

## **Los CHB y el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva**

Dra. Diana Maffia  
Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género  
Universidad de Buenos Aires

### **Introducción**

Me gustaría reforzar la idea de que (i) los derechos humanos son el eje de la ciudadanía, (ii) los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, (iii) un cambio muy importante en el concepto de salud cambia el paradigma tradicional de poder médico por uno basado en la responsabilidad, (iv) en ese paradigma basado en la responsabilidad las mujeres somos sujeto de derecho y no sólo objeto de la práctica médica, y (v) es muy importante repensar el papel de los Comités Hospitalarios de Bioética desde este nuevo paradigma.

### **(i) Los derechos humanos son el eje de la ciudadanía**

La noción de Ciudadanía, en la definición tradicional elaborada por Marshall en 1950, se encuentra intrínsecamente ligada a la de Derechos Humanos<sup>1</sup>. A partir de la modernidad (expresada emblemáticamente en la revolución francesa) el Estado otorga derechos a los miembros de la comunidad política, ampliando su acceso a la libertad y la igualdad.

El súbdito se transforma en ciudadano, sujeto de derechos, que mediante un contrato o pacto social participa en el consenso sobre las leyes que lo rigen. Desde los derechos civiles en el siglo XVIII (derecho a poseer propiedad, libertad de las personas, libertad de pensamiento y de culto, derecho a acordar contratos válidos, derecho a la justicia) se avanza hacia los derechos políticos en el siglo XIX (derecho a participar del poder político) y a los sociales en el siglo XX (derecho a la seguridad y al bienestar económico). La condición de ciudadano supone para Marshall la adquisición de estos tres tipos de derechos. Comenzamos a vislumbrar, entonces, que no todos los sujetos están en la misma condición con respecto a su ciudadanía.

Los derechos humanos regulan la relación entre Ciudadanos y Estado. Su eficacia se funda en las particulares características que se les atribuyen:

**UNIVERSALIDAD:** señalan derechos de validez universal para todos los seres humanos a los que están destinados, sin discriminaciones de ninguna especie.

---

<sup>1</sup> Marshall, T.H. (1950) *Citizenship and Social Class*, Cambridge, Cambridge University Press.

**OPERATIVIDAD:** tienen aplicación directa, aún cuando no existan en el sistema legal interno normas específicas que regulen las situaciones de las que derivan las violaciones

**SISTEMATICIDAD:** el plexo de derechos vale como un sistema, en el que unos derechos están vinculados a otros

**OBLIGATORIEDAD:** son instrumentos legales que reconocen derechos individuales que deben respetarse y garantizarse en cortes jurisdiccionales

**RESPONSABILIDAD:** el incumplimiento de estos derechos genera responsabilidad estatal en el orden internacional.

El documento clave de Derechos Humanos es la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1947. No es un documento con poder legal, sino un consenso de los gobiernos sobre la inviolabilidad de ciertos derechos, inspirados en los episodios brutales del nazismo. Las dos Convenciones que le dan poder legal, a partir de la ratificación por parte de los distintos países, son la Convención de derechos civiles y políticos y la de derechos económicos, sociales y culturales. En conjunto, estos tres documentos forman la Carta Internacional de Derechos Humanos, núcleo central de todas las convenciones posteriores. Las dificultades para hacer valer estos derechos en los sujetos más vulnerables, impulsa otros documentos como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño, que aumentan la sensibilidad con respecto a las diferencias de género y de edad en el ejercicio efectivo de los derechos. Estas Convenciones no deben considerarse aisladamente, sino que como hemos dicho los gobiernos tienen la responsabilidad legal de cumplir simultáneamente todas sus obligaciones, respetando todos los tratados que se hayan ratificado (sistematicidad).

Es importante señalar que algo puede considerarse una violación de derechos aunque sea legal dentro de un país (por ejemplo, la lapidación humana, o la esterilización forzada) lo que les da a los tratados de derechos humanos cierta prevalencia sobre el derecho interno. Al suscribir un tratado de derechos humanos, el Estado adquiere distintos tipos de obligaciones:

**RESPETAR un derecho:** significa que el Estado no puede violarlo directamente, por acción u omisión. Por ejemplo, no puede torturar, ni puede retirar arbitrariamente el servicio de atención médica a una población.

**PROMOVER un derecho:** significa que debe asegurarse que l@s ciudadan@s conozcan los derechos que posee y la forma de hacerlos valer. Por ejemplo, brindar consejería sobre anticoncepción en los hospitales públicos

**PROTEGER** un derecho: significa que el Estado debe establecer las leyes que habiliten los mecanismos para prevenir su violación por parte de actores no estatales (por ejemplo, que las obras sociales suspendan prestaciones o nieguen medicamentos) y asegurar alguna compensación ante una situación de este tipo, accesible para los perjudicados.

**GARANTIZAR** un derecho: significa que el Estado toma todas las medidas apropiadas (legislativas, administrativas, presupuestarias y judiciales) para lograr el cumplimiento de los derechos. Esto significa instaurar las instituciones y los procedimientos, así como la distribución de recursos. Por ejemplo, un Estado viola el derecho a la salud si no destina los recursos suficientes para responder a las necesidades de salud pública de todas las comunidades dentro de sus fronteras.<sup>2</sup>

Un estado puede tener restricciones económicas o de otro tipo que imposibiliten el cumplimiento de todos los derechos. El cumplimiento del derecho a la salud, por ejemplo, requiere más que la aprobación de una ley: requiere recursos económicos, personal capacitado, infraestructura, insumos. Se procura que haya un logro progresivo en su cumplimiento, y que se incorporen estándares de derechos para fortalecer las prácticas. El cumplimiento del derecho a la salud puede afectar asimismo otros derechos, por ejemplo ante una epidemia se puede restringir la libertad de movimiento o imponer un aislamiento. Pero no puede hacerse arbitrariamente.

Para que se considere legítima la restricción de derechos deben respetarse los llamados Principios de Siracusa:

-Que las restricciones deben estar de acuerdo con la ley o con una política, asegura que el gobierno asuma responsabilidades, y que el contenido de la política pueda ser evaluado, corregido y cuestionado, a diferencia de cuando se deciden acciones sin ese marco.

-Que las restricciones deben perseguir un objetivo legítimo requiere explicitarlo y evaluar su justificación.

-Que debe ser estrictamente necesario para lograr el objetivo implica establecer una relación entre la medida y el efecto esperado.

-Usar la alternativa menos restrictiva permite evaluar estrategias posibles buscando la más respetuosa de todos los derechos.

-Que no debe ser impuesta de modo irracional o discriminatorio permite mantener la equidad entre los ciudadanos, ya que los sujetos más vulnerables suelen ser los más afectados por las restricciones.

---

<sup>2</sup> Adaptado del Manual de Capacitación *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*, Organización Mundial de la Salud, 2001

Para evaluar si se cumple el derecho a la salud, entonces, hay que observar el alcance de las obligaciones de un gobierno (respetar, promover, proteger y garantizar) y las limitaciones (económicas, geográficas, sociales) tomando en cuenta los estándares de derechos alcanzados en el sistema internacional de derechos humanos. Es importante recordar que los derechos pueden ser violados por acción u omisión, siendo éste último el modo más frecuente en derechos económicos, sociales y culturales; y un modo poco visible de violación del derecho a la salud, en especial la salud sexual y reproductiva. Además es necesario recordar que el Estado también viola un derecho cuando no protege a las personas de las violaciones que puedan ocurrir en instituciones no estatales como el hogar, instituciones religiosas, empresas, prestadores, compañías de seguros etc.

### **(ii) Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos**

Todos los derechos suponen tanto obligaciones como restricciones, deberes del Estado y límites a su intervención. Por otra parte, como vimos, los derechos humanos conforman un sistema, de modo que el ejercicio de un derecho está vinculado con otros derechos. Por ejemplo, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su art. 16: Otorga a las mujeres el derecho a decidir si quieren tener hijos, cuántos, con qué espaciamiento y en qué condiciones. Podemos señalar aquí, como restricción, que el Estado se compromete a no aplicar políticas de población compulsivas, natalistas o no natalistas. También asume como obligaciones proporcionar equitativamente acceso a la educación sexual, a la información, a la anticoncepción y al parto humanizado. Asimismo, el respeto a estos derechos involucra necesariamente otros: integridad corporal (leyes contra la violación y la violencia basada en el género), acceso a los beneficios del progreso científico, libertad de información, derecho a la cultura, derecho a la igualdad y a la no discriminación (incluyendo acciones afirmativas).

Para fortalecer el avance de los Derechos Humanos, la Organización de Naciones Unidas realiza conferencias mundiales sobre varios ejes. Una muy importante para la relación entre Derechos Humanos, Salud y Desarrollo fue la Conferencia de El Cairo en 1994. Precedida por la Conferencia de Derechos Humanos en Viena, en 1993, ( que por primera vez reconoce explícitamente los derechos de las mujeres y las niñas como derechos humanos, y califica la violencia -aún en el ámbito privado- como una violación a los derechos humanos) y sucedida por la Conferencia sobre la Mujer en

Beijing, en 1995, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, el eje de las políticas de desarrollo por primera vez se desplaza de las metas demográficas al respeto por los derechos.

Así, comienza a hablarse de derechos sexuales y reproductivos como un problema de salud y derechos humanos, vital para el vínculo con población y desarrollo. Se trata de un giro copernicano en la consideración del problema, ya que las mujeres dejan de ser objeto de una política para pasar a ser sujeto de sus derechos. Se desplaza la atención del control de la natalidad y cobran importancia cuestiones como el empoderamiento de las mujeres, la equidad de género y la equidad en la distribución de los recursos. El movimiento de mujeres, y los políticos y funcionarios con sensibilidad de género, desempeñaron un rol clave en este cambio de paradigma.

La evaluación de la relación entre salud y desarrollo, a partir de El Cairo, y con los compromisos emanados de la Plataforma de Beijing, requiere desde entonces un análisis complejo que considera no sólo una buena política en salud pública (efectividad, cobertura, factibilidad, costo, participación comunitaria) sino también una buena calidad de derechos humanos:

- Leyes de salud sexual y reproductiva y de violencia basada en el género
- Protocolos de atención hospitalaria integral en violencia sexual
- Acceso a la información, la anticoncepción y el parto seguro
- Consentimiento informado en prácticas e investigación de medicamentos y nuevas tecnologías sobre las mujeres
- Participación e involucramiento de las mujeres en la implementación de políticas y programas
- Equidad de género en las políticas públicas

Si observamos la definición de salud sexual del Programa de Acción de El Cairo (“el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención respecto de la reproducción y enfermedades de transmisión sexual”) vemos que abarca todas las etapas de la vida de una persona, y no sólo su etapa reproductiva, así como todas las prácticas, identidades y orientaciones sexuales. En efecto, los derechos sexuales crean las condiciones que permiten que las personas determinen si quieren vincular la actividad sexual con fines reproductivos o no, y refuerzan su derecho a tener prácticas sexuales no reproductivas.

La protección de los derechos sexuales es para todos los sujetos, sean mujeres o varones, homosexuales o heterosexuales, adolescentes, adultos, ancianos o

discapacitados. La explicitación de la no discriminación fortalece a los grupos más vulnerables (en especial a las mujeres, las más expuestas a la violencia, la violación y las condiciones forzadas de sexualidad y maternidad). Incluyen una gran variedad de protecciones que atraviesan muchos otros derechos, y que no se limitan a cuestiones relacionadas con la salud.

Con respecto a los derechos humanos, y se ve muy claramente en los derechos sexuales y reproductivos, creo que hay seis tipos de barreras que dificultan su ejercicio:

**1. Una barrera epistémica.** Esta barrera tiene que ver con el conocimiento, y es que muchas veces las personas (y sobre todo las mujeres) no conocen sus derechos. La barrera epistémica también tiene que ver con a “opacidad” del lenguaje jurídico, que hace que muchas personas, aunque alfabetizadas y educadas, no comprendan el alcance de las normas o de los tratados internacionales que protegen sus derechos, y las formas de hacerlos valer.

**2. Una barrera subjetiva.** Esta barrera tiene que ver con un aspecto de autoafirmación, con el sentimiento de dignidad que nos hace sentir merecedores de un derecho, y por lo tanto capaces de exigirlo. La barrera de autoafirmación hace que muchas personas, aunque conozcan la existencia de los sistemas de protección de derechos humanos, no sienten su merecimiento o que les correspondan por su mera dignidad humana (por ejemplo, en Buenos Aires muchos/as migrantes saben que hay acceso universal a la salud, pero no concurren al sistema porque sienten que no es para ellos).

**3. Una barrera formal.** Esta barrera consiste en que aunque los tratados de derechos humanos deben tener eficacia como derecho interno, si no hay una ley o resolución específica es difícil hacerlos valer, ya que las autoridades de aplicación no los reconocen. La no existencia de estas leyes, entonces, es otra barrera para la garantía de los derechos. En Argentina todavía hay provincias que no tienen ley de salud sexual y reproductiva, ni han adherido al programa nacional respectivo (sobre todo por influencia de posiciones conservadoras de la iglesia católica, y trágicamente son las provincias más pobres y con más mortalidad materna).

**4. Una barrera política.** Tiene que ver con la falta de recursos materiales, humanos y de comunicación para hacer valer las normas. Las leyes no son condición necesaria ni suficiente para que un derecho valga. Aún con leyes, por diferencias políticas muchos municipios no entregan los insumos, o no deciden modificar la estructura de atención cuando se vota la ley de salud sexual y reproductiva, con lo que la atención se reduce a unas horas semanales. La voluntad política debe expresarse en esta materialización,

de lo contrario la omisión de recursos también es una estrategia política de obstrucción.

**5. Una barrera jurídica.** Para que un derecho valga, debe ser exigible. La exigibilidad de los derechos depende del acceso a la justicia (que en las mujeres es un problema en sí mismo) y de la existencia de lugares accesibles de reclamo, como las Defensorías del Pueblo. Sin exigibilidad, aunque un derecho sea violado no tenemos garantías de reclamo para su cumplimiento. La negativa a firmar el protocolo facultativo de la CEDAW implica una barrera jurídica al ejercicio de derechos, porque impide el reclamo ante organismos internacionales y el reconocimiento de sus recomendaciones.

**6. Una barrera cultural.** La cultura prevaleciente en cada comunidad y en cada momento histórico marca obligaciones por fuera y a veces por encima de las leyes y los derechos. Aunque las mujeres tengamos derecho a aplicar o no a fines reproductivos nuestra sexualidad, si la cultura marca una equivalencia entre ser mujer y ser madre, las mujeres nos veremos fuertemente restringidas para hacer uso de esta libertad. Cuestiones como los estereotipos en comunicación y las modas, afectan notablemente las conductas sexuales de las personas.

Ahora, unas breves referencias a la perspectiva de género. Cuando pensemos herramientas para superar estas seis barreras (y veamos que las herramientas son muy distintas: educar, generar conciencia, crear normas, vigilar su cumplimiento, monitorear resultados, etc) tenemos que hacerlo tomando en cuenta que una perspectiva de género sobre las políticas públicas debe:

1. Analizar el impacto diferencial de una política (¡y de su omisión y suspensión!) sobre varones y mujeres. Suspender u omitir un servicio o plan de salud sexual y reproductiva tiene un impacto completamente desigual sobre varones y mujeres, y esto vulnera el derecho a la igualdad.
2. Analizar la forma en que la política colabora o contribuye a estereotipar la construcción de la identidad y la subjetividad de género. Acabo de revisar un plan de un municipio que no brindaba servicio de salud sexual y reproductiva a un centro de salud, porque las mujeres que concurrían tenían más de 50 años. Eso fortalece la idea de que la única sexualidad es la aplicada a la reproducción, y que las mujeres mayores no tienen sexo. Lo mismo con los servicios para adolescentes.
3. Analizar la forma en que se legitiman relaciones jerárquicas entre los sexos. Por ejemplo, con la exigencia de firmar un consentimiento el marido para una práctica sobre el cuerpo de la mujer cuando ésta es adulta y está lúcida, se fortalece el poder de tutela del varón sobre la mujer.

4. Analizar la forma en que se incorporan las experiencias, intereses y perspectivas de las mujeres a la práctica, al diseño, a la aplicación y al control de políticas que impactan directamente sus cuerpos y sus vidas.

**(iii) Cambio del paradigma tradicional de poder médico por uno basado en la responsabilidad y (iv) Las mujeres como sujeto de derecho**

El cambio de eje efectuado hace diez años en El Cairo, profundizado en Beijing, y que ha contado con el compromiso de las acciones de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, permite

- Fortalecer el ejercicio del conjunto de derechos consagrado en la Carta Internacional de Derechos Humanos, ya que el ejercicio de los derechos sexuales es por un lado un efecto y por otro una condición para el ejercicio de otros derechos.
- Atender a los aspectos del desarrollo vinculados a los derechos, ya que la distribución económica justa, la ecología, la equidad de género, raza, clase, religión y etnia influyen en la salud integral.
- Cambiar el significado biomédico de salud materna (como salud de las mujeres en edad reproductiva, centrado en el embarazo y parto sin enfermedad o muerte y en la anticoncepción) por una comprensión amplia centrada en los derechos de las personas (sobre todo de las mujeres, a hacer elecciones autónomas sobre su reproducción y sexualidad, incluyendo el control sobre sus cuerpos y las decisiones sexuales y reproductivas)
- Determinar responsabilidades de los gobiernos, tanto a nivel legislativo (sobre todo en la sanción de leyes de salud sexual y reproductiva, y contra la violencia) como el ejecutivo (políticas públicas en salud integral, distribuidas en todo el territorio, accesibles para todos los sujetos) y el judicial (exigibilidad de los derechos mediante el acceso a la justicia y a otras instancias de reclamo como las Defensorías del Pueblo)

**RESPONSABILIDAD MEDICA**<sup>3</sup>

El paradigma tradicional de atención médica ha cambiado, tomando como marco los derechos humanos y centrándose en la/el paciente, respetando su autonomía,

---

<sup>3</sup> (Observatorio Argentino de Bioética, Documento N° 2, FLACSO/Cedes 2007)

solicitando su consentimiento y permitiéndole tomar decisiones en el proceso de atención terapéutica:

#### Modelo tradicional

- Atención médica de la salud
- Centrado en los aspectos biomédicos
- Relación médico-paciente con asimetría de poder
- Pasividad del/la enfermo/a

#### Modelo centrado en derechos

- Atención integral de la salud (biológica, psicológica y social)
- Además de la competencia profesional y técnica, se jerarquiza el respeto por las opiniones del/la paciente
- Reconocimiento de la capacidad y derecho del/la paciente para tomar decisiones autónomas relativas al cuidado de su salud y a los métodos diagnósticos y terapéuticos

Pasar del modelo tradicional al modelo centrado en derechos exige cambios legales, pero sobre todo culturales. Por eso sugerimos algunas propuestas:

- Sensibilización de los efectores de salud en el marco de responsabilidad centrada en derechos
- Conocimiento por parte de los efectores de salud de la normativa legal dentro de la cual realizan su trabajo, las condiciones de responsabilidad legal y los alcances de la objeción de conciencia
- Reglamentación explícita por parte de las autoridades de salud sobre las condiciones de atención de los abortos no punibles, ligaduras de trompas, embarazos incompatibles con la vida, protocolo de atención de violencia sexual, acceso a las tecnologías reproductivas, acceso a la anticoncepción, e intervenciones quirúrgicas que modifiquen la genitalidad o la "corrijan"
- Alfabetización en derechos humanos para mujeres y otros grupos vulnerables
- Capacidad de monitoreo ciudadano de la aplicación de las normas

#### **(v) Papel de los Comités Hospitalarios de Bioética en este nuevo paradigma**

Los comités hospitalarios de bioética, si incorporan el marco de los derechos humanos, cumplen una función imprescindible en este nuevo paradigma. Son la

instancia profesional que respalda las decisiones individuales de los efectores de salud, para evitar el error de recurrir al amparo de la justicia cuando no sólo no es necesario sino que es perjudicial porque constituye una barrera para el acceso al derecho a la salud de las personas. Esto ocurre en particular con prácticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva.

- (i) Las mujeres no son consideradas adultas en las decisiones, están bajo tutela del marido y el juez
- (ii) Los bebés intersexuales son obligados a determinar quirúrgicamente su sexo por razones que exceden las precauciones médicas y entran en el terreno del disciplinamiento
- (iii) Las personas transexuales adultas son impedidas de tomar decisiones sobre transformaciones en sus cuerpos que afecten sus órganos reproductivos, salvo que intervenga la justicia; y el saber médico es el árbitro del verdadero género.
- (iv) Los y las adolescentes tienen barreras en el acceso a la información, la atención y la anticoncepción con el argumento de la patria potestad, en una errónea interpretación que hace de los sujetos propiedad de sus padres, confundiendo protección con tutela
- (v) Existen condiciones conflictivas sobre la incorporación de mujeres a protocolos de investigación, sobre todo si están en etapa reproductiva o están embarazadas, y estos conflictos deben contar con el arbitrio ético de comités específicos.
- (vi) Es problemático el alcance de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en casos de pacientes psiquiátricas y en casos de deficiencia mental.
- (vii) Existen conflictos entre el derecho a la privacidad en la relación médico-paciente, y la obligación de denunciar ilícitos en los casos de abortos (debe denunciar en forma obligatoria los delitos que lleguen a su conocimiento bajo pena de caer incurso en el delito de encubrimiento (Art. 277 inc. D del Código Penal) cuando, paralelamente, la ley lo castiga si viola el secreto profesional (Art. 156 del Código Penal) conflicto que no debe quedar librados a la decisión personal de los efectores de salud.

Quiero referirme en particular a la cuestión del aborto, dado que estoy en una provincia que aceptó iniciativas inconstitucionales como la de anteponer barreras

jurídicas al acceso a la salud en el caso de mujeres que tenían derecho (en el marco del artículo 86 del código penal) a interrumpir su embarazo, sin ningún requerimiento de intervención legal sino sólo de decisión médica. Los abortos no punibles deben realizarse en los hospitales públicos, con todos los recaudos sobre la salud integral de las pacientes, sin intervención judicial que retrasa hasta volverlos abstractos sus derechos.

Esto no implica, por supuesto, desconocer el derecho a la vida del embrión<sup>4</sup>, garantizado por nuestra Constitución, ya que ningún derecho (ni siquiera el derecho a la vida) tiene un valor absoluto. Y el aborto es un caso obvio de conflicto de derechos. El código penal, al establecer las causas de no punibilidad del aborto (riesgo para la vida, riesgo para la salud, violación, falta de consentimiento por ser mujer idiota o demente) privilegia la vida, la salud, la integridad y la autonomía de la mujer. En términos morales cada mujer debe tomar una decisión basada en su conciencia, e incluso en términos religiosos se le concede la autoridad sobre esta decisión.

Por otra parte, un aborto en curso que llega al hospital no debe ser denunciado por el personal de salud. La Justicia tuvo oportunidad de expedirse sobre esta situación en el fallo plenario Frías Natividad, resuelto hace más de cuarenta años por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de Capital Federal. Allí se resolvió que no puede incriminarse a la mujer que cometió aborto en base a la denuncia efectuada por el médico al que le tocó atender las complicaciones puerperales posteriores. Esto implica que el médico no está obligado a denunciar este delito. La lógica del fallo es que de aceptarse la declaración del médico para incriminar a la paciente se estaría obligando a la mujer a declarar contra sí misma. Divulgar el aborto cometido por la paciente implicaría para el médico violar el secreto profesional, lo cual es un delito. La mujer debe elegir entre 'muerte y cárcel' (morir fruto de las heridas generadas por el aborto o ser enjuiciada por acudir a un hospital) y, por último, el delito sólo criminaliza a las mujeres de determinada clase social (las que acuden a los hospitales públicos) con lo que se afecta su derecho a la igualdad.

Quiero enfatizar tres observaciones

- El no respeto por las causales de impunidad del aborto transforma en **clandestinos** los abortos que están **dentro de la ley**
- La modificación arbitraria de la letra de la ley, agregando restricciones no existentes en las normas, **viola el sistema republicano** de división

---

<sup>4</sup> El problema ético del valor de la vida del embrión merece una larga reflexión que excede esta escueta mención. Sólo quiero reafirmar que aún concediéndole el mismo valor que a una persona nacida, los argumentos aquí desarrollados son válidos.

de poderes, atribuyéndose capacidades legislativas a la justicia o a ejecutivo

- La judicialización innecesaria de una práctica de salud pone una **barrera inconstitucional** al acceso a la salud integral.

Sólo las mujeres abortan

**Sólo ellas están expuestas a un abuso de poder que afecta**

- **el derecho a la vida**
- **el derecho a la salud**
- **el derecho a la libertad**
- **el derecho a la igualdad**

Por eso no sólo es imprescindible que los comités analicen los casos de salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos, sino que es indispensable la participación de mujeres en los comités de bioética y en todas las instancias de decisión que afecten de modo directo o tengan un impacto diferencial sobre los cuerpos y las experiencias de las mujeres.