



Informe sobre
la situación de
**LA ACCESIBILIDAD
AL ABORTO
NO PUNIBLE**
en América Latina
y el Caribe

Junio 2012

Informe sobre la situación de
LA ACCESIBILIDAD AL ABORTO NO PUNIBLE
en América Latina y el Caribe

Junio 2012

Índice

I	Introducción	5
II	La legislación sobre interrupción legal del embarazo	13
	II.a La penalización total del aborto	15
	II.a.1 Situación actual	17
	II.a.2 Reformas legislativas en discusión	21
	II.b La legalización: modelo de indicaciones	22
	II.b.1 Situación actual	23
	II.b.2 Reformas legislativas en discusión	32
	II.c La despenalización: modelo de plazos y mixto	34
III	Consecuencias de la penalización de la interrupción del embarazo en la salud reproductiva de las mujeres	37
IV	Obstáculos para el acceso efectivo a la interrupción del embarazo en condiciones seguras en los supuestos en que está autorizado por la ley	45
V	Conclusión y recomendaciones	51

Informe sobre la situación de LA ACCESIBILIDAD AL ABORTO NO PUNIBLE en América Latina y el Caribe¹

I Introducción

Los **derechos reproductivos** fueron reconocidos como derechos humanos en los años noventa, a partir de dos Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas.

La Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto (1994), y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, que tuvo lugar en Beijing, China (1995), establecieron que la salud y los derechos reproductivos, en particular los de las mujeres, son fundamentales para el ejercicio de los derechos humanos y para el desarrollo. De acuerdo con el Programa de Acción adoptado en El Cairo:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social [...] 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. [Ello] 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 [...] 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

¹ Este informe fue elaborado por Alma Beltrán y Puga y Ximena Andión de GIRE, y Mercedes Cavallo de ADC. Las organizaciones agradecen especialmente a Daniela Schnidrig y a Marisol Escudero, por su asistencia en la investigación, y a Mónica Maorenzic por la edición.

con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales[...]²

[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en 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 a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos [...] 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. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.³

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud reproductiva como:

[U]na condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.⁴

Ambas definiciones incluyen el derecho de las personas a decidir libremente si quieren tener hijos o no. De esta manera, los

² Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994, Nueva York, Naciones Unidas, 1995, párrafo 7.2. Disponible en <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf> [consulta: 3 de mayo de 2012].

³ *Ibidem*, párrafo 7.3.

⁴ OMS, "Reproductive Health" en Health Topics. Disponible en <http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/> [consulta: 26 abril 2012]. Ver traducción al español en Haarbrink, Joyce, "Salud sexual y reproductiva: Un derecho de mujeres y hombres" en Control ciudadano, *Los grandes temas según los compromisos*, 2007. Disponible en <<http://old.socialwatch.org/es/informesTematicos/122.html>> [consulta: 7 de mayo de 2012].

derechos reproductivos y la salud reproductiva de las mujeres no pueden limitarse a los derechos que se generan al momento en que la mujer queda embarazada o en el parto, sino que éstos se refieren a toda la vida reproductiva de la mujer y las decisiones que ha de tomar al respecto. Dichas decisiones incluyen el uso de métodos anti-conceptivos regulares y de emergencia —para evitar embarazos no deseados— y la interrupción del embarazo en condiciones seguras. Ello así, pues no puede ignorarse que un gran número de mujeres se encuentran, durante su vida reproductiva, con la necesidad de tomar una decisión sobre si continuar o no con un embarazo que no es deseado, o que podría significar un riesgo para su vida o para su salud (entendida ésta en su concepto amplio e integral de bienestar físico, psíquico y social).

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos comprende también los derechos humanos de las mujeres, incluyendo los derechos reproductivos, de conformidad con lo establecido en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), el Protocolo de San Salvador, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (Convención contra la Tortura).

Tal y como lo ha señalado la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), los tratados internacionales antes mencionados forman parte del marco jurídico internacional que sirve como “base para el reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de las mujeres, los cuales parten de la protección a otros derechos fundamentales como la vida, la salud, la igualdad y no discriminación, la libertad, la integridad personal, el estar libre de violencia, y que se constituyen en el núcleo esencial de los derechos reproductivos.”⁵

⁵ CIDH, *Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el Sistema Interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación*, [OEA/Ser.L/V/II.143

El derecho a la igualdad y no discriminación constituye uno de los pilares del Sistema Interamericano. Los instrumentos del sistema interamericano establecen la igualdad de todas las personas ante la ley, así como el deber de los Estados de respetar y garantizar los derechos sin discriminación por razón de sexo.⁶ Tomando como base los principios vinculantes en materia de igualdad, tanto la CIDH como la Corte Interamericana (Corte IDH), han establecido en sus precedentes que la obligación de garantizar la igualdad y la no discriminación está estrechamente vinculada con la prevención, investigación y sanción de la violencia contra las mujeres.⁷

De igual forma, los instrumentos del sistema interamericano afirman el derecho de las mujeres al **acceso a la justicia**, que se traduce en la posibilidad de “acceder a un recurso judicial sencillo y eficaz que cuente con las debidas garantías cuando denuncian hechos de violencia, así como la obligación de los Estados de ac-

Doc. 60], 3 noviembre 2011, pp. 96-97. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/ESTANDARES%20JURIDICOS.pdf>> [consulta: 26 de abril de 2012].

⁶ Artículos 1.1, 2 y 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Artículos 1, 2 y 3 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”. Artículos II y XVII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Disponibles en <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/documentos_basicos.asp> [consulta: 26 de abril de 2012].

⁷ CIDH, *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas*, [OEA/Ser.L/V/II Doc. 68], 20 de enero de 2007, párrafo 59. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Informe%20Acceso%20a%20la%20Justicia%20Español%20020507.pdf>> [consulta: 26 de abril de 2012]. CIDH, *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica*, [OEA/Ser.L/V/II. Doc. 63], 9 de diciembre de 2011. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/MESOAMERICA%202011%20ESP%20FINAL.pdf>> [consulta: 26 de abril de 2012]. CIDH, *Caso 12.051. Maria da Penha Maia Fernandes vs. Brasil. Informe N° 54/01*, 16 de abril de 2001. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2000sp/CapituloIII/Fondo/Brasil12.051.htm>> [consulta: 26 de abril de 2012]. CIDH, *Caso 12.626. Jessica Lenaban (Gonzales) y otros vs. Estados Unidos. Informe N° 80/11*, 21 de Julio de 2011. Disponible en <www.oas.org/es/cidh/decisiones/2011/USPU12626ES.doc> [consulta: 22 de mayo de 2012]. Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México. Sentencia excepcional preliminar, fondo, reparaciones y costas*, 16 de noviembre de 2009. Disponible en <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf> [consulta:

tuar con la debida diligencia para prevenir, investigar, sancionar y reparar estos hechos.”⁸ En este sentido, la CIDH ha reiterado que “el acceso a la justicia constituye la primera línea en la defensa de los derechos humanos de las víctimas de la violencia”, incluida la violencia sexual contra las mujeres.⁹

Asimismo, la CIDH ha destacado el vínculo que existe entre el **derecho al acceso a la información** y la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. Al respecto, la CIDH ha enfatizado las obligaciones positivas de los Estados para proporcionar a las mujeres un acceso efectivo a la información necesaria en materia reproductiva, estableciendo que:

El derecho al acceso a la información es especialmente relevante en el ámbito de la salud y específicamente en el área de la sexualidad y la reproducción ya que contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su personalidad. Bajo el sistema interamericano, el acceso a la información en materia sexual y reproductiva involucra una serie de derechos como el derecho a la libertad de expresión, a la integridad personal, a la protección a la familia, a la vida privada y a vivir libres de violencia y discriminación.¹⁰

En este mismo sentido, la CIDH se ha pronunciado respecto de la obligación de los Estados de garantizar el **acceso de las**

26 de abril de 2012]. Corte IDH, *Caso Fernández Ortega y otros vs. México. Sentencia excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas*, 30 de Agosto de 2010. Disponible en <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_esp.pdf> [consulta: 26 de abril de 2012]. Corte IDH, *Caso Rosendo Cantú y otra vs. México. Sentencia excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas*, 31 de agosto de 2010. Disponible en <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_216_esp.pdf> [consulta: 26 de abril de 2012].

⁸ CIDH, *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas*, op. cit. (ver *supra*, nota 7), párrafo 23, p. 10.

⁹ CIDH, *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica*, op. cit. (ver *supra*, nota 7), párrafo 21, p. 6.

¹⁰ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, [OEA/Ser.L/V/II Doc. 61], 22 de noviembre de 2011, párrafo 3, p. 1. Disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf>> [consulta: 26 de abril de 2012].

mujeres a servicios de salud materna sin discriminación, respetando su **derecho a la integridad personal física y moral**. Al respecto, la CIDH ha señalado que:

[E]n el ámbito de la salud materna entraña la obligación de garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones, a los servicios de salud que requieren según sus necesidades particulares relacionados con el embarazo y el periodo posterior al parto y a otros servicios e información relacionados con la maternidad y en materia reproductiva a lo largo de sus vidas.¹¹

En sus informes de país, la CIDH también ha sostenido reiteradamente que los derechos reproductivos forman parte del núcleo de derechos humanos que deben ser respetados y garantizados por los Estados en igualdad de condiciones con los hombres y libres de todas formas de violencia y discriminación.¹²

Dicho esto, lo cierto es que **la mayoría de los Estados de Latinoamérica y el Caribe, ante las influencias morales, religiosas y fundamentalistas en torno a la sexualidad, particularmente la femenina, mantienen políticas públicas limitadas y sesgadas en materia de derechos reproductivos**. Por este motivo, 16 organizaciones de la sociedad civil —Grupo de información en Reproducción Elegida (GIRE), Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Planned Parenthood Federation of

¹¹ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, [OEA/Ser.L/V/II Doc. 69], 7 de junio de 2010, párrafo 3, pp. 1-2. Disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>> [consulta: 26 de abril de 2012].

¹² Ver CIDH, *Informe sobre los derechos de las mujeres en Chile: la igualdad en la familia, el trabajo y la política*, [OEA/Ser.L/V/II.134 Doc. 63], 27 de marzo de 2009. Disponible en <<http://www.cidh.org/countryrep/ChileMujer2009sp/ChileMujer09indice.sp.htm>> [consulta: 27 de abril de 2012]. CIDH, *El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y discriminación en Haití*, [OEA/Ser.L/V/II Doc. 64], 10 de marzo de 2009. Disponible en <<http://cidh.oas.org/countryrep/Haitimujer2009sp/Haitimujerindice.sp.htm>> [consulta: 27 de abril de 2012]. CIDH, *Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia*, [OEA/Ser.L/V/II Doc. 67], 18 de octubre de 2006. Disponible en <<http://www.cidh.org/countryrep/colombiamujeres06sp/informe%20mujeres%20colombia%202006%20espanol.pdf>> [consulta: 27 de abril de 2012].

América (PPFA), Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico, Centro de Derechos de Mujeres (CDM), Centro de Documentación y Estudios (CDE), Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), Colectiva Mujer y Salud, Colectiva por el Derecho a Decidir, Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR), Ipas Centroamérica, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (La Mesa) y Mujer y Salud Uruguay (MYSU), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA)— participaron en una audiencia ante la CIDH.

La audiencia tuvo lugar en Washington, Estados Unidos de América, el 28 de marzo de 2011, en el marco del 141° período de sesiones de la CIDH. Estuvieron presentes los comisionados Dinah Shelton (presidenta de la CIDH), José de Jesús Orozco Henríquez, María Silva Gillén y la Relatora sobre los Derechos de la Mujer, Luz Patricia Mejía Guerrero, quienes manifestaron la importancia y especial relevancia del tema y agradecieron la información proporcionada por las organizaciones.¹³

Durante esta audiencia se presentó un diagnóstico sobre los **obstáculos que enfrentan las mujeres** en el efectivo ejercicio del derecho a la salud reproductiva. Especialmente, se destacó que la penalización de la interrupción del embarazo merma el goce de las mujeres en la región de sus derechos reproductivos, además de sus derechos humanos a la vida, a la integridad personal, al más alto nivel posible de salud reproductiva, a la intimidad, a la dignidad, a la libertad personal y al derecho a vivir libre de violencia y discriminación.

En seguimiento de la situación planteada en la audiencia ante la CIDH, presentamos este informe, que contiene un análisis de los problemas relativos a la regulación de los abortos no punibles en la región, su inaccesibilidad y las terribles consecuencias que de allí se derivan para los derechos humanos de las mujeres.

¹³ Ver CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, op. cit. (ver *supra*, nota 10).

Las organizaciones estamos convencidas de que es necesario que el tema de la interrupción del embarazo sea abordado desde una perspectiva de protección y garantía de los derechos humanos de las mujeres, de acuerdo con las definiciones sobre derechos reproductivos y salud reproductiva que ha brindado el marco internacional.

II La legislación sobre interrupción legal del embarazo

En los sistemas jurídicos del mundo, existen dos formas de regular el aborto: en el sistema penal o fuera de éste. Entre los países que han excluido de su normativa penal la regulación del aborto se encuentra, por ejemplo, Holanda.¹⁴ La gran mayoría de los países, sin embargo, aún lo regulan en su ley penal.

La regulación penal puede adoptar tres modelos distintos: la criminalización total, sin admitir excepciones; el modelo de plazos, trimestres o de derogación; y el modelo de indicaciones o permisos.¹⁵

La **criminalización total** del aborto no permite su práctica bajo ningún supuesto. Es, por ejemplo, el caso de Chile, El Salvador, República Dominicana, Honduras, Surinam¹⁶ y Nicaragua.

El **modelo de plazos** despenaliza el aborto hasta determinado momento de la gestación; es decir, no se tipifica como delito

¹⁴ Desde la “Termination of Pregnancy Act”, que entró en vigor en 1984, los abortos son gratuitos y pueden realizarse, por pedido de la mujer, hasta la semana 21. En casos en que peligre la salud de la mujer, el procedimiento puede realizarse hasta la semana 24 de gestación.

¹⁵ Bergallo, Paola, “Introducción. La liberalización del aborto: contextos, modelos regulatorios y argumentos para su debate” en Paola Bergallo (comp.), *Aborto y justicia reproductiva*, Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011, pp. 5-6.

¹⁶ En Surinam, a pesar de la criminalización total del aborto en la legislación penal, el Estado se ha pronunciado a favor de la práctica del aborto cuando se encuentra en riesgo la vida de la mujer, argumentando el derecho de las mujeres a la salud reproductiva. Ver Comité sobre los Derechos del Niño, *Initial periodic report of Suriname*, [CRC/C/28/Add.11], 13 de febrero de 1998, párrafos 27-29, y Comité CEDAW, *Combined initial and second periodic report of Suriname*, [CEDAW/C/SUR/1-2], 5 de marzo de 2002, párrafo 65; citados en Castelen, Milton Andy, *Women’s reproductive health rights the rule of law and public health considerations in repealing the criminal laws on abortion in the Republic of Suriname*, Faculty of Law, University of Toronto, 2009, [tesis de maestría en Derecho]. Disponible en <https://space.library.utoronto.ca/bitstream/1807/18236/1/Castelen_Milton_A_200911_LLM_thesis.pdf> [consulta: 17 de julio de 2012].

el aborto practicado —usualmente— entre las 12 y las 14 semanas de gestación, aunque hay países que lo permiten hasta las 18 semanas.¹⁷ Este modelo generalmente es “mixto”, cuando, luego de vencido el plazo, se regula a través de un modelo de indicaciones. Es, por ejemplo, el caso de de la legislación en la ciudad de México.

El **modelo de indicaciones** permite el aborto en determinados supuestos, conocidos como “causales”. Típicamente, las causales son: peligro para la salud o la vida de la mujer, abuso sexual, malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina, y —a veces— apremio socioeconómico.¹⁸ La mayoría de los países latinoamericanos regula el aborto con el modelo de indicaciones. Este es el caso de Argentina, como así también de Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México (excluyendo la capital), Paraguay, Panamá, Perú y Uruguay, entre otros.

Como explica Paola Bergallo, el modelo de indicaciones se divide, a su vez, en modelos sin implementación y modelos con implementación.¹⁹ Muchas veces, la implementación de las causales se hace a través de normativa complementaria de carácter legislativo (cuando las sancionan las legislaturas) o de carácter administrativo (cuando lo hace un órgano dependiente del Poder Ejecutivo, como el Ministerio de Salud).

¹⁷ En Suecia el aborto es legal, por pedido de la mujer, hasta las 18 semanas de gestación, siempre y cuando el aborto no ponga en peligro su vida. Entre las 12 y 18 semanas la mujer debe discutir el aborto con un trabajador social. Después de las 18 semanas debe obtener permiso de la Junta Nacional de Salud y Bienestar. Ver Pimenta de Faria, Carlos Aurélio, “El derecho al aborto y las políticas reproductivas en Suecia” en *Estudios sociológicos*, México, El Colegio de México, vol. XVIII, núm. 3, septiembre-diciembre 2000, pp. 617-659.

¹⁸ Ley N° 9.763, artículo 328, inciso 4°, Uruguay. “Causas atenuantes y eximentes: Inciso 4°. En caso de que el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer por razones de angustia económica, el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad, y si se efectuare con su consentimiento podrá llegar hasta la exención de la pena.”

¹⁹ Bergallo, Paola, “Aborto y justicia reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado” en *Cuestión de Derechos*, Buenos Aires, ADC, núm. 1, julio 2011, pp. 20-44. Disponible en <<http://www.cuestiondederechos.org.ar/pdf/04-aborto-justicia-reproductiva-Paola-Bergallo.pdf>> [consulta: 26 de abril de 2012].

Como expresa Agustina Ramón Michel, en los modelos de indicaciones y de plazos:

[S]ubyace una ponderación de lo que está en juego y la decisión de dar prevalencia a los derechos y valores vinculados a las mujeres. Lo que cambia es la intensidad y modalidad que asume este resultado. Intensidad porque en el modelo de plazos hay un posicionamiento menos condicionado y más abierto a la decisión de la mujer, mientras que en la legislación de indicaciones se adopta una estructura que exige ciertas circunstancias y en esa medida supedita y ciñe, tanto material como simbólicamente, las posibilidades de las mujeres.²⁰

II.a La penalización total del aborto

Mecanismos internacionales, como el Comité de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) y el Comité contra la Tortura, han señalado claramente que la penalización absoluta del aborto es contraria a las disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos, en tanto no respeta los derechos a la vida, la integridad y la salud de las mujeres. La CIDH ha expresado que “el aborto terapéutico es reconocido internacionalmente como un servicio de salud especializado y necesario para las mujeres cuya finalidad es salvar la vida de la madre cuando ésta se encuentra en peligro a consecuencia de un embarazo; [La negación de este servicio de salud] atenta contra la vida, la integridad física y psicológica de las mujeres.”²¹ Por lo tanto, la CIDH ha recomendado a los

²⁰ Ramón Michel, Agustina, “Entre la acción y la espera: el acceso al aborto legal en América Latina” en *Los derechos reproductivos: un debate necesario. I Congreso Latinoamericano Jurídico sobre Derechos Reproductivos*, Arequipa, Perú, 5 al 7 de noviembre de 2009, Lima, PROMSEX, noviembre de 2011, pp. 30-31. Disponible en <<http://promex.org/docs/Publicaciones/Congreso%20AQP%28low%29.pdf>> [consulta: 26 de abril de 2012].

²¹ CIDH, *Anexo al Comunicado de prensa 28/11 sobre el 141° período de sesiones de la CIDH*, 1 de abril de 2011. Disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2011/028A.asp>> [consulta: 27 de abril de 2012].

Estados revisar su legislación y liberalizar las leyes que criminalizan el aborto completamente.

El Relator Especial de la ONU, Anand Grover, en su Informe sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, expresó que “el uso flagrante de la coacción física por el Estado u otros actores no estatales, como en los casos de [...] aborto [...] se ha condenado desde hace tiempo como una forma injustificable de coerción sancionada por el Estado y una violación del derecho a la salud”.²² Asimismo consideró que la criminalización del aborto es una barrera inaceptable que impide a las mujeres ejercer su derecho a la salud. Por lo tanto, el Relator estima que la prohibición de la interrupción del embarazo debe eliminarse, porque atenta contra la dignidad y autonomía de la mujer, al restringir gravemente su libertad para decidir sobre su salud sexual y reproductiva. El Relator consideró que la penalización del aborto:

[G]enera efectos nocivos para la salud física, al ser causa de muertes evitables, morbilidad y mala salud, y para la salud mental, entre otras cosas porque las mujeres afectadas se arriesgan a caer en el sistema de justicia penal. La promulgación o el mantenimiento de leyes que penalicen el aborto puede constituir una violación de la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud”.²³

Por ende, el Relator recomendó “despenalizar el aborto y derogar las leyes conexas, como las relativas a la facilitación del aborto.”²⁴

²² Informe del Relator Especial, Anand Grover, “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, Asamblea General de Naciones Unidas, 66º período de sesiones, 3 de agosto de 2011, [A/66/254], párrafo 12, p. 7. Disponible en <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254&referer=http://search.un.org/search?ie=utf8&Lang=S> [consulta: 27 de abril de 2012].

²³ *Ibidem*, párrafo 21, p. 9.

²⁴ *Ibidem*, párrafo 65.h, p. 23.

II.a.1 Situación actual

Como se dijo, algunos países de Latinoamérica y el Caribe penalizan de forma absoluta el aborto. Es el caso de, por ejemplo, Honduras, Surinam, Chile, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua.

En el caso de **Nicaragua** y respecto a la penalización absoluta del aborto, en 2008, el Comité de Derechos Humanos señaló:

El Comité observa con preocupación la prohibición general del aborto, inclusive en casos de violación sexual, incesto o presuntamente de embarazos que amenazan la vida de la mujer. Asimismo, le preocupa que la ley que autorizaba el aborto terapéutico en tales condiciones fuera derogada por el parlamento en 2006 y que desde la adopción de esta prohibición se han documentado varios casos en los cuales la muerte de la mujer embarazada estuvo asociada a la falta de una oportuna intervención médica orientada a salvar su vida, que le hubiera sido brindada bajo la legislación vigente antes de la revisión penal. Asimismo, el Comité observa con preocupación que el Estado parte no haya clarificado por escrito que el profesional médico pueda acatarse a las Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, sin miedo a ser investigados o perseguidos por el Estado parte (artículos 3, 6, 7 y 26).

El Estado parte debería ajustar su legislación sobre el aborto de conformidad con las disposiciones del Pacto. Asimismo debería adoptar medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, de forma que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que puedan poner su vida en peligro o realizarlos en el extranjero. Asimismo, el Estado debería evitar penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales.²⁵

Por su parte, el Comité CEDAW también recomendó a **Nicaragua** la revisión de su legislación relativa al aborto y expresó su preocupación “[por] las gestiones realizadas recientemente por el Estado Parte para tipificar como delito el aborto terapéutico, lo que puede dar lugar a que más mujeres recurran a abortos ilegales

²⁵ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Nicaragua*, 94º período de sesiones, 12 de diciembre de 2008, [CCPR/NIC/CO/3], párrafo 13. Disponible en <<http://epu.onu.org/ni/docs/infonic/info/infoNic1.swf>> [consulta: 27 de abril de 2012].

practicados en condiciones peligrosas, con los consiguientes riesgos para su vida y su salud[...]"²⁶

En este mismo sentido fue la observación que el Comité de Derechos Humanos realizó al revisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el 27 de octubre de 2010, respecto a la situación en **El Salvador**:

El Comité expresa su preocupación por la vigencia de disposiciones del Código Penal que criminalizan el aborto en todas sus formas, dada la circunstancia de que los abortos ilegales tienen consecuencias negativas graves para la vida, la salud y el bienestar de la mujer. El Comité continúa preocupado por el hecho de que mujeres que acuden a hospitales públicos y a las que el personal médico ha relacionado con abortos hayan sido denunciadas por dicho personal ante las autoridades judiciales; que se hayan abierto procesos judiciales contra algunas mujeres y que en algunos de estos procesos se hayan impuesto penas graves por el delito de aborto e incluso por el delito de homicidio, haciendo los jueces una interpretación extensiva de este delito. Aun cuando la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema ha decidido que en el caso de que exista un estado de necesidad imperioso la mujer que enfrenta un proceso penal por aborto puede quedar exculpada de responsabilidad penal, le preocupa al Comité que este precedente judicial no haya sido seguido por otros jueces ni tenido como consecuencia el término de los procesos penales abiertos contra mujeres por el delito de aborto (arts. 3 y 6 del Pacto).

El Comité reitera su recomendación en el sentido que el Estado parte revise su legislación sobre aborto para hacerla compatible con las disposiciones del Pacto. El Estado parte debe tomar medidas para impedir que las mujeres que acuden a hospitales públicos sean denunciadas por el personal médico o administrativo por el delito de aborto. Asimismo, en tanto no se revise la legislación en vigor, el Estado parte debe suspender la incriminación en contra de las mujeres por el delito de aborto. El Estado parte debe iniciar un diálogo nacional sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.²⁷

²⁶ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Nicaragua*, 37º período de sesiones, 15 de enero a 2 de febrero de 2007, [CEDAW/C/NIC/CO/6], párrafo 17, p. 4. Disponible en <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/fd5b4cc842bcbe3fc12572a4003f9bea/\\$FILE/N0724419.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/fd5b4cc842bcbe3fc12572a4003f9bea/$FILE/N0724419.pdf)> [consulta: 27 de abril de 2012].

²⁷ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: El Salvador*, 100º período de sesiones, 27 de octubre de 2010, [CCPR/C/SLV/CO/6],

En sus observaciones y recomendaciones a **Chile** en noviembre de 2004, el Comité DESC expresó que:

[P]reocupan las consecuencias para la salud de la mujer de la prohibición legal del aborto, sin excepciones, en el Estado Parte. Aunque no hay estadísticas oficiales del número de abortos que se practican anualmente, el gran número de mujeres que se hospitalizan por complicaciones de abortos cada año (34.479 en 2001) da una indicación de la amplitud del problema.²⁸

En atención a lo anterior, el Comité DESC recomendó a Chile “que revise su legislación y despenalice el aborto cuando se trate de abortos terapéuticos y cuando el embarazo sea consecuencia de violación o incesto.”²⁹ El Comité de Derechos Humanos también observó que Chile debería revisar su legislación sobre aborto, con miras a que concuerde con el PIDCP.³⁰

Con respecto a **Honduras**, el Comité CEDAW recomendó:

[Q]ue el Estado Parte examine la posibilidad de reformar la normativa sobre el aborto con miras a determinar en qué circunstancias se puede autorizar, por ejemplo, el aborto terapéutico y el aborto en casos de embarazo resultante de violación o incesto, y a derogar las disposiciones que penalizan a las mujeres que recurren al procedimiento, en consonancia con la recomendación general 24 del Comité, relativa a la mujer y la salud, y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. El Comité exhorta también al Estado Parte a poner a disposición de las mujeres servicios de calidad para atender las complicaciones derivadas de los abortos peligrosos y a reducir la tasa de mortalidad materna.³¹

párrafo 10. Disponible en <http://www.ccprcentre.org/doc/HRC/Salvador/CCPR.C.SLV.CO.6_es.pdf> [consulta: 2 de mayo de 2012].

²⁸ Comité DESC, *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Chile*, 33º período de sesiones, 26 de noviembre de 2004, [E/C.12/1/Add.105], párrafo 25. Disponible en <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/E.C.12.1.Add.105.Sp?Opendocument>> [consulta: 27 de abril de 2012].

²⁹ *Ibidem*, párrafo 52.

³⁰ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile*, 89º período de sesiones, 17 de abril de 2007, [CCPR/C./CHL/CO/5], párrafo 8, p. 3. Disponible en <http://www.ccprcentre.org/doc/HRC/Chili/CCPR.C.CHL.CO.5_es.pdf> [consulta: 2 de mayo de 2012].

³¹ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Honduras*, 39º período de sesiones, 10 de agosto de 2007, [CEDAW/C/

Mientras que el Comité de Derechos Humanos observó que Honduras debería revisar su legislación sobre el aborto con miras a que concuerde con el PIDCP.³²

El Comité CEDAW se expresó de igual manera en el caso de **República Dominicana**, en tanto sostuvo que “recomienda que el Estado Parte preste, entre sus servicios de salud, la interrupción del embarazo cuando sea resultado de una violación o cuando esté en peligro la salud de la madre.”³³

Para concluir este apartado, mencionamos un ejemplo de las consecuencias que la penalización absoluta del aborto provoca en la protección de la salud de las mujeres. En Nicaragua, las autoridades públicas de salud negaron a “Amelia”, quien estaba embarazada, el acceso al tratamiento médico para el cáncer que padecía, bajo el argumento de que los medicamentos a suministrarle provocarían un efecto abortivo. Amelia interpuso ante la CIDH una medida cautelar para que se le proporcionara el tratamiento médico. Al conceder dicha medida, la CIDH solicitó urgentemente al Estado de Nicaragua que adoptara las medidas necesarias para asegurar a la beneficiaria el acceso al tratamiento médico necesario para tratar el cáncer metastásico que ponía en peligro su vida.³⁴

HON/CO/6), párrafo 25, p. 6. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/CONCLUDING_COMMENTS/Honduras/Honduras-CO-6.pdf> [consulta: 27 de abril de 2012].

³² Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Honduras*, 88º período de sesiones, 13 de diciembre de 2006, [CCPR/C/HND/CO/1], párrafo 8, p. 3. Disponible en <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/CCPR.C.HND.CO.1.Sp?Opendocument>> [consulta: 27 de abril de 2012].

³³ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité: República Dominicana*, 31º período de sesiones, 6 al 23 de julio de 2004, párrafo 309. Disponible en <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/Rep%C3%BAblicaDominicanaCO31_sp.pdf> [consulta: 2 de mayo de 2012].

³⁴ Ver CIDH, *Medidas cautelares. MC 43-10 “Amelia”*, Nicaragua, 26 de febrero de 2010. Disponible en <<http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/proteccion/cautelares.asp>> [consulta: 2 de mayo de 2012].

II.a.2 Reformas legislativas recientemente en discusión

En **Chile**, durante 2010, fueron presentados seis proyectos de ley para la despenalización del aborto. En septiembre de 2011, la Comisión de Salud del Senado chileno aprobó debatir tres de esos proyectos sobre despenalización del aborto bajo tres causales: violación, riesgo inevitable para la mujer durante el embarazo y feto con graves malformaciones físicas. Para realizar el procedimiento, se requerirá el consentimiento de la mujer, la intervención de un médico cirujano y la opinión de otros dos médicos cirujanos. A pesar de ello, algunos miembros de la Comisión expresaron que los proyectos “son malos e innecesarios” y que no hacen más que retroceder en la defensa del derecho a la vida.³⁵ Recientemente, el Senado de la República rechazó la posibilidad de legislar en materia de interrupción del embarazo y analizar las iniciativas presentadas.

El aborto terapéutico estuvo vigente en Chile desde 1931 hasta 1989, cuando —durante el régimen de Pinochet— fue modificado el artículo 119 del Código Sanitario que permitía la interrupción del embarazo por causas de salud de la mujer.³⁶ Actualmente, el Código Penal chileno sanciona con pena privativa de la libertad a quien cause un aborto, con independencia de la razón que lo motive.³⁷ Desde la restitución de la democracia en 1991 se han presentado varios proyectos de reforma de la penalización absoluta, pero ninguno ha prosperado.

³⁵ “Aprueban debatir despenalización del aborto terapéutico en Chile” en *Aciprensa*, Santiago, Chile, 6 de septiembre de 2011. Disponible en <<http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=34620>> [consulta: 27 de abril de 2012].

³⁶ Antes de la reforma el artículo 119 del Código Sanitario de Chile este señalaba que “se podrá interrumpir el embarazo por causas de salud de la mujer, para lo cual basta la firma de dos médicos cirujanos”. En la actualidad, este artículo señala que “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto.” Disponible en <<http://epi.minsal.cl/epi/html/RSI/VI/3Miscelaneo/05codsan.pdf>> [consulta: 14 de junio de 2012].

³⁷ Ver artículos 342 a 345 del Código Penal de Chile. Disponible en <<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>> [consulta: 14 de junio de 2012].

Otro país cuya legislación penaliza actualmente la interrupción del embarazo bajo cualquier circunstancia es **El Salvador**. En 1997, una reforma a su Código Penal derogó las causales de violación, malformaciones en el feto y riesgo para la salud de la mujer. En el contexto de las elecciones del 11 de marzo de 2012 para elegir a diputados de la Asamblea Legislativa, grupos conservadores salvadoreños manifestaron su esperanza de contar con los votos suficientes para la aprobación en la Cámara de una reforma constitucional —pendiente de ratificación— que pretende proteger a la familia heterosexual como base de la sociedad y evitar la despenalización del aborto.³⁸

La CIDH, en sus recomendaciones sobre **Haití** también se refirió a la problemática de la penalización del aborto y a un proyecto de ley:

El Ministerio [de la mujer] también está contemplando la presentación de una ley que legalice el aborto. Estos proyectos de ley son parte de un plan de acción más amplio del Ministerio de la Mujer, que incluye la promoción de los derechos de las mujeres, crear consciencia en el público sobre el problema de la violencia contra las mujeres, el análisis de las inequidades entre hombres y mujeres en diferentes sectores y la reducción de la pobreza.³⁹

II.b La legalización: modelo de indicaciones

El modelo de indicaciones establece ciertas “causales” bajo las cuales se permite o no se sanciona el aborto en la legislación penal, generalmente por peligro para la vida o salud de la mujer, mal-

³⁸ “El Salvador: Comicios definirán matrimonio homosexual y aborto” en *Mundo Cristiano*, lunes 5 de marzo de 2012. Disponible en <<http://www.cbn.com/mundocristiano/Latinoamerica/2012/March/El-Salvador-Elecciones-parlamentarias-definiran-matrimonio-gay-y-aborto/>> [consulta: 27 de abril de 2012].

³⁹ CIDH, *Observaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre su visita a Haití en abril de 2007*, 2 de marzo de 2008, [OEA/Ser.L/V/II.131 Doc. 36], párrafo 53. Disponible en <<http://www.cidh.oas.org/pdf/%20files/April%202007%20Haiti%20observations%20SPN.pdf>> [consulta: 15 de junio de 2012].

formaciones del feto, violación sexual, etcétera. En este tipo de circunstancias, la interrupción del embarazo es legal.

II.b.1 Situación actual

La mayoría de los países latinoamericanos regula el aborto con el modelo de indicaciones. Tal es el caso de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México (excluyendo el Distrito Federal), Paraguay, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.

Como fue señalado anteriormente, la implementación de las causales se hace a través de normativa complementaria de carácter legislativo o administrativo.

Colombia instrumentó distintas normativas para implementar las causales de permisión establecidas en 2006 por el Tribunal Constitucional en el fallo C-355.⁴⁰

En **Argentina**, si bien desde 1921 el Código Penal permite el aborto en dos causales (peligro para la salud o vida de la mujer, y abuso sexual), la única provincia que hizo regulaciones *legislativas* para facilitar el acceso al aborto no punible, fue Chubut.⁴¹ En el caso *F.A.L. s/ medida autosatisfactiva*⁴² del 13 de marzo de 2012, la

⁴⁰ Colombia, Ministerio de Salud, Decreto que reglamenta Aspectos de Salud Sexual y Reproductiva (2006), disponible en <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22421>>; Resolución 004905 que adopta Norma Técnica (2006) con Anexos, disponible en <[http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/Resoluci%C3%B3n_4905_de_2006\[1\].pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/Resoluci%C3%B3n_4905_de_2006[1].pdf)>; Norma Técnica IVE (2006), disponible en <http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_legaldocs_normatecnica.pdf>; Circular 031 de 2007 con Información sobre la provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo, no constitutiva del delito de aborto (2007), disponible en <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=24945>> [consulta: 15 de junio de 2012].

⁴¹ Ley XV N° 14, Dto. 709/10, “Procedimientos a desarrollar en los establecimientos de salud pública, respecto de la atención de los casos de abortos no punibles” en *Boletín Oficial*, Chubut, Argentina, 4 de junio de 2010, pp. 2-3. Disponible en <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Legislacion/Leyes_vigentes/Ley709-chubut-2010.pdf> [consulta: 27 de abril de 2012].

⁴² Argentina, CSJN, *F.A.L. s/ medida autosatisfactiva*, expediente 259/2010, tomo 46, letra F, Buenos Aires, 13 de marzo de 2012. Disponible en <http://www.csjn.gov.ar/documentos/expedientes/toc_expe.jsp> [consulta: 18 de mayo de 2012].

Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) argentina confirmó una sentencia en la que el Superior Tribunal de Justicia (STJ) de Chubut autorizó la petición de A.F. para que se realizara un aborto a su hija, A.G., una niña de 15 años violada por su padrastro. Posteriormente, el aborto fue practicado, pero la decisión del STJ de Chubut fue recurrida por el Asesor General Subrogante de la Provincia de Chubut, en representación del *nasciturus*.

En el fallo, la Corte de Argentina aseguró que cualquier víctima de los casos de violación puede realizarse un aborto no punible⁴³ y consideró que la exigencia de una autorización judicial se trata de una práctica *contra legem*, fomentada por los profesionales de la salud y convalidada por distintos operadores de los poderes judiciales, tanto nacionales como provinciales.⁴⁴ Según la Corte, la autorización judicial no es necesaria, como tampoco la denuncia penal. El único requisito que permite la Corte es la declaración jurada de la mujer respecto de la violación.

La Corte exhortó a las autoridades nacionales y provinciales a remover todas las barreras administrativas o fácticas, a través de la implementación y operativización —mediante normas del más alto nivel— de protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles. Deberán:

[C]ontemplar pautas que garanticen la información y la confidencialidad a la solicitante; evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencias para la salud de la solicitante, los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida [...] toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas [deberá contar] con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma per-

⁴³ *Ibidem*, p. 20.

⁴⁴ *Ibidem*, considerando 19.

manente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual.⁴⁵

A pocos meses de dictado del fallo, el escenario en Argentina varía según la jurisdicción. De las 24 jurisdicciones, más la jurisdicción nacional, sólo dos poseen protocolos que se corresponden, en su gran mayoría, con los establecido por la Corte (Santa Fe y Chubut); tres jurisdicciones aún mantienen protocolos de alcance restrictivo, limitando el permiso de violación a las mujeres con discapacidad intelectual/mental (Provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires y Neuquén); cuatro jurisdicciones regulan los permisos con exigencias de requisitos arbitrarios (Salta, La Pampa, Entre Ríos y Córdoba) y dos jurisdicciones regulan únicamente el aborto en caso de violación (Salta y Entre Ríos).

El Ministerio de Salud de la Nación en 2007 desarrolló una *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*, que fue actualizada en 2010 para garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La guía está disponible en la página web del Ministerio, aunque la falta de resolución que la refrende hace que su aplicación sea irregular.⁴⁶

En 2011, el Comité de Derechos Humanos encontró a **Argentina** responsable de violaciones de derechos humanos en el caso “LMR”, por impedir el acceso a un aborto no punible a una adolescente, discapacitada mental, que había sido violada por su tío.⁴⁷ El Comité consideró que la omisión del Estado argentino en proveer los servicios de aborto seguro en este caso, permitido por ley, causó a LMR sufrimiento moral y físico,⁴⁸ configurándose así

⁴⁵ *Ibidem*, considerando 29.

⁴⁶ Disponible en <<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁴⁷ Comité de Derechos Humanos, *L.M.R. vs. Argentina. Dictamen. Comunicación N° 1608/2007*, 101º período de sesiones, 28 de abril de 2011, [CCPR/C/101/D/1608/2007]. Disponible en <<http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Jurisprudencia/Argentina/DictamenLMR-CIDH.pdf>> [consulta: 2 mayo 2012].

⁴⁸ *Ibidem*, párrafo 9.2, p. 12.

una violación al artículo 7 del PIDCP que establece el derecho a estar libre de trato cruel, inhumano y degradante.⁴⁹ El Comité refirió que la violación es aún más evidente en este caso, dado que la víctima de violación sexual era discapacitada mental. El Comité entendió, además, que las barreras que impidieron el acceso al aborto seguro implicaron una intervención ilegítima en el derecho de LMR a la vida privada establecido en el artículo 17 del PIDCP.⁵⁰ Finalmente, el organismo también estableció que, a pesar de que LMR pudo acceder a los recursos judiciales, éstos no fueron efectivos dado que, para obtener la autorización, LMR tuvo que pasar por tres instancias judiciales, el período del embarazo se prolongó varias semanas, se aumentó el riesgo para su salud y tuvo que acudir a servicios privados y clandestinos. De acuerdo con el Comité, el Estado argentino también violó el derecho a un recurso judicial efectivo, establecido en el artículo 2.3 en relación con los artículos 3, 7 y 17 del Pacto.⁵¹

En el caso de **México**, el Comité CEDAW ha recomendado al Estado que “amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva y los servicios de planificación de la familia, y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios.”⁵² Dicha recomendación incluye los servicios de aborto legal. También recomendó armonizar la legislación relativa al aborto, en los niveles federal y estatal, instando al Estado a:

⁴⁹ Ver el dictamen del Comité en un caso similar contra Perú. Comité de Derechos Humanos, *K.L. vs. Perú*. *Dictamen. Comunicación N° 1153/2003*, 85° período de sesiones, 17 de noviembre de 2005, [CCPR/C/85/D/1153/2003]. Disponible en <http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGM/dictamen_caso_KL.pdf> [consulta: 21 de mayo de 2012].

⁵⁰ *L.M.R. vs. Argentina*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 47), párrafo 9.3, p. 12.

⁵¹ *Ibidem*, párrafo 9.4, pp. 12-13.

⁵² Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, 36° período de sesiones, 25 de agosto de 2006, [CEDAW/C/MEX/CO/6], párrafo 33, p. 7. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw36/cc/Mexico_es.pdf> [consulta: 14 de junio de 2012].

[A]plicar una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguros en las circunstancias previstas en la ley, y a una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, medidas de concienciación sobre los riesgos de los abortos realizados en condiciones peligrosas y campañas nacionales de sensibilización sobre los derechos humanos de la mujer, dirigidas en particular al personal sanitario y también al público en general.⁵³

Asimismo, en materia de acceso al aborto legal, en específico por causa de violación, y a servicios de salud y educación en materia reproductiva, el Comité DESC recomendó a México que:

[A]segure y supervise el pleno acceso de las mujeres víctimas de violación al aborto legal, que aplique el Programa de Arranque Parejo en la Vida en todos sus Estados, vele por que todos tengan plenamente acceso, especialmente las niñas y las jóvenes, a la educación y los servicios de salud reproductiva, sobre todo en las zonas rurales y las comunidades indígenas, y asigne recursos suficientes con ese fin.⁵⁴

En el caso de “Paulina del Carmen Ramírez Jacinto”, México tuvo responsabilidad internacional por la negación de acceso a un aborto no punible.⁵⁵ Paulina —adolescente— presentó en 2002 una petición ante la CIDH en contra del Estado mexicano, por la obstaculización y demoras en el acceso a la práctica de la interrupción legal del embarazo a la que tenía derecho, como víctima de una violación sexual.⁵⁶ En el informe de solución amistosa del caso, la CIDH señaló que:

⁵³ *Idem*.

⁵⁴ Comité DESC, *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: México*, 36° período de sesiones, 9 de junio de 2006, [E/C.12/MEX/CO/4], párrafo 44, p. 7. Disponible en <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.MEX.CO.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.MEX.CO.4.Sp?OpenDocument)> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁵⁵ Ver CIDH, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs. México. Petición 161/02. Informe 21/07. Solución Amistosa*, 9 de marzo de 2007, [OEA/Ser/L/V/II.127 Doc. 26]. Disponible en <<http://www.cidh.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm>> [consulta: 27 abril 2012].

⁵⁶ Paulina, de 13 años de edad, fue víctima de una violación sexual, a raíz de la cual resultó embarazada. Según lo establecido por la legislación de Baja California, México, donde residía, tenía derecho a interrumpir dicho embarazo. Sin embargo, las autoridades de salud pública demoraron la práctica del aborto y le proporcionaron infor-

[E]l pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia. La CIDH también observa que la salud de las víctimas de violencia sexual debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y en las políticas y programas de salud de los Estados.⁵⁷

El Estado mexicano aceptó que había incurrido en responsabilidad internacional y, como parte de las medidas de reparación fijadas en el acuerdo de solución amistosa, se incluyeron para Paulina y su hijo: gastos médicos derivados de los hechos y servicios de salud, apoyo financiero para manutención, vivienda, educación y desarrollo profesional, atención psicológica y reparación por daño moral.⁵⁸ Además, el Estado reconoció la falta de un adecuado marco normativo en la entidad en materia de aborto y se comprometió a modificar su legislación para evitar que se repitieran hechos similares.⁵⁹

En el caso de **Perú**, diversas instancias internacionales han efectuado recomendaciones a fin de que revise la legislación interna que tipifica el aborto. Por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos ha señalado que: “El Perú debe asegurarse de que las leyes que guardan relación con la violación, el abuso sexual y la violencia contra las mujeres las protejan de manera eficaz y debe tomar las medidas necesarias para evitar que las mujeres deban arriesgar su vida en razón de la existencia de disposiciones legales

mación errónea acerca de los riesgos del procedimiento, obstaculizando con ello a Paulina en el ejercicio efectivo de sus derechos.

⁵⁷ CIDH, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs. México*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 55), párrafo 19, p. 6.

⁵⁸ *Ibidem*, párrafo 16, incisos primero a décimo, pp. 3-5.

⁵⁹ *Ibidem*, párrafo 16, incisos decimoprimer y décimo segundo, p. 5. A partir del compromiso de modificación de la legislación la Secretaría de Salud del estado de Baja California expidió la circular “Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el estado de Baja California” y fue reformada la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del estado de Baja California.

restrictivas sobre el aborto.”⁶⁰ Asimismo indicó que es signo de inquietud que el aborto continúe sujeto a sanciones penales, aun cuando el embarazo sea producto de una violación. El aborto clandestino continúa siendo la mayor causa de mortalidad materna en el Perú. El Comité reiteró que estas disposiciones son incompatibles con los artículos 3, 6 y 7 del PIDCP.

Por su parte, el Comité CEDAW exhortó al gobierno peruano a que:

[E]xaminara las causas de las altas tasas de mortalidad materna provocadas por los abortos clandestinos y a que revisara la ley sobre el aborto, teniendo en cuenta las necesidades sanitarias de las mujeres y a que considerara la posibilidad de suspender la pena de prisión impuesta a las mujeres que se habían sometido a abortos ilícitos.

[...] el Gobierno solicitara la cooperación de asociaciones médicas, jueces y abogados a fin de considerar una utilización más amplia de la excepción terapéutica a la prohibición del aborto establecida en el Código Penal, en casos de peligro para la salud de la madre.⁶¹

Además, el Comité de Derechos Humanos encontró a Perú responsable de violación de derechos humanos por la falta de acceso al aborto no punible en el caso de “KL”.⁶² Embarazada a los 17 años, KL descubrió —tras unos exámenes médicos— que el feto era anencefálico. A pesar de que en Perú existe la excepción de aborto terapéutico, no se autorizó el aborto, por lo que KL debió llevar a término el embarazo y amamantar a una bebé anencefálica, que vivió 4 días. En 2005, el Comité de Derechos Humanos estableció que Perú había violado los derechos de KL a la privacidad y

⁶⁰ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Perú*, 58º período de sesiones, 18 de noviembre de 1996, [CCPR/C./79/Add. 72], párrafo 22. Disponible en <[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CCPR.C.79.Add.72.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CCPR.C.79.Add.72.Sp?Opendocument)> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁶¹ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Perú*, 14º período de sesiones, 3 de febrero de 1995, [A/50/38], párrafos 446 y 447. Disponible en <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/A.50.38.para.398-451.Sp?Opendocument>> [consulta: 27 abril 2012].

⁶² *K.L. vs. Perú*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 49).

a estar libre de trato cruel, inhumano y degradante, y dispuso que el Estado debía adoptar medidas de indemnización y de no repetición.⁶³

Pese al dictamen del Comité de Derechos Humanos en el caso de KL, entre 2005 y 2008, en Perú 121 mujeres tuvieron que llevar a término embarazos con diagnóstico de anencefalia.⁶⁴ Esta situación recrudeció la demanda de un protocolo de aborto terapéutico que tenga el aval del Estado,⁶⁵ dado que los únicos protocolos en la materia fueron redactados por instituciones sanitarias.⁶⁶

Con estos antecedentes (carencia de un protocolo para aborto terapéutico), PROMSEX y el Centro por los Derechos Reproductivos (CRR) denunciaron ante el Comité CEDAW el caso de “LC”, una adolescente violada que resultó embarazada. LC intentó suicidarse y sufrió una grave afección en su columna que debía ser operada de urgencia, pero le negaron el aborto terapéutico. El embarazo se llevó a término y LC quedó parálitica. En noviembre de 2011, el Comité CEDAW encontró nuevamente a Perú responsable de violación a los derechos humanos por el caso de LC, y le indicó que debe enmendar su legislación para permitir el aborto en los casos de violación y abuso sexual, establecer mecanismos para asegurar la disponibilidad de esos servicios, y

⁶³ *Ibidem*, párrafos 7 y 8, pp. 9-10.

⁶⁴ Dato proporcionado por el Ministerio de Salud (MINS) en 2010, a solicitud de DEMUS. PROMSEX, “Ministro Ugarte: cumpla lo que ofreció el 28 de mayo y apruebe el protocolo del aborto terapéutico”, 17 de agosto de 2010. Disponible en <<http://www.promsex.org/informacion/notas-de-prensa/1849-ministro-ugarte-cumpla-lo-que-ofrecio-el-28-de-mayo-y-apruebe-el-protocolo-del-aborto-terapeutico>> [consulta: 15 de junio de 2012].

⁶⁵ Las demandas por un protocolo atravesaron fuertes obstáculos, siendo quizás el más fuerte la negativa de la Presidencia del Consejo de Ministros, en mayo de 2007, para autorizarlo.

⁶⁶ Hospital Belén de Trujillo, Departamento de Ginecología, *Protocolo de Manejo de Casos para la Interrupción Legal del Embarazo*, 2006. Instituto Materno Perinatal, *Directiva del Instituto Materno Perinatal*, 2007.

garantizar el acceso al aborto bajo las causales salud y vida (que están vigentes en Perú, aunque en la práctica son inaccesibles).⁶⁷

En **Bolivia**, la inaccesibilidad a abortos no punibles fue discutida luego de que, en 2002, un grupo de médicos de Cochabamba se negara a practicar un aborto autorizado judicialmente a una niña de 12 años que había sido violada por su padrastro.

Debido al requisito legal de iniciar la acción penal contra el agresor para habilitar el acceso al aborto no punible, de acuerdo con Ipas Bolivia, hasta 2008 sólo se habían documentado seis abortos legales por la causal violación.⁶⁸ De hecho, Ipas Bolivia impulsó un litigio para cuestionar la constitucionalidad del requisito de autorización judicial para un aborto y el Comité Nacional de Lucha contra la Violencia Sexual reclamó en dos oportunidades regulaciones adecuadas.⁶⁹ Como consecuencia, la Corte Suprema de Justicia boliviana emitió una resolución ordenando a los tribunales inferiores el cumplimiento del artículo 266 del Código Penal (que permite el aborto en casos de violación, incesto y para salvaguardar la salud y la vida de la mujer).⁷⁰

En el caso de **Brasil**, por ejemplo, el Ministerio de Salud sancionó distintas normas técnicas que implementan las causales de no punibilidad previstas en el Código Penal.⁷¹ Sin embargo, la inacce-

⁶⁷ Comité CEDAW, *L.C. vs. Perú*. *Comunicación N° 22/2009*, 50° período de sesiones, 25 de noviembre de 2011, [CEDAW/C/50/D/22/2009]. Disponible en <http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009_sp.pdf> [consulta: 27 abril 2012].

⁶⁸ Citado por Ramón Michel, op. cit. (ver supra, nota 20), p. 34, nota 43.

⁶⁹ Ver <<http://www.ipas.org>>.

⁷⁰ Ipas Bolivia, “Corte Suprema de Justicia de Bolivia ordena a los tribunales implementar política de aborto”, Ipas, 11 de noviembre de 2008. Disponible en <http://cladem.org/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=165&id=92:1-corte-suprema-de-justicia-de1-bolivia-ordena-a-los-tribunales-implementar-politica-de-aborto> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁷¹ *Norma técnica: Atenção humanizada ao abortamento*, 2005, disponible en <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>; *Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*, 2011,

sibilidad persistió. En 2009 el Comité DESC reiteró su recomendación a Brasil para que “ponga en práctica medidas legislativas y de otra índole, incluso que revise su actual legislación, para proteger a la mujer de los efectos del aborto clandestino y el practicado en condiciones de riesgo y vele por que la mujer no recurra a prácticas tan perjudiciales.”⁷²

Como se observa de lo desarrollado anteriormente, lamentablemente, en todos los países con sistema de indicaciones se registran serios problemas de accesibilidad al aborto no punible.

II.b.2 Reformas legislativas en discusión

Generalmente, los modelos de indicaciones muy restrictivos funcionan —en la práctica— como penalizaciones absolutas. Por eso, las organizaciones de la sociedad civil luchan por la modificación de las normas, a modo de incorporar más causales o conseguir la despenalización del aborto temprano.

Por ejemplo, en el caso de **Venezuela**, donde

[...] durante el proceso de la reforma penal del país, las organizaciones integrantes del movimiento amplio de mujeres, el Instituto Nacional de la Mujer, diputadas y diputados, entre otros actores, intensificaron su demanda con el objetivo de incorporar nuevas causales de despenalización, capturando la oportunidad política que se abría en este contexto. En 2004, estas organizaciones entregaron a la Asamblea Nacional una propuesta legal que, si bien fue discutida, no obtuvo aprobación.⁷³

El caso de **Argentina** no escapa a aquellos donde la realidad se asemeja a países con penalización absoluta. La inaccesibilidad al

tercera edición, disponible en <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁷² Comité DESC, *Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Brasil*, 42º Período de sesiones, 12 de junio de 2009, [E/C.12/BRA/CO/2], párrafo 29, p. 10. Disponible en <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.BRA.CO.2_sp.pdf> [consulta: 27 de abril de 2012].

⁷³ Ramón Michel, *op. cit.* (ver *supra*, nota 20), p. 35.

⁷⁴ Human Rights Watch, *Decisión Prohibida. Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, junio de 2005. Disponible en <<http://www.hrw.org/es/reports/2005/06/15/decisi-n-prohibida>> [consulta: 2 mayo 2012]. Human Rights

aborto no punible es tan grave⁷⁴ que varias organizaciones luchan por la reforma legal, como es el caso del proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria de Embarazo presentada la **“Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”**. En concreto, el proyecto de ley establece que toda mujer tiene derecho a decidir la interrupción voluntaria de su embarazo durante las primeras doce semanas de gestación, y que éste deberá practicarse de forma gratuita. Además, toda mujer tiene derecho a la interrupción voluntaria de su embarazo, en cualquier momento de la gestación, si el embarazo fuera producto de una violación, si estuviera en peligro la salud o la vida de la mujer, y si existieran malformaciones fetales graves. Si bien el 1 de noviembre de 2011 el proyecto de ley fue discutido en la Comisión Penal de la Cámara de Diputados, luego de maniobras poco transparentes se determinó que no tuvo dictamen de mayoría. El proyecto perdió estatus parlamentario y en 2012 fue presentado nuevamente, con casi 60 firmas de legisladores de todo el arco político, pero al cierre de este informe aún no se había discutido en el recinto.

En **Perú**, en 2009, se presentaron propuestas de ampliación de las causales de aborto. Por ejemplo, la Comisión Especial Revisora del Código Penal dictaminó a favor de la inclusión de las causales de violación, graves malformaciones fetales e inseminación artificial y transferencia de óvulo fecundado no consentidas.⁷⁵ El anteproyecto aún no ha sido tratado en el Congreso.

Watch, *Derecho o Ficción. La Argentina no rinde cuentas en materia de salud reproductiva*, agosto de 2010. Disponible en <<http://www.hrw.org/es/reports/2010/08/10/derecho-o-ficci-n>> [consulta: 2 mayo 2012]. Ramos, Silvina, Paola Bergallo, Mariana Romero y Jimena Arias Feijoó, “El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en la Argentina” en Centro de Estudios Legales y Sociales, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2009*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2009, pp. 451-491.

⁷⁵ PROMSEX, “Comisión Especial Revisora del Código Penal aprobó la despenalización del aborto eugenésico y por violación”, 11 de octubre de 2009. Disponible en <<http://www.promsex.org/informacion/notas-de-prensa/1151-comision-especial-revisora-del-codigo-penal-aprobo-la-despenalizacion-del-aborto-eugenesisico-y-por-violacion>> [consulta: 2 mayo 2012].

En **Uruguay**, en diciembre de 2011, el Senado aprobó un proyecto de ley que establece que “toda mujer mayor de edad tiene derecho a decidir la interrupción voluntaria de su embarazo durante las primeras doce semanas del proceso gestacional”. Ese plazo no se tomará en cuenta si existe alguna de las causales que ya estaban vigentes antes (peligro para la salud o vida de la mujer, malformaciones graves del feto o violación). El proyecto de ley establece que los servicios de salud, tanto públicos como privados, tendrán la obligación de realizar el aborto, gratuitamente, a las usuarias que lo soliciten. Actualmente, ya aprobado por la Cámara de Senadores de Uruguay, el proyecto se encuentra para su aprobación en la Cámara de Diputados.⁷⁶

II.c La despenalización: modelo de plazos y mixto

Cuba, Guyana, Guayana Francesa, Puerto Rico y la ciudad de México tienen despenalizado el aborto usando el modelo de plazos-mixto.

En **Guyana**, en 1995 se sancionó la Ley de Terminación Médica del Embarazo, que permite el aborto en cualquier caso, por pedido de la mujer, hasta la octava semana. Entre la octava y doceava semanas se permite en los casos de riesgo para la vida o la salud de la mujer, violación, cuando la madre sea VIH positivo, o cuando el embarazo haya resultado a pesar de buen uso de anticonceptivos y haya clara evidencia de ello. Entre la doceava y la decimosexta semanas es permitido para las causales nombradas si se cuenta con el visto bueno de dos médicos. Pasadas las 16 semanas, es necesaria la opinión de tres médicos que avalen que el aborto es necesario para

⁷⁶ Gonzalez, Ariel, “Uruguay: Senado aprueba despenalización del aborto” en Terra, 27 de diciembre de 2011. Disponible en <http://noticias.terra.cl/mundo/latinoamerica/uruguay-senado-aprueba-despenalizacion-del-aborto,55e6ccd02e184310VgnVCM20000099f154d0RCRD.html?cid=Publicadores_Links_Relacionados> [consulta: 27 abril 2012].

salvar la vida de la mujer o para prevenir graves daños a su salud o en caso de malformaciones fetales.⁷⁷

En la **ciudad de México** (Distrito Federal o DF) en 2007, fue reformado el Código Penal con el objetivo de despenalizar la interrupción del embarazo en las primeras 12 semanas de gestación. La constitucionalidad de la reforma fue posteriormente confirmada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN).⁷⁸ Además de la despenalización de la interrupción del embarazo, reformas a la Ley de Salud del DF establecieron como prioritarias las políticas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y la prevención de embarazos no deseados.⁷⁹

Entre las consideraciones relevantes de la SCJN, en la resolución que convalidó las reformas, destacan el reconocimiento de la despenalización del aborto como una medida legislativa idónea para salvaguardar los derechos de las mujeres a la libertad reproductiva, a proteger su salud física y mental e —incluso— el respeto a su vida.⁸⁰ La SCJN determinó también que la decisión de interrumpir un embarazo es exclusiva de la mujer, por la afectación asimétrica que tiene el embarazo en su cuerpo y en su plan de vida, y respecto del cuidado y crianza de los hijos.⁸¹

⁷⁷ ONU, “Abortion Policy: Guyana”. Disponible en <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/guyana.doc>> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁷⁸ Ver la *Cronología de la despenalización del aborto en México*, en la página de GIRE, <http://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=407&Itemid=1152&lang=es> [consulta: 5 de junio de 2012].

⁷⁹ “Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal” en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México, 17ª época, núm. 70, 26 de abril de 2007, pp. 2-3. Disponible en <http://www.consejeria.df.gob.mx/uploads/gacetas/abril07_26_70.pdf> [consulta: 27 de abril de 2012].

⁸⁰ México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Sentencia definitiva acerca de la Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007*. Disponible en <http://ss1.webkreator.com.mx/4_2/000/000/01f/c72/ENGROSECOSSxcdO-146-07.pdf> [consulta: 27 abril 2012].

⁸¹ *Idem*.

Con posterioridad a este fallo de la Suprema Corte mexicana, se reformaron 16 constituciones de las entidades federativas para proteger la vida desde el momento de la concepción o de la fecundación, con la intención de obstaculizar posibles procesos de despenalización en la legislación local.⁸² Con este escenario, fueron promovidas ante la SCJN dos acciones de inconstitucionalidad, en contra de las reformas en los estados de Baja California y de San Luis Potosí. A pesar de que la mayoría (siete de once) de ministros/as de la Corte votó por su inconstitucionalidad, las acciones fueron desestimadas, por no existir la mayoría calificada (ocho votos) del Pleno de la Corte requerida para declarar la inconstitucionalidad de las reformas en discusión y —por lo tanto— su invalidez.

III Consecuencias de la penalización de la interrupción del embarazo en la salud reproductiva de las mujeres

La penalización de la interrupción del embarazo no inhibe su práctica. Según datos estimados de la OMS, mundialmente ocurren —cada año— más de 40 millones de abortos, de los cuales 20 millones se practican en condiciones inseguras.⁸³ De los abortos inseguros, 98% ocurre en países en vías de desarrollo con leyes restrictivas.⁸⁴ Solamente en Latinoamérica y el Caribe ocurren, al año, unos 4.4 millones de abortos inducidos.⁸⁵

De acuerdo con un estudio realizado sobre el aborto en América Latina y el Caribe, “la mayor parte de las legislaciones de América Latina han intentado resolver el problema del aborto inducido mediante su prohibición, lo cual se ha traducido en graves consecuencias económicas, sociales, de salud pública y de justicia social para las mujeres de estos países, sin lograr la disminución de la alta tasa de aborto que existe en la región.”⁸⁶

⁸² Estos estados son: Baja California, Chiapas, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas y Yucatán. Para mayor información consultar <http://www.gire.org.mx/publica2/ReformasAbortoConstitucion_Marzo14_2011.pdf> [consulta: 27 de abril de 2012].

⁸³ Ipas, *Asegurando el acceso de las mujeres latinoamericanas a los servicios de aborto seguro: Una estrategia clave para lograr los objetivos de la CIPD y Beijing, así como los objetivos de desarrollo del milenio*, Estados Unidos de América, Chapel Hill, 2009, p. 3. Disponible en <<http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/LACICMDGS09.ashx>> [consulta: 2 de mayo de 2012].

⁸⁴ Guttmacher Institute, *Facts on Induced Abortion Worldwide*, enero de 2012, p. 1, [In Brief]. Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf> [consulta: 5 de junio de 2012].

⁸⁵ *Idem*.

⁸⁶ Ver Capítulo 1: Marco jurídico del aborto inducido en América Latina y el Caribe. Guillaume, Agnès y Susana Lerner, “El aborto en América Latina y el Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005” en *Les Numériques du CEPED*, 2007. Disponible en <http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/chapitre1.html> [consulta: 27 de abril de 2012].

Las cifras indican que la penalización del aborto ha generado que las mujeres recurran a la interrupción del embarazo ilegal, clandestino e inseguro, lo cual tiene graves repercusiones para su vida, para su salud y para su entorno familiar y social.⁸⁷

Una de las principales y más graves consecuencias de la penalización del aborto es la morbilidad materna, a pesar de ser una de las causas más fáciles de tratar.⁸⁸ De acuerdo con cifras estimadas de la OMS, por lo menos 66,500 mujeres mueren en el mundo cada año como consecuencia de un aborto inseguro.⁸⁹ En América Latina y el Caribe mueren alrededor de 2,000 mujeres al año por esta situación, lo cual representa el 11% de las muertes maternas en la región.⁹⁰ Además, “más de un millón de mujeres y niñas latinoamericanas son hospitalizadas cada año para recibir tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro; mundialmente este número aumenta a 5 millones.”⁹¹ Casi la mitad de las muertes por aborto inseguro ocurren entre niñas y mujeres menores de 25 años de edad.⁹²

Una grave consecuencia de la penalización es que propicia un “mercado clandestino” de servicios de interrupción del embarazo, que en muchas ocasiones implica procedimientos riesgosos. Ello

⁸⁷ Ver Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) y Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), *Mujeres del mundo: Leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. Suplemento 2000*, Nueva York, CRLP, 2001. Disponible en <<http://reproductiverights.org/es/document/mujeres-del-mundo-leyes-y-pol%C3%ADticas-que-afectan-sus-vidas-reproductivas-2-of-2>> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁸⁸ De acuerdo con Ipas “el aborto inseguro es una de las causas de mortalidad materna más fáciles de tratar, mediante un mejor acceso a la información y los servicios de planificación familiar, atención postaborto de alta calidad y servicios de aborto seguro y legal.” *Asegurando el acceso de las mujeres latinoamericanas a los servicios de aborto seguro...*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 83), p. 3.

⁸⁹ *Idem.*

⁹⁰ *Idem.*

⁹¹ *Idem.*

⁹² *Idem.*

constituye una práctica discriminatoria y de injusticia social, pues son las mujeres que pertenecen a las clases más desprotegidas las que recurren a la interrupción del embarazo de más alto riesgo, mientras que las mujeres que cuentan con recursos económicos pueden acceder a servicios clandestinos que se practican en condiciones sanitarias de calidad. Así, la penalización tiene profundas raíces en la discriminación por razones económicas.⁹³ A ello se suman los gastos relacionados con las complicaciones que pudieran generarse por la interrupción del embarazo en condiciones inseguras, generando un mayor empobrecimiento de las mujeres y de sus familias.

En contextos en extremo restrictivos, los médicos —en total detrimento del derecho a la confidencialidad y a la intimidad— rompen el secreto profesional al denunciar a mujeres que solicitan servicios por complicaciones de aborto. Algunas mujeres han perdido su libertad por estas circunstancias, incluso en casos en que la interrupción del embarazo se encuentra dentro de las causales de excluyentes de responsabilidad, como cuando suceden abortos espontáneos o complicaciones de un parto prematuro sin asistencia médica. Así, el encarcelamiento de las mujeres recrudece las condiciones de vulnerabilidad social ya existentes.⁹⁴

Un estudio realizado en **Argentina** sobre las hospitalizaciones derivadas de abortos en 2000 arrojó que la región del NOA (noroeste argentino) registra los valores más altos de abortos clandestinos del país, con casi diez abortos por cada mil mujeres en edad fértil.⁹⁵ La distribución geográfica mostró que la mayor cantidad de

⁹³ Ver punto 2, capítulo 1 en Guillaume y Lerner, *op. cit.* (ver *supra*, nota 86).

⁹⁴ Ver punto 5, capítulo 1 en Guillaume y Lerner, *op. cit.* (ver *supra*, nota 86).

⁹⁵ Insúa, Iván y Mariana Romero, *Morbilidad materna severa en la Argentina: Egresos hospitalarios por aborto de establecimientos oficiales. Resumen ejecutivo*, Buenos Aires, CENEP y CEDES, 2006, p. 2. Disponible en <<http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2007/6845.pdf>> [consulta: 21 de mayo de 2012].

hospitalizaciones se dio en las áreas más pobres.⁹⁶ En la Ciudad de Buenos Aires, la mortalidad materna fue de 1.8 por cada diez mil nacidos vivos, mientras que en provincias significativamente más pobres, el índice es de 16.5 por cada diez mil nacimientos.⁹⁷

En Argentina, estimaciones arrojan que se realizan al año, entre 486,000 y 522,000 abortos clandestinos.⁹⁸ Estas cifras, que en sí mismas evidencian la ineficacia de la respuesta punitiva como medida de prevención de los abortos contemplados como delitos, se completan con los datos sobre egresos de hospitales públicos por abortos. En 2005, 68,869 mujeres recibieron atención en hospitales públicos por abortos incompletos.⁹⁹

Para 2000 en Argentina 15% de las complicaciones derivadas de abortos clandestinos correspondieron a menores de 20 años (niñas y adolescentes), y 50% a mujeres jóvenes de entre 20 y 29 años. Entre los trienios 1994-1996 y 1999-2001, las razones de mortalidad por aborto se incrementaron en menores de 15 años. Las mujeres que fallecieron por embarazos terminados en aborto fueron más jóvenes que las mujeres que fallecieron por otras causas de muerte materna, en ambos trienios.¹⁰⁰

Como lo señalamos preliminarmente, en Argentina el mayor índice de abortos inseguros se presenta principalmente en mujeres adolescentes, siendo las más vulnerables las que viven en condi-

⁹⁶ *Ibidem*, p. 4.

⁹⁷ Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), *Informe Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género*, Argentina, 2008, pp. 206 y 207. Elaborado sobre la base de datos del Ministerio de Salud Público de Argentina. Disponible en <<http://www.humanas.org.co/html/informeR/InformeArgentina.pdf>> [consulta: 14 de junio de 2012].

⁹⁸ Mario, Silvia y Edith Alejandra Pantelides, “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”, CEPAL, 2006, [Notas de Población 87].

⁹⁹ Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Estadístico de Salud, *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico*, año 2005, serie 11, núm. 1, Buenos Aires, noviembre de 2007, p. 24. Disponible en <<http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie11Nro1.pdf>> [consulta: 14 de junio de 2012].

¹⁰⁰ Insúa y Romero, *op. cit.* (ver *supra*, nota 95), p. 4.

ciones de pobreza y con bajas tasas de escolaridad. De acuerdo con opiniones médicas, el embarazo en la adolescencia —especialmente entre las más jóvenes— puede poner en peligro la vida y la salud, tanto de ellas como del producto del embarazo. Las jóvenes, además, se encuentran más propensas a complicaciones del embarazo que las mujeres adultas por factores como: “ser primeriza, no haber completado la etapa final de crecimiento (desarrollo incompleto del esqueleto y de la pelvis) o no recibir atención prenatal adecuada.”¹⁰¹

En **Perú**, estimaciones disponibles para el año 2006 arrojan que en el país se practican anualmente más de 371,000 abortos clandestinos¹⁰², 30% de ellos presenta complicaciones posteriores.¹⁰³ El aborto practicado en condiciones de riesgo es la tercera causa de mortalidad materna¹⁰⁴ y ocasiona 14% de hospitalizaciones al año (un aborto hospitalizado por cada 7 no hospitalizados).¹⁰⁵

En el caso de **México**, en 2006, el Comité CEDAW señaló:

Sigue preocupando al Comité el nivel de las tasas de mortalidad materna, en particular el de las mujeres indígenas, lo cual es una consecuencia de la insuficiente cobertura de los servicios de salud y la dificultad de acceso a éstos, en particular la atención de la salud sexual y reproductiva. El Comité observa con preocupación que el aborto sigue siendo una de las causas principales de las defunciones relacionadas con la maternidad y que, a pesar de la legalización del aborto en casos concretos, las mujeres no tienen acceso a servicios de aborto seguros ni a una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia.

¹⁰¹ Capítulo 5: ¿Es un problema el embarazo adolescente? Guillaume y Lerner, *op. cit.* (ver *supra*, nota 86). Disponible en <http://www.ceped.org/cdrom/avortement_amerique_latine_2007/es/chapitre5/page1.html> [consulta: 21 de mayo de 2012].

¹⁰² Ferrando, Delicia, *El aborto clandestino en el Perú. Revisión*. Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, diciembre de 2006, p. 29. Disponible en <<http://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf>> [consulta: 14 de junio de 2012].

¹⁰³ *Ibidem*, p. 21

¹⁰⁴ *Ibidem*, p. 31

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 22

Preocupa también al Comité que no se haga lo suficiente para prevenir el embarazo en la adolescencia.¹⁰⁶

La problemática del aborto inseguro afecta de manera especial a las niñas y mujeres jóvenes pobres, de bajo nivel educativo o que viven en zonas rurales.¹⁰⁷

En el mundo, las estadísticas señalan que cada año 13 millones de mujeres adolescentes (es decir, entre los 15 y los 19 años) dan a luz,¹⁰⁸ lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos en todo el mundo.¹⁰⁹ En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre 15 y 20% del total de nacimientos, 70% de los cuales son no planeados.¹¹⁰

Además, las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, presentan el doble de probabilidad de morir a causa de complicaciones durante el embarazo que las mujeres entre los 20 y 24 años, y las menores de 15 años de edad tienen cuatro veces más riesgo.¹¹¹

Por su parte, en **México**, de las mujeres jóvenes del país, 45% ha tenido al menos un hijo nacido vivo,¹¹² es en el grupo de las

¹⁰⁶ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, [CEDAW/C/MEX/CO/6], 36° período de sesiones 25 de agosto de 2006, párrafo 32, p. 7. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw36/cc/Mexico_es.pdf> [consulta: 2 de mayo de 2012].

¹⁰⁷ Capítulo 4: Perfil sociodemográfico y motivos de las mujeres para recurrir al aborto. Guillaume y Lerner, *op. cit.* (ver *supra*, nota 86). Disponible en <http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/es/chapitre4/page1.html> [consulta: 14 de junio de 2012].

¹⁰⁸ Save the Children, *Children having children: State of the World's Mothers*, 2004, p. 10. Disponible en <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM_2004_final.pdf> [consulta: 14 de junio de 2012].

¹⁰⁹ 138,949,000 nacimientos en el mundo por año. Population Reference Bureau (PRB), *Cuadro de Datos de la Población Mundial. 2009*, “Reloj de la población, 2009”, p. 2. Disponible en <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod1/09wpds_sp.pdf> [consulta: 14 de junio de 2012].

¹¹⁰ The Alan Guttmacher Institute, “Risk and Realities of Early Childbearing Worldwide” en *Issues in Brief*, Nueva York, núm. 12, 1996, pp. 5-6.

¹¹¹ National Center for Health Statistic Births, The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, *Teen Pregnancy, So What?*, 17 de diciembre de 2003. Actualizado en febrero de 2004.

menores de edad donde se presenta con más frecuencia el primer embarazo (26.8%), seguido de quienes tienen entre 18 y 20 años (14.5%) y entre 21 y 23 años (20.7%).¹¹³ Además, durante la primera relación sexual, salvo los hombres de entre 12 y 24 años, el resto no utilizó ningún método anticonceptivo.¹¹⁴

Según datos de la Secretaría de Salud del DF, recabados entre abril de 2007 (cuando se despenalizó el aborto y se empezó a dar el servicio) y el 30 de abril de 2012, 78,544 mujeres (residentes en el DF o en alguno de los estados) han interrumpido un embarazo en instituciones de Salud del gobierno del Distrito Federal, de las cuales 471 tienen entre 11 y 14 años y 3,142 tienen de 15 a 17 años de edad.¹¹⁵ En cifras relativas al mismo período de tiempo, las jóvenes (entre 11 y 24 años) representan 52.4% de las mujeres que abortan, siendo el grupo de 18 a 25 años el más numeroso.¹¹⁶

A pesar de que el embarazo temprano es una realidad alarmante en la región, las políticas públicas dirigidas a disminuir el embarazo adolescente no han estado a la altura de la problemática. Por ejemplo, en **México**, de 12 leyes locales sobre la juventud, sólo tres reconocen los derechos sexuales y reproductivos (DF, Veracruz y Zacatecas). El número de programas específicos **en el ámbito federal son cuatro: uno del Programa Sectorial de la**

¹¹² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Datos nacionales*, México DF, 12 de agosto de 2005, p. 1. Disponible en <<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2005/juventud05.pdf>> [consulta: 14 de junio de 2012].

¹¹³ Instituto Mexicano de la Juventud, *Encuesta Nacional de Juventud, 2005. Resultados preliminares*, México, mayo de 2006, p. 21. Disponible en <http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/292.pdf> [consulta: 27 de abril de 2012].

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 20.

¹¹⁵ México, Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud, “Respuesta a la solicitud de Información Pública N° 0108000092412”, INFOMEX DF, Sistema de Solicitudes de Información del Distrito Federal, [base de datos]. Disponible en <<http://www.infomexdf.org.mx>> [consulta: 21 de mayo de 2012].

¹¹⁶ *Idem*.

Secretaría de Salud y tres del Programa Sectorial de la Secretaría de Educación Pública (SEP). De las 32 instancias locales sobre la juventud, sólo siete estados cuentan con programas específicos (Coahuila, DF, Hidalgo, Puebla, Tamaulipas, Quintana Roo y San Luis Potosí). Sin embargo, ninguno contempla la interrupción legal del embarazo, sólo abordan la temática de métodos anticonceptivos y embarazo no deseado. Sólo el programa de Quintana Roo incluye el tema del aborto.¹¹⁷

La penalización del aborto fracasa —entonces— en su objetivo, que es evitar que se practiquen interrupciones del embarazo sin autorización. Por el contrario, como lo ha señalado recientemente el Relator para el Derecho a la Salud de la ONU, la penalización no ha demostrado tener un beneficio para la salud pública sino que constituye la causa principal para el incremento de las tasas de abortos inseguros, poniendo en riesgo a más mujeres por posibles complicaciones de abortos.¹¹⁸ Las situaciones descritas hacen imperante que los Estados aborden —desde el marco de los derechos humanos— el problema del embarazo no deseado, para evitar la incidencia en abortos clandestinos e inseguros que pongan en riesgo la salud y la vida de las mujeres, las niñas y las adolescentes. Asimismo, constituye un deber de los Estados respetar y garantizar el acceso al aborto legal y seguro, implementando políticas públicas que velen por los derechos reproductivos de las mujeres de forma integral.

¹¹⁷ Gobierno del Estado de Quintana Roo, Dirección de Atención a la Juventud, Video Análisis y Reflexión. Disponible en <<http://juventud.cojudeq.gob.mx/videoanalisis.php>> [consulta: 14 de junio de 2012].

¹¹⁸ Informe del Relator Especial Anand Grover, *op. cit.* (ver *supra*, nota 22), párrafos 31, 32 y 34.

IV Obstáculos para el acceso efectivo a la interrupción del embarazo en condiciones seguras en los supuestos en que está autorizado por la ley

Una serie de barreras al acceso han sido identificadas en los distintos países de la región:

- El aborto no punible no es parte de un programa gubernamental de atención sanitaria y de campañas públicas;
- Falta de información sobre el alcance de las causales legales;
- El aborto no punible no hace parte de los programas de educación superior en las áreas de salud;
- Falta de reglamentación de las causales de no punibilidad;
- Falta de reglamentación de la objeción de conciencia;
- Falta de seguimiento, control, y sanciones administrativas/disciplinarias ante la inaccesibilidad en los ámbitos sanitarios;
- Falta de disponibilidad, garantía y cobertura de los servicios;
- Falta de mecanismos de control y sanción frente a negativas del personal de salud para practicar las interrupciones legales del embarazo;
- Profesionales de la salud desinforman a las mujeres sobre los permisos de la ley y los riesgos para la salud que puede causar un aborto;
- Profesionales de la salud asumen actitudes paternalistas frente a las usuarias;
- Profesionales de la salud restringen el alcance de la causal por salud;
- Profesionales de la salud imponen mayores requisitos médicos de los necesarios a la práctica del aborto, es decir, usan métodos antiguos más costosos;

- Profesionales de la salud tienen escaso conocimiento sobre el protocolo de atención para casos de violencia sexual, y sobre derechos sexuales y reproductivos, lo que causa demoras y obstaculiza el acceso para las mujeres;
- Profesionales de la salud no derivan formalmente a las mujeres en los sistemas de referencia y contra referencia;
- Los comités de Ética intervienen en detrimento de los derechos de las mujeres;
- En el caso de la permisión del aborto cuando el embarazo es producto de una violación, se requiere la denuncia penal previa e, incluso, la autorización de otros organismos de gobierno, para acceder al aborto.

Estas barreras de acceso al aborto no punible que se registran en distintos países implican, en la práctica, violaciones a los derechos humanos de las mujeres. Entre los derechos violados se encuentran:

- Derecho a la vida
- Derecho a la salud
- Derecho a la privacidad
- Derecho a la autonomía reproductiva o autodeterminación reproductiva
- Derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento de los nacimientos
- Derecho al libre ejercicio y goce de la sexualidad
- Derecho a la igualdad, equidad y dignidad
- Derecho a estar libre de discriminación
- Derecho a la libertad de conciencia, pensamiento y religión
- Derecho a la información y educación
- Derecho a una vida libre de violencia y maltrato
- Derecho a formar una familia
- Derecho a la integridad personal

- Derecho a gozar de los avances del conocimiento científico
- Derecho a la vida privada o intimidad
- Derecho a no sufrir tortura y tratos crueles, inhumanos y/o degradantes

De acuerdo con el principio *pro persona*, los derechos humanos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales e interamericanos de derechos humanos deben ser aplicados por las autoridades judiciales de acuerdo con la interpretación que más beneficie a la persona y garantizando la mayor esfera de protección legal en el ámbito nacional. En este sentido, la legislación nacional debe ser interpretada a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos, dotados de contenido y alcance para respetar y garantizar los derechos reproductivos de las mujeres.

Así lo han considerado diversos organismos de las Naciones Unidas, de protección de los derechos humanos, cuando se han referido a la penalización del aborto, tanto al hacer interpretaciones generales como al analizar de manera particular el cumplimiento de un país respecto de algún tratado de derechos humanos. Si bien los informes u observaciones hechos por mecanismos internacionales no siempre son vinculantes en estricto sentido jurídico (por ejemplo, las observaciones del Comité DESC, las recomendaciones del Comité CEDAW o las interpretaciones del Comité de Derechos Humanos), tienen un gran un gran valor de presión política para los Estados y además son considerados derecho internacional consuetudinario. Esto es relevante, dado que en América Latina hay un importante principio monista, es decir, de reconocimiento e inclusión directa del derecho internacional en la normativa nacional. Por ejemplo, en Argentina, este principio quedó plasmado en el fallo “Gómez c. Embajada Británica”¹¹⁹ en el que no sólo se reconoció

¹¹⁹ Argentina, CSJN, *Samuel Gómez c. Embajada Británica*, Fallos 295: 176. 24 de junio de 1976.

al derecho internacional consuetudinario como parte del derecho nacional, sino que se le dio también mayor jerarquía.

La CIDH, en su *Informe sobre Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de los derechos humanos*, vincula fuertemente la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna con los derechos a: la integridad, la salud, la igualdad, la privacidad, la autonomía y la dignidad de las mujeres.¹²⁰

Asimismo, el Comité DESC, en su Observación General número 14 recomienda a los Estados adoptar medidas para “mejorar [...] 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.”¹²¹ En la misma línea, señala que los Estados deben eliminar las barreras que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Ello así porque “el derecho [de las personas] a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica” está amparado por el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.¹²²

De acuerdo con el Comité de Derechos Humanos, la situación que tiene que encarar una mujer que es forzada a llevar a término un embarazo, en muchas ocasiones, puede constituir una violación al derecho a no ser sometido a torturas, tratos crueles inhumanos o degradantes.¹²³

¹²⁰ CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 11), párrafos 4 y 23.

¹²¹ Comité DESC, *Observación general 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12)*, 22º período de sesiones, 11 de agosto de 2000, [E/C.12/2000/4], párrafo 14. Disponible en <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28Symbol%29/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument>> [consulta: 22 de mayo de 2012].

¹²² *Ibidem*, párrafo 8.

¹²³ *K.L. vs. Perú*, *op. cit.*, (ver *supra*, nota 49). *L.M.R. vs. Argentina*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 47).

Por su parte el Comité CEDAW, en su Recomendación General 24, sobre la mujer y la salud, señaló que “el acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones.”¹²⁴ Asimismo, señaló que “en la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos.”¹²⁵

Asimismo, en varias observaciones finales, el Comité CEDAW ha manifestado su preocupación por el limitado acceso de las mujeres a los servicios e información en materia de salud reproductiva, criticando los factores que entorpecen la asistencia médica a las mujeres, tales como la influencia religiosa, la privatización de la salud y las restricciones presupuestarias.

En 2011, el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos, Anand Grover, emitió un informe¹²⁶ donde apuntó que la aplicación de algunas leyes penales y otras restricciones jurídicas que impiden o dificultan —en particular— el acceso al aborto legal y seguro, constituyen una forma injustificable de coerción sancionada por el Estado y una violación del derecho a la salud, a la autonomía, a la dignidad humana y a la igualdad de las mujeres. El Relator hizo énfasis en que estas legislaciones son discriminatorias, crean estigmas y refuerzan los estereotipos de género. Además, sostiene que la penalización del aborto es ineficaz para evitar su práctica, constituyendo una violación a los derechos humanos desde el punto de vista del impacto sobre los derechos de las mujeres, y desde el punto de vista de la asignación presupuestaria.

¹²⁴ Comité CEDAW, *Recomendación general 24. Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. La mujer y la salud*, 20º período de sesiones, 5 de febrero de 1999, párrafo 14.

¹²⁵ *Ibidem*, párrafo 31.c.

¹²⁶ Informe del Relator Especial Anand Grover, *op. cit.* (ver *supra*, nota 22). Párrafos 12, 17, 21 y 24.

V Conclusión y recomendaciones

Tomando en cuenta el marco normativo y jurisprudencial de derechos humanos, las organizaciones firmantes consideramos que existen suficientes elementos de interpretación del derecho internacional de los derechos humanos que los Estados de la región podrían utilizar para dar contenido a sus Constituciones Políticas en relación con el derecho de las mujeres a la vida, la salud, la igualdad y no discriminación y la privacidad, entre otros. De manera que de ello derivaran leyes conformes con los derechos humanos internacionalmente reconocidos y ratificados por los países de Latinoamérica y el Caribe.

Las organizaciones firmantes estamos convencidas de que es fundamental que los Estados de la región revisen las leyes que penalizan de forma total el aborto, como lo han recomendado reiteradamente la CIDH y los órganos del sistema universal de tratados de derechos humanos. De acuerdo con el marco internacional de los derechos humanos, los Estados están obligados a adoptar las medidas necesarias, incluyendo las legislativas, para garantizar los derechos de las mujeres a la vida, la salud, la información y —particularmente— al acceso a la interrupción legal del embarazo. Los Estados tienen el deber de garantizar a las mujeres que buscan una interrupción legal del embarazo una atención adecuada, en condiciones de seguridad y calidad, sin discriminación.

Asimismo, es imperioso que los Estados establezcan políticas públicas efectivas para la prevención de embarazos no deseados y para la reducción de la mortalidad materna. La atención a la salud reproductiva de las mujeres y evitar los abortos clandestinos e inseguros, deben ser prioridad.

La información oportuna y adecuada, tanto sobre las opciones anticonceptivas como sobre los métodos seguros para interrumpir un embarazo no deseado, es una cuestión clave porque, como se ha señalado, las mujeres abortan a pesar de la penalización existente y a pesar del dilema personal que puede implicar tomar

esta decisión; porque —como resultado de esta práctica— muchas mueren o quedan con secuelas físicas irreversibles; y porque hay embarazos que, aunque son deseados, presentan complicaciones y es médicamente recomendable un aborto.

Las políticas públicas deben también tomar en cuenta el contexto social y económico, así como los factores de riesgo (étnicos, raciales y etarios) que hacen que las mujeres sean discriminadas en el acceso a los servicios de salud reproductiva. Las políticas públicas de prevención de embarazos no deseados y —en consecuencia— de prevención de abortos son de suma importancia para la salud reproductiva de las mujeres. A pesar de eso, el panorama que observamos en la región, es que las políticas públicas en este sentido son escasas o insuficientes para abordar el problema, tampoco cuentan con perspectiva de género.

En función de las conclusiones derivadas de la audiencia temática regional ante la CIDH, y vertidas en este documento, las organizaciones firmantes recomendamos:

- a) Adoptar medidas que garanticen la disponibilidad, accesibilidad y calidad de todos los **métodos anticonceptivos**, hormonales, de barrera, o quirúrgicos;
- b) Promover activamente el suministro de **información relacionada con la salud sexual y reproductiva**, incluida la educación sexual y reproductiva fundamentada en evidencia científica y la información relativa a métodos de aborto seguro;
- c) **Despenalizar el aborto** y derogar las leyes conexas, que dificultan o impiden el acceso a servicios seguros de interrupción del embarazo;
- d) Como medida provisional, implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel,

protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos. [Los protocolos deben] [...] eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencia para

la salud de la solicitante, los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida;¹²⁷

e) Proporcionar **servicios de salud seguros** y de buena calidad, incluido el aborto, de conformidad con los protocolos de la OMS;

f) Establecer políticas y programas que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de servicios seguros, fiables, confidenciales y de calidad para tratar **las complicaciones derivadas del aborto y prestar los cuidados posteriores**, de conformidad con los protocolos de la OMS, en particular en las jurisdicciones en que el aborto está penalizado;

g) Asegurar que la población disponga de **información precisa y científica en relación con el aborto y con los casos en que se admite legalmente su práctica**, y que los profesionales de la salud conozcan bien la legislación relativa al aborto y especialmente sobre las situaciones en que se permite;

h) Establecer **mecanismos de capacitación** periódica para profesionales de la salud sobre la protección de los derechos humanos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva;

i) Establecer **mecanismos para sancionar penal, administrativa y disciplinariamente** —según el caso— a las y los funcionarios y profesionales de la salud que no cumplan con sus deberes de atención médica a las mujeres que lo requieran;

j) Establecer **mecanismos para informar a las mujeres** en el ámbito comunitario sobre sus derechos como usuarias del sistema público de salud, y para consultarlas sobre cómo lograr la eficacia en los servicios de información y de salud que ellas requieren;

¹²⁷ Argentina, CSJN, *F.A.L. s/ medida autosatisfactiva*, *op. cit.* (ver *supra*, nota 42), considerando 29.

k) Garantizar la **confidencialidad** en el acceso a información en materia sexual y reproductiva, y derogar —según los estándares internacionales sobre la materia— las normas penales que obligan a los profesionales de la salud a violar la confidencialidad y el secreto profesional;

l) Regular la **objeción de conciencia** de forma compatible con los derechos humanos de las mujeres (de manera que objetar sea siempre un derecho individual, nunca una política institucional; se establezca un registro de objetores individuales y se garantice que la mujer será siempre referida con un médico no objetor que la atienda oportunamente);

m) Establecer un protocolo de **atención a las víctimas de violencia sexual, que incluya el suministro de métodos anticonceptivos de emergencia y la atención adecuada para interrumpir el embarazo, cuando así este permitido por la ley.**

