2006). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Ediciones Mc Graw Hill. México.
- Scott, Joan W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico, en: James Amelany y Mary Nash, *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia, Edicions Alfons el Magnànim, 1990.
- Suárez Sebastián, María del Pilar (2008). Aspectos Fundamentales de los DESC. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Montevideo, 2008.
- Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Informe sobre la visita a la República del Paraguay. Junio de 2010. Catalogado como CAT/OP/PRY/1.
- Thoenig, Jean-Claude, “Présentation”, en Jean Leca, Madeleine Grawitz, *Traité de Science Politique*, Les Politiques publiques, Tomo 4, PUF, París, 1985.
- Velásquez et al (2004). Guía para la Formulación, implementación y evaluación de Políticas Públicas de Juventud. Programa Buen Gobierno descentralizado y combate a la pobreza en Paraguay. Componente Juventud. Fundación Cambio 2000. Asunción, 2004.

Villán Durán, Carlos (2002). Curso de Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Madrid, Trotta, 2002.

Zub Centeno, Marcella (2007). *Un año de graves retrocesos hacían un código penal que no respeta los derechos de la gente* en: Codehupy (2007). **Derechos Humanos en Paraguay 2007**. Asunción, pp. 110 – 123. Disponible en www.codehupy.org, consultado el 09 de abril de 2011.

ANEXOS

Anexo 1. Encuestas realizadas a internas

ENCUESTA

Te invitamos a completar esta encuesta sobre la salud en el Buen Pastor.

Como es anónima, te proponemos que contestes lo que pensás.

1. Edad: _____

2. ¿Hace cuánto tiempo estás aquí?

Menos de un año

Entre 1 y 3 años

Más de 3 y menos de 5 años

Más de 5 años

3. ¿Por qué estas acá? _____

4. ¿Tenés condena? Sí No

5. ¿Tenés hijos o hijas? Sí (pasá a la pregunta 6) No (pasá a la 10)

6. Si tenés hijos e hijas, ¿cuántos? _____

7. ¿De qué edades y sexo? _____

8. ¿Tuviste hijos estando en el penal? Sí (pasá a la 9) No (pasá a la 10)

9. ¿Cómo calificarías la atención para el embarazo, el parto y el pos parto?

10. ¿Recibís visitas íntimas (en la privada)? Sí (pasá a la 11) No (pasá a la 12)

(sigue atrás)

11. ¿Con qué frecuencia?

- una vez al mes una vez cada 6 meses una vez al año
 nunca

12. ¿Usás algún método anticonceptivo? Sí (pasá a la 14) No (pasá a la 13)

13. ¿Por qué? (después pasá a la 15)

- No me importa embarazarme
 No sé usarlos
 No tengo
 Mi pareja no quiere
 Otra causa, ¿cuál? _____

14. ¿Cuál método usás? _____

15. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con una compañera del penal? Sí No

Anexo 2. Guía de preguntas para entrevista grupal a internas

Atención

- ¿Conocen algún caso donde se tuvo que pagar (ya sea en dinero, en cosas o en favores) para tener atención de salud?
- ¿Hace cuánto no hay un ginecólogo/a dentro del penal? Cómo era antes, cuando había, la atención?
- ¿Hacen alguna diferencia en la atención de acuerdo a su situación procesal o gravedad del hecho del que les acusan? ¿Conocen algún caso?

Trato

- ¿Alguna vez se sintieron discriminadas en la atención de salud? ¿Por qué? ¿Conocen algún caso? ¿Qué se hizo?
- ¿Cómo es el trato de las enfermeras o el doctor?
- ¿Las enfermeras o el doctor hablan guaraní?
- ¿Qué les dicen cuando reclaman la falta de ginecólogo/a?
- ¿Saben que los médicos/enfermeras no pueden contar nada que le cuenten durante la consulta médica? (confidencialidad), ¿Eso se cumple? ¿Conocen algún caso sobre esto?

Procedimientos

- ¿Cómo es el procedimiento para la atención fuera del penal?
- ¿Les piden dinero u otra cosa para anotarlas en la “lista” de atención fuera del penal?

Insumos e información

- ¿Les dan toallitas higiénicas si necesitan o deben comprar ustedes?
- ¿Les explican cómo usar métodos anticonceptivos? Quién les explica? ¿Les entregan los anticonceptivos si lo necesitan o tienen que comprar?
- ¿Los estudios son gratuitos o deben pagar algo?
- ¿Qué hacen si tienen una urgencia?
- ¿Si una compañera se embaraza, cuáles son los cuidador pre-natales?

- ¿Suelen realizarse el PAP?
- ¿Suelen realizarse exámenes de ITS y VIH? Cada cuánto?
- ¿Tienen información sobre cómo cuidarse para no embarazarse o no enfermarse?

A embarazadas

- ¿Cómo supiste que estabas embarazada?
- ¿Cuáles son los cuidados que recibis?
- ¿Cada cuánto te hacen un control?
- ¿Alguna vez tuviste que pagar algo por la atención?

A madres

- ¿Quién atendió el parto?
- ¿Como fue el trato?
- ¿Quién se hizo cargo de los gastos del bebé? Los pañales, la ropita

Anexo 3. Guía de preguntas a personal de salud del Buen Pastor

Preguntas generales: edad, preparación académica, antigüedad en el penal, horario de trabajo, funciones.

SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS

- ¿Cuál es el procedimiento para la atención en salud “extra-muros”?
- ¿Cuál es el procedimiento cuando detectan una interna embarazada?
- ¿Está disponible para las internas exámenes para detectar ITS, VIH y PAP? ¿Cuál es el procedimiento para la realización de estos estudios? Con qué frecuencia se realizan estos análisis?
- ¿Qué hacen si una interna tiene una urgencia ginecológica?
- ¿Cuentan con materiales de información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos para las internas? Quién elabora, cómo se distribuye?
- ¿Las internas se acercan a hacer consultas sobre salud sexual o utilización de métodos anticonceptivos?
- ¿La atención de salud tiene algún costo para las internas, después preguntar, ¿no deben pagar por los medicamentos que reciben?
- ¿Se cumple el deber de confidencialidad? ¿Conocen algún caso de reclamo por falta de confidencialidad?

SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO

- ¿Con qué equipos médicos cuentan para la atención de salud?
- ¿Cómo se maneja el tema de la limpieza de la enfermería?

SOBRE NECESIDADES

- ¿Si prescriben un medicamento con el que no cuentan en la penitenciaría, que hacen?
- ¿Cuentan con materiales suficientes para hacer su trabajo? ¿Qué faltaría?
- ¿Está satisfecho/a con su remuneración?
- ¿Qué materiales o condiciones serían necesarios para mejorar la atención?

Anexo 4. Guía de preguntas a Directora de la Penitenciaría

COORDINACIÓN CON EL MSPBS

- ¿Cómo se da la relación/coordiación con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MSPBS? ¿Ha habido propuestas concretas de trabajo, ya sea del MSPBS o solicitudes de la penitenciaría?
- ¿Cuáles son las principales dificultades y los principales elementos que favorecen el trabajo conjunto con el MSPBS?

ATENCION EXTRA-MUROS

- ¿En qué casos debe recurrirse a la atención “extra muros?Cuál es el procedimiento para la atención en salud “extra-muros”?
- ¿Cuál es el procedimiento cuando se sabe que una interna está embarazada?
- ¿Está disponible para las internas exámenes para identificar presencia de ITS y VIH? ¿cuentan con exámenes de PAP? ¿Cuál es el procedimiento para la realización de estos estudios?

PERSONAL, EQUIPO INTRA-MUROS E INFORMACIÓN

- ¿Con qué equipos médicos cuentan para la atención de salud?
- ¿Desde cuándo no cuentan con un/a especialista? ¿Tienen previsto volver a contar con uno/a?
- ¿La atención de salud tiene algún costo para las internas, después preguntar, ¿no deben pagar por los medicamentos que reciben?
- ¿Tiene conocimiento de prácticas con relación a pagos (ya sea en efectivo o especies) dentro de la penitenciaría para obtener servicios de salud? ¿Cuáles?
- ¿Si el médico/a prescribe un medicamento con el que no cuentan en la penitenciaría, que hacen?
- ¿Cuentan con materiales de información sobre salud sexual y utilización de métodos anticonceptivos para las internas? Quién elabora, cómo se distribuye?
- ¿Existe alguna obligación expresa de no discriminar en los servicios de salud? Alguna vez tuvieron algún reclamo al respecto?

- ¿Se cumple el deber de confidencialidad? Han tenido algún reclamo o denuncia al respecto? ¿Cómo se procedió? ¿Se encuentra establecido el procedimiento de reclamo por falta de confidencialidad?
- ¿Tienen internas extranjeras? alguna de ellas no habla español? En ese caso ¿Cómo se da la comunicación con ellas si tienen un problema de salud?
- ¿Cuentan con algún registro que dé cuenta de la existencia de mujeres con discapacidad o movilidad reducida en la penitenciaría? (mujeres en silla de ruedas, mujeres “cojas”, mujeres no-videntes, mujeres con muletas, entre otras)

VISITAS ÍNTIMAS

- ¿Cuál es el mecanismo para la realización de visitas íntimas?
- ¿Alguna vez recibieron alguna solicitud de utilización para parejas mujeres? En ese caso ¿Cómo procedieron? Independientemente a la reglamentación, ¿cuál es su opinión sobre las visitas íntimas entre mujeres?
- ¿sabe de comentarios de irregularidades sobre el uso de las privadas o el acceso a ellas? ¿ha habido reclamos o denuncias sobre ello? si ha habido, ¿cuáles fueron y cómo se procedió? si no ha habido ¿cómo sería un procedimiento si hubiera una queja, reclamo o denuncia?

Anexo 5. Guía de preguntas a Directora General de Establecimientos Penitenciarios y Ejecución Penal

- ¿Cuáles son las estrategias que utilizan para informar sobre salud reproductiva?
- ¿Cuentan con materiales de información sobre salud sexual para las internas?
¿Quién elabora, cómo se distribuye?
- ¿Cuentan con materiales informativos sobre métodos anticonceptivos y maternidad segura dentro del penal? En caso afirmativo, ¿quién o qué institución los elabora?
- ¿Cuentan con métodos anticonceptivos? Cuáles?
- ¿Cómo distribuyen los métodos anticonceptivos?
- ¿Tienen un protocolo de actuación en caso de mujeres que se embarazan estando privadas de su libertad?
- ¿Cuál es el procedimiento de control prenatal en los primeros tres meses?
- Se ofrece a las mujeres embarazadas la realización de pruebas de VIH, ITS y otras?
¿cuáles?
- ¿Quién asiste a las mujeres en el parto?
- ¿Donde se realizan los partos? Cuál es el procedimiento?
- ¿Cuáles son los cuidados que recibe una mujer que acaba de dar a luz?
- ¿Quién se hace cargo de los gastos del niño/a recién nacido/a? pañales, alimentación, etc.
- ¿Cuáles son las normas con relación a la convivencia de niños/as recién nacidos/as?
- La atención de salud tiene algún costo para las internas, después preguntar, ¿no deben pagar por los medicamentos que reciben?
- ¿Los medicamentos y otros insumos de salud se compran con el presupuesto general o acuden a distintos tipos de estrategia? Por ejemplo donaciones o cooperación externa
- Si el médico/a prescribe un medicamento con el que no cuentan en la penitenciaría, ¿qué hacen?

- Tiene conocimiento de prácticas con relación a pagos (ya sea en efectivo o especies) dentro de la penitenciaría para obtener servicios de salud? ¿Cuáles?
- Si las mujeres deben realizarse estudios de salud o tratamientos especializados que sólo se brindan fuera de la institución, cual es el trámite y cuánto dura?
- Si el VIH O VDRL dan positivo, cuál es el siguiente paso?
- Existen mujeres indígenas dentro de la penitenciaría? En caso afirmativo, ¿Existe un protocolo de atención especializada para las mujeres indígenas?
- Existen protocolos de atención diferenciada a la salud de acuerdo a la edad? Por ejemplo, si hay información diferenciada para mujeres jóvenes en edad reproductiva y para mujeres con menopausia
- Cuentan con algún registro que dé cuenta de la existencia de mujeres con discapacidad o movilidad reducida en la penitenciaría? (embarazadas, mujeres en silla de ruedas, mujeres “cojas”, mujeres no-videntes, mujeres con muletas, entre otras)