

mujer y desarrollo

Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe

Ana Cristina González Vélez



NACIONES UNIDAS

CEPAL



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



mujer y desarrollo

U

na mirada analítica a la
legislación sobre interrupción
del embarazo en países de
Iberoamérica y el Caribe

Ana Cristina González Vélez



NACIONES UNIDAS

CEPAL

División de Asuntos de Género
Santiago de Chile, noviembre de 2011

Este documento fue preparado por Ana Cristina González Vélez, consultora de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con la colaboración de Viviana Bohórquez, en el marco de las actividades del proyecto CEPAL/AECID Programa Cooperación CEPAL-AECID 2009-2010. Componente 5 - Fortalecimiento de la capacidad instalada de los productores de indicadores de género en América Latina y el Caribe - Fase III.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4170

LC/L.3417

Copyright © Naciones Unidas, noviembre de 2011. Todos los derechos reservados

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

| | |
|---|----|
| Antecedentes | 5 |
| Metodología | 7 |
| I. Diagnóstico | 9 |
| A. Situación legal del aborto en países de Iberoamérica y el Caribe..... | 9 |
| 1. Legalización | 10 |
| 2. Penalización del aborto y causales permitidas | 11 |
| 3. Atenuantes de pena | 14 |
| II. Estándares Internacionales sobre el Aborto | 15 |
| A. Conferencias Internacionales | 15 |
| B. Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos..... | 17 |
| 1. Comité de la CEDAW | 17 |
| 2. Comité contra la Tortura..... | 20 |
| 3. Otros comités | 20 |
| 4. Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental..... | 21 |
| C. Sistemas Regionales de Protección de Derechos Humanos ... | 21 |
| III. Situación de salud, condiciones de acceso y aborto en países de Iberoamérica y el Caribe | 25 |
| IV. Síntesis analítica: Legalidad o ilegalidad y situación de derechos | 29 |
| V. Recomendaciones sobre aborto | 31 |
| A. Reformas legales..... | 32 |
| B. Exigibilidad | 34 |
| C. Litigio en casos concretos | 35 |
| D. Reducción de efectos negativos del aborto inseguro..... | 36 |
| E. Fortalecimiento de redes de proveedores | 37 |

| | | |
|------------------------------------|--|-----------|
| F. | Prevención del embarazo no deseado..... | 38 |
| G. | Sobre sistemas de información..... | 38 |
| A manera de conclusión..... | | 39 |
| Bibliografía..... | | 41 |
| Anexos..... | | 45 |
| | Anexo 1..... | 46 |
| | Anexo 2..... | 48 |
| | Anexo 3..... | 50 |
| | | |
| Índice de cuadros | | |
| CUADRO 1 | PAÍSES CON ABORTO LEGAL Y LÍMITE DE SEMANAS PARA SOLICITAR EL ABORTO..... | 10 |
| CUADRO 2 | DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO POR CAUSALES EN PAÍSES DE IBEROAMÉRICA Y EL CARIBE..... | 11 |
| | | |
| Índice de gráficos | | |
| GRÁFICO 1 | ABORTO EN PAÍSES DE IBEROAMÉRICA Y EL CARIBE / MAPA DE ABORTO POR CAUSALES EN 34 PAÍSES DE IBEROAMÉRICA Y EL CARIBE..... | 8 |

Antecedentes

En la undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe los gobiernos de los países participantes representados por las Ministras y delegadas de más alto nivel suscribieron el Consenso de Brasilia que, entre otros temas, asume el desafío de la promoción de la autonomía de las mujeres y la igualdad de género, “considerando que la salud integral de las mujeres depende de medidas concretas para reducir la morbimortalidad materna y el embarazo adolescente y asegurar una mejor calidad de vida y que el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio es el que está más lejos de alcanzarse”¹. En particular los países acuerdan acciones en el área de “Promover la salud integral y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, específicamente “f) Revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que se hayan sometido a abortos, conforme a lo recomendado en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, incluidas las nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, así como en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y en las observaciones del Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas, y garantizar la realización del aborto en condiciones seguras en los casos autorizados por la ley.

En la misma línea de este reciente consenso, los países han firmado antes un conjunto de convenios y plataformas tanto en el ámbito internacional como regional, que contienen a su vez medidas orientadas a garantizar la plena realización de los derechos de las mujeres y la protección de su salud, su vida y su dignidad. Ente estos se pueden mencionar la Convención para

¹ Véase el Consenso de Brasilia [en línea] http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/5/40235/ConsensoBrasilia_ESP.pdf

la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, la Convención contra la Tortura y las Conferencias internacionales de Viena, Beijing y Cairo. Adicionalmente, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental con sus recomendaciones contribuye, junto con los anteriores instrumentos, a la configuración de un conjunto de estándares internacionales que existen en esta materia y que deberían reflejarse en medidas concretas en relación con el aborto.

Este trabajo se ha elaborado con el fin de llevar adelante un análisis regional comparado sobre la situación legal del aborto en los estados de Iberoamérica y el Caribe, como una contribución a la construcción de argumentos para avanzar –con medidas concretas– en el acceso al aborto seguro para las mujeres y promover debates sustantivos en torno a esta problemática. El alcance del aborto seguro incluye la despenalización y el acceso a causales cuando éstas han sido estipuladas por la ley, las estrategias dirigidas a la reducción del daño y la legalización.

Metodología

Este documento se construyó a partir de la revisión de 4 tipos de fuentes.

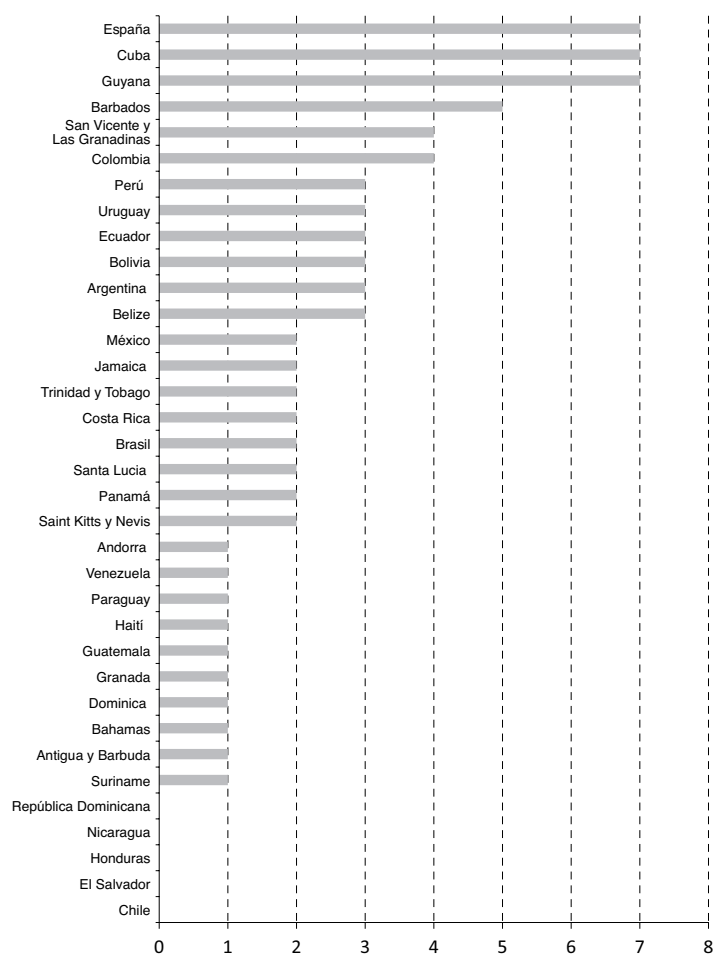
i) El marco normativo internacional (conferencias internacionales de las Naciones Unidas: Beijing, Beijing más 5, Cairo y Cairo más 5; Comité derechos económicos, sociales y culturales; Observaciones Comité contra la tortura; Comité de derechos del niño; Observaciones del comité de CEDAW; Recomendaciones del Relator especial del derecho a la salud); ii) la legislación nacional (leyes, códigos penales y constituciones); iii) normas o protocolos del sector salud y iv) otros documentos con información sobre situación de salud. En el ámbito regional de protección de derechos humanos se estudiaron los informes y recomendaciones sobre aborto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. También, se analizaron los precedentes sobre aborto en el Sistema Europeo de Derechos Humanos por su competencia para Estados miembros de la CEPAL como España y Portugal. Todos los cuadros que aparecen en el documento, se han hecho especialmente para este estudio con base en estos cuatro tipos de información.

En cuanto a la revisión de los Códigos Penales de los Estados que analiza este estudio, se exploró sobre la situación de despenalización o penalización del aborto (para lo cual se construyó una base de datos que contiene información además sobre las penas contempladas para las mujeres, las causales permitidas y los requisitos para la autorización del aborto)².

² Para tal efecto, se consultaron en la mayoría de los casos las páginas oficiales del gobierno o del congreso de los diferentes Estados y en los casos en donde no se encontraba disponible la información se utilizaron los buscadores de sistemas legales de la Organización de los Estados Americanos –OEA (<http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/>), de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm>) y de la Universidad Georgetown (<http://pdba.georgetown.edu/history.html>). De igual manera, se consultaron los textos de las constituciones políticas.

La revisión tuvo dos propósitos básicos: la determinación de la situación legal del aborto por país y por países (según causales), y la identificación de los estándares internacionales sobre aborto a partir de los órganos universales y regionales de derechos humanos por medio de los cuales los estados que hacen parte de este estudio, han adquirido compromisos internacionales³.

GRÁFICO 1
ABORTO EN PAÍSES DE IBEROAMÉRICA Y EL CARIBE
MAPA DE ABORTO POR CAUSALES EN 34 PAÍSES DE IBEROAMÉRICA Y EL CARIBE



Fuente: Elaboración propia sobre información oficial de los países.

0= penalizado en todas las circunstancias, 1 despenalizado en una circunstancia; 2 despenalizado en dos circunstancias; 3 despenalizado en tres circunstancias; 4 despenalizado en cuatro circunstancias; 5 despenalizado en 5 circunstancias y 7 legalizado a solicitud de la mujer. Fuente: códigos penales y/o otras leyes o normas que contienen información sobre aborto, según se indica en la metodología.

³ Además de las conferencias internacionales de derechos humanos, estos estándares se construyen a partir de los pronunciamientos de los principales órganos convencionales y no convencionales de protección de derechos humanos del Sistema Universal y regional, así como también las recomendaciones del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (todos consultados informes de la página de Naciones Unidas (<http://tb.ohchr.org/default.aspx>)).

I. Diagnóstico

A. Situación legal del aborto en países de Iberoamérica y el Caribe

El presente documento contiene un análisis de la legislación sobre aborto desde tres perspectivas: la legalización (estudio de normas nacionales que han legalizado el aborto y la reglamentación existente para su aplicación), la despenalización (estudio de los códigos penales de los Estados donde el aborto es delito pero en los que hay excepciones/ causales excluyentes de responsabilidad) y atenuantes de la pena. Pese a que este estudio está centrado en los países que están incluidos en el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe⁴, resulta relevante entender su situación en el contexto de la situación mundial de las leyes relativas al aborto. El 97% de los países del mundo permiten el aborto para salvar la vida de la mujer y solo un 3% de países lo mantiene completamente penalizado. Éstos se ubican en su mayoría entre los países de este estudio junto con otros como Malta y con la Santa Sede. En términos de población, los países que tienen el aborto completamente penalizado, corresponden tan solo a un 1% de la población mundial. En el lado contrario se encuentran

⁴ El Observatorio es una iniciativa interagencial y la secretaría está a cargo de la CEPAL. En él están incluidos 40 países: a) Iberoamérica: Andorra, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; y b) Caribe: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago.

los países que permiten el aborto por la sola voluntad de la mujer, los cuales representan el 29% de los países del mundo que se corresponden con cerca del 40% de la población del mundo. En cuanto a las causales, entre un 63 a 67% permiten el aborto para preservar la salud física o mental de las mujeres. Los países de este estudio que también prohíben estas dos causales comparten esta situación con países que están mayoritariamente ubicados en África y Asia.

1. Legalización

CUADRO 1
PAÍSES CON ABORTO LEGAL Y LÍMITE DE SEMANAS PARA SOLICITAR EL ABORTO

| Estado | Voluntad de la Mujer | Vida | Salud | Salud Física/ Salud Mental | Violación / Incesto | Malformación fetal | Condiciones Socio-económicas |
|----------|----------------------|------------------|---------------|----------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|
| Cuba | 12 Sem. | AM. | AM. | N/A. | AM. | AM. | N/A. |
| España | 14 Sem. | Hasta 22 Sem. | Hasta 22 Sem. | N/A. | N/A. | Sin límite Sem. | N/A. |
| Guyana | 8 Sem. | Hasta 16 Sem. | N/A. | Hasta 16 Sem. | Hasta 16 Sem. | Hasta 16 Sem. | Hasta 16 Sem. |
| Portugal | Primeras 10 Sem. | Primeras 12 Sem. | No aplica. | Primeras 12 Sem. | Primeras 16 Sem. | 24 Sem/ sin límites | N/A. |

Fuente: Elaboración propia sobre información oficial de los países.

Nota: AM (autorización médica); Sem: semana. N/A: no aplica. Todos los cuadros realizados en este documento han sido elaborados para los fines de los objetivos acá planteados y se han elaborado con base en los documentos revisados que se explicaron en la metodología.

El 11% de los estados de este estudio (Cuba, Guyana, España y Portugal) tienen legalizado el aborto bajo la voluntad y solicitud de la mujer con un límite para aplicarlo, que varía entre 8-14 semanas. Cuba modificó su legislación desde 1965, y Guyana en 1995. Portugal (2007) y España (2010) han modificado sus normas recientemente. El caso de México como país se excluye de este apartado porque se encuentra legalizado por la sola voluntad de la mujer (hasta la semana 12) solo para el Distrito Federal.

En estos países donde se encuentra legalizado el aborto existe también división por causales –para acceder al servicio- a partir de la semana límite establecida para la sola voluntad de la mujer. Cuba es la excepción pues a partir de la semana 12, no se encuentra diferenciado por causales y es permitido siempre que medie autorización médica.

Respecto a la causal vida, la permisión para el aborto varía entre 12-22 semanas así: en Portugal se establece como límite las 12 semanas de gestación, en Guyana la semana 16 y en España la semana 22. En relación con la causal salud (entendida esta como un estado completo de bienestar completo físico, mental y social), sólo España la permite y establece como límite gestacional la semana 22. Por su parte en Guayana y Portugal la legislación no hace referencia al concepto integral de salud, sino que distingue entre riesgo para la salud física y/o salud mental e indica que se puede realizar hasta las 16 semanas en el primero y hasta la 12 semanas en el segundo.

En cuanto a la causal violación sexual y/o incesto sólo Guyana y Portugal establecen un límite gestacional (16 semanas) para su aplicación y en Cuba está permitida siempre que sea autorizada por médico/a. España no contempla dicha causal. En cuanto a la causal malformación del feto, en España no existe límite gestacional (se puede realizar el aborto en cualquier momento siempre y cuando sea autorizado por un médico), en Portugal, si se trata de una malformación del “feto no viable” se permite en cualquier momento de la gestación o si se trata de “graves enfermedades o malformación congénita”, se permite hasta la semana 24. Para esta misma causal, Guyana lo permite hasta la semana 16. Por último, con relación a la causal condiciones socio-económicas Guyana es el único Estado donde se admite y se establece como límite gestacional la semana 16.

Finalmente, con relación a Cuba es importante resaltar que el Código Penal (Acto No. 62, 1987), contiene algunas disposiciones relacionadas con el aborto, las cuales se orientan a proteger la salud de las mujeres y evitar prácticas clandestinas. Se trata del establecimiento de sanciones en las siguientes circunstancias: a) cuando se comete por lucro; b) cuando se realiza fuera de las instituciones oficiales; c) cuando se realiza por persona que no es médico.

2. Penalización del aborto y causales permitidas

CUADRO 2
DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO POR CAUSALES EN PAÍSES DE IBEROAMÉRICA Y EL CARIBE

| Estado | Vida | Salud* | Salud Física y Mental | Violación y/o Incesto | Malformación del Feto | Condición Socio-Económica |
|--------------------------------------|------|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Andorra | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Antigua y Barbuda | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Argentina | √ | √ | -- | √ | -- | -- |
| Barbados | √ | -- | √ | √ | √ | √ |
| Bahamas | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Belize | √ | -- | √ | -- | √ | √** |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | √ | √ | -- | √ | -- | -- |
| Brasil | √ | -- | -- | √ | -- | -- |
| Chile | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Colombia | √ | √ | -- | √ | √ | -- |
| Costa Rica | √ | √ | -- | -- | -- | -- |
| Dominica | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Ecuador | √ | √ | -- | √ | -- | -- |
| El Salvador | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Granada | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Guatemala | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Haití | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Honduras | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Jamaica | √ | -- | √ | -- | -- | -- |
| México* | √ | -- | -- | √ | -- | -- |
| Nicaragua | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Panamá | √ | -- | -- | √ | -- | -- |
| Paraguay | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Perú | √ | √ | -- | -- | -- | -- |
| República dominicana | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Saint Kitts y Nevis | √ | -- | √ | -- | -- | -- |
| San Vicente y Las Granadinas | √ | -- | √ | √ | √ | √** |
| Santa Lucía | √ | -- | √ | √ | -- | -- |
| Suriname | √ | -- | -- | -- | -- | -- |
| Trinidad y Tobago | √ | -- | √ | -- | -- | -- |
| Uruguay | √ | √ | -- | √ | -- | -- |
| Venezuela (República Bolivariana de) | √ | -- | -- | -- | -- | " |
| Total | 27 | 7 | 7 | 12 | 4 | 3 |

Fuente: Elaboración propia sobre información oficial de los países.

√=Sí. --=No.

*Salud: esta categoría se refiere al concepto integral de salud cuya existencia se presupone cuando no se distingue ninguna dimensión de la salud o cuando está explícitamente reconocida la salud como un concepto integral.

** El riesgo de daños para la salud se debe tener en cuenta "el entorno real o razonablemente previsible".

*La Ciudad de México tiene despenalizado el aborto hasta la semana 12, en el resto de Estados Federados es diferente.

El 89% (32) de los Estados este estudio tienen disposiciones sobre aborto en el código penal: Andorra, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Republica dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucia , Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, y Venezuela.

En los códigos penales de los países analizados existe pena de privación de la libertad para la mujer que consienta el aborto y para el personal de salud o las personas que la ayuden. Estas penas van de 1 a 10 años de cárcel, o incluso como es el caso de Belice, hay cadena perpetua (Belice, Criminal Code, 1980)⁵. La pena mayor a 7 años está establecida en Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Dominica, El Salvador, Granada, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas y Santa Lucia. El tiempo de la pena parece guardar relación con los contextos siendo más alta donde hay más restricciones o donde hay menos causales eximentes.

De este total, el 14% de Estados analizados en este estudio tienen el aborto penalizado en todas las circunstancias (Chile, Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana) siendo notorio que algunos de éstos han tomado medidas regresivas en los últimos años, contrariando los derechos humanos de las mujeres y poniendo en riesgo especialmente a aquellos grupos de mujeres que son más vulnerables, como las de escasos recursos económicos que no pueden proveerse seguro en forma clandestina⁶.

En los demás estados como se ha mencionado, existen alguna o algunas excepciones que se han agrupado así: i) vida, ii) salud, iii) salud física y salud mental, iv) violación o incesto, v) malformación del feto, y vi) condición socio económica. La clasificación que se ha establecido en este trabajo tiene por objetivo ver con el mayor nivel de detalle las causales existentes en los países de la CEPAL y por eso contiene un nivel amplio de desagregación.

i) Causal Vida

El 32% de los Estados de este estudio tienen despenalizado el aborto solamente cuando se trata de riesgo para la vida de la mujer: Andorra, Antigua y Barbuda, Bahamas, Dominica, Granada, Guatemala, Haití, Suriname, Paraguay y Venezuela. Es importante anotar que en la práctica es común que la aplicación de riesgo para la vida se reduzca a situaciones extremas en que la mujer se encuentra en riesgo de muerte (González, 2009).

ii) Causal Salud

Casi el 22% de los Estados consagran el aborto cuando se trata de proteger la salud de la mujer, lo que usualmente se denomina aborto terapéutico: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú, y Uruguay. Siguiendo los parámetros internacionales, este estudio habla de causal salud cuando los códigos no hacen una distinción concreta sobre ninguna dimensión de la salud, por lo que se entiende la

⁵ Every woman being with child who, with intent to procure her own miscarriage, unlawfully administers to herself any poison or other noxious thing, or unlawfully uses any instrument or other means whatsoever with like intent, and every person who, with intent to procure the miscarriage of any woman, whether she is or is not with child, unlawfully administers to her or causes to be taken by her any poison or other noxious thing, or unlawfully uses any instrument or other means whatsoever with like intent, shall be guilty of a felony and being convicted thereof shall be liable to imprisonment for life.

⁶ En el año 2006, Nicaragua penalizó totalmente el aborto cambiando la legislación que permitía el aborto en caso de violación o incesto y riesgo para la vida de la mujer (permitido desde 1893). De igual forma, en El Salvador, antes de 2007, se podía recurrir al aborto en casos de peligro para la mujer, cuando el embarazo era consecuencia de una violación y cuando existían probabilidades de anomalías en el feto. A partir de tal fecha el aborto se tornó completamente ilegal. En República Dominicana sucedió lo mismo en el año 2009.

salud como el concepto integral propuesto por la OMS⁷. Cabe destacar el caso de Guyana donde la Ley establece una causal especial para solicitar la interrupción del embarazo cuando el método anticonceptivo suministrado falló y cuando se trata de mujeres que viven con VIH-SIDA (Guyana, 1995)⁸.

iii) Causal salud mental y salud física

Por su parte, casi un 19% de los estados hacen referencia explícita a alguna dimensión de la salud, bien sea mental y/o física, y no consideran el concepto integral de la OMS: Belice, Barbados, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas y Santa Lucía.

Es importante aclarar que algunos Estados del Caribe tienen fuerte influencia en el common law inglés⁹, por lo que en la mayoría de los casos aplican la sentencia *Rex v. Bourne* para determinar la legalidad de un aborto realizado por razones de salud física y/o mental de la mujer, haciendo más amplia la interpretación de salud al incluir la relación entre violación y salud¹⁰. Adicionalmente, algunos documentos sostienen que entre los factores que contribuyen a la salud mental de la mujer, está su nivel socioeconómico, y por lo tanto, la excepción de salud mental para el aborto debe ser interpretada teniendo en cuenta las circunstancias sociales y económicas de la mujer. De tal modo, en Belice y San Vicente y Granadinas, la legislación expresa que si la continuidad de un embarazo implica riesgo de daño para la salud se debe tener en cuenta “el entorno real o razonablemente previsible” de la mujer embarazada (Belice, 1980)¹¹.

iv) Causal Violación o Incesto

La causal de violación o incesto se encuentra despenalizada en el 34% de los Estados: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía y Uruguay. En algunos casos existe disminución de la pena cuando se trata de violación o atentado contra el “honor de la mujer” como se analizará más adelante. Respecto a México es importante anotar que los 32 estados permiten el aborto en caso de violación.

v) Causal Malformación del Feto

El 12.5% de los Estados contemplan esta causal: Barbados, Belice, Colombia, y San Vicente y Las Granadinas. En algunos Estados como en Colombia se hace énfasis en que la malformación debe ser incompatible con la vida extrauterina -bien sea genérica o resultante de eventos del embarazo- (Jaramillo y Alfonso, 2008) o como en Barbados, Belice y San Vicente y Las Granadinas, la legislación advierte que se permite el aborto si existe un riesgo sustancial de anomalías físicas o mentales.

⁷ En el presente estudio se hace referencia al concepto de salud de la OMS” «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

⁸ ... (d) where the pregnant woman is known to be HIV positive; or (e) where there is clear evidence that the pregnancy resulted in spite of the use in good faith of a recognized contraceptive method by the pregnant woman or her partner.

⁹ Antigua y Barbuda, Bahamas, Dominica, Granada, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago. Otros Estados del Caribe como Belice, Barbados y San Vicente y las Granadinas tiene su propia legislación y precedentes sobre aborto.

¹⁰ En la decisión de Bourne, un médico fue absuelto del delito de aborto en el caso de una mujer violada, porque lo hizo para preservar la salud física y mental de la misma (Información disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>).

¹¹ (2) In determining whether the continuance of a pregnancy would involve such risk of injury to health as is mentioned in paragraph (a) of subsection (1) of this section, account may be taken of the pregnant woman’s actual or reasonably foreseeable environment.

vi) Causal socio-económica

El 9,37% de los Estados contemplan el contexto socio-económico de la mujer como causal para solicitar la interrupción del embarazo, pero solo uno lo consagra como causal autónoma (Barbados, 1983). En los otros dos estados está ligada a la salud de la mujer la cual incluye el contexto socio-económico: Belice y San Vicente y Granadinos (Fine, 2011).

3. Atenuantes de pena

En algunos estados la legislación contempla atenuantes o disminución de la pena en determinadas circunstancias. Estas existen por ejemplo cuando se comete delito de violación o incesto - “honor de la mujer”, y como consecuencia se disminuye la pena, por el llamado “Aborto honoris causa” (Costa Rica y Bolivia). De manera similar en México se contemplan atenuantes en tres circunstancias: I. Que no tenga mala fama; II. Que haya logrado ocultar su embarazo, y III. Que éste sea fruto de una unión ilegítima (Código Penal Mexicano, 1931, 2011). En Uruguay existe una disminución de la pena del delito de aborto cuando se trate de angustia económica y en Perú cuando se trate de malformación.

Nota sobre el diagnóstico: gran parte de las Constituciones de los Estados que fueron analizados en este estudio consagran el derecho a la vida de manera general, lo cual es compatible con una interpretación más coherente frente al derecho a la salud y a la dignidad humana. Por el contrario, el 25% de los Estados consagran el derecho a la vida desde el momento de la concepción: Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Portugal, República Dominicana y Venezuela. En estos casos la interpretación suele ser más restrictiva y en efecto, limita el goce de los derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, algunos de estos Estados (Ecuador, Guatemala, Paraguay, Portugal y Venezuela) permiten el aborto en una o más circunstancias, de donde se deduce que los textos que reafirman la vida desde la concepción no constituyen per se una barrera para modificar los códigos penales a favor del aborto y los derechos de las mujeres.

II. Estándares Internacionales sobre el Aborto

El derecho al aborto legal y seguro se encuentra respaldado por las garantías a la vida, a la salud, a la autodeterminación reproductiva, y a vivir una vida libre de discriminación (Centro de Derechos Reproductivos/ CRR, 2008). Es así como en el ámbito internacional de derechos humanos se han establecido estándares sobre reconocimiento, acceso, protección y garantía del aborto basados en el respeto de los derechos humanos de las mujeres. Este capítulo busca sistematizar y sintetizar algunos de los más importantes compromisos internacionales que han discutido sobre el aborto en el ámbito de los derechos humanos y busca también apelar a la voluntad de los gobiernos para promover cambios y crear garantías para el aborto seguro. Dado que los Estados miembros de la CEPAL han ratificado la gran mayoría de los tratados universales y regionales de derechos humanos se hace imperativo que los parámetros internacionales allí establecidos se atiendan en forma oportuna.

Las observaciones y recomendaciones que se han hecho desde diversas instancias internacionales, reconocen la salud reproductiva y la vez entienden que el acceso al aborto no es sólo una cuestión de salud sino también un asunto de derechos humanos.

A. Conferencias Internacionales

Los Estados miembros de la CEPAL han participado y asumido compromisos en diferentes instancias internacionales, donde se ha acordado que la salud reproductiva de la mujer resulta clave para promover

la igualdad de género y el derecho al desarrollo. Estas son: la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000) incluida la Cumbre Mundial 2005, que incluyó en estos compromisos el logro del acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015. Estas conferencias internacionales (que no son jurídicamente vinculantes para los Estados), expresan la voluntad de los gobiernos de avanzar frente a problemáticas comunes, como el aborto y la salud reproductiva de las mujeres.

En la Declaración y Plan de Acción de Viena, se reconoce, de manera general, la importancia del disfrute por parte de la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. Allí se reafirma el derecho de las mujeres a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación en todos los niveles (Viena, 1993).

Por su parte, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo marca un hito en materia de aborto y salud reproductiva en el ámbito internacional de los derechos humanos, en tanto insta a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de la mujer y ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. A su vez, advierte que en todos los casos las mujeres deberían tener acceso a los servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos y servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden a evitar la repetición de los abortos (Artículo 8.25).

En el Programa de Acción del Cairo frente a la Salud de la mujer y maternidad sin riesgo se advierte que las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva en muchas partes del mundo en desarrollo, y provocan la muerte de alrededor de medio millón de mujeres cada año, el 99% de ellas en países en desarrollo. Al respecto, aunque aproximadamente el 90% de los países del mundo tienen políticas que permiten el aborto en diversas situaciones, una proporción significativa de los abortos son inducidos por las propias mujeres o se efectúan en malas condiciones, y son la causa de un gran porcentaje de fallecimientos de las madres o de lesiones permanentes en las mujeres afectadas (Cairo, 1994).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer hace referencia a la importancia de reconocer y afrontar las consecuencias que tienen en la salud, los abortos inseguros (Beijing, 1995)¹². Allí se establecen medidas concretas que han de ser adoptadas por los Estados, tales como las investigaciones encaminadas a comprender y encarar con mayor eficacia las condiciones que determinan el aborto inducido y sus consecuencias, incluidos sus efectos futuros en la fecundidad, la salud reproductiva y mental y en la práctica anticonceptiva, además de las investigaciones sobre el tratamiento de complicaciones planteadas por los abortos, y los cuidados con posterioridad al aborto¹³.

En esta misma línea, en las revisiones quinquenales de Cairo y Beijing, se recomendó la capacitación de profesionales para atender a las mujeres en casos de aborto legal así como la formulación de programas para la salud de las mujeres en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. En el documento de Beijing +5 se señala la necesidad de revisar las leyes que criminalizan las prácticas del aborto inseguro, compromiso que junto con otros, fue reafirmado en Beijing + 15 cuando se exhorta a todos los Estados a aplicar plena y efectivamente la Plataforma de Acción de Beijing y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En este mismo documento se invita a los estados a maximizar sus esfuerzos por eliminar la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles mediante el fortalecimiento de servicios de salud completos para las mujeres y las niñas, en

¹² Objetivo estratégico C.1. literal j.

¹³ Objetivo estratégico C.4. Promover.

particular las adolescentes, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2009).

Por su parte el objetivo 5 de los ODM se propone reducir (año 2015) la mortalidad materna en tres cuartas partes, lo cual tiene en consecuencia una relación directa con el acceso al aborto seguro y de calidad pues la práctica de abortos clandestinos aumenta la mortalidad materna y los riesgos para la salud de las mujeres.

B. Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos

Los Estados miembros de la CEPAL han ratificado y firmado gran parte de los tratados internacionales de Derechos Humanos que hacen referencia a la protección de los derechos de las mujeres y que tienen aplicabilidad frente a los derechos reproductivos. A continuación se presentan algunas de las principales recomendaciones y observaciones de los órganos de seguimiento creados en virtud de estos tratados.

1. Comité de la CEDAW

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer/CEDAW, en su artículo 12, insta a los Estados Partes a adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica. Asimismo, impone a los Estados la obligación de asegurar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario...”.

El Comité de la CEDAW emite recomendaciones generales¹⁴ para los Estados Partes de la Convención y además observaciones especiales para cada Estado, donde en efecto ha instado a gran parte de los Estados miembros de la CEPAL a adoptar medidas frente al aborto, bien sea para que modifiquen la legislación o para que diseñen mecanismos que favorezcan su aplicación. Por su parte el Protocolo Facultativo de la CEDAW autoriza al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer para recibir peticiones relacionadas con violaciones de los derechos consagrados en la Convención y a emitir decisiones en la forma de “opiniones y recomendaciones”.

Recomendaciones Generales del Comité de la CEDAW¹⁵

Hasta la fecha el Comité ha adoptado un total de 26 recomendaciones generales y en 3 de ellas ha profundizado sobre asuntos relativos al aborto: recomendaciones generales No. 19, 21 y 24. En la recomendación general N° 19 de 1992 el comité insta a los Estados Partes a que tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad. En la Recomendación General N° 21 reitera esta preocupación, al indicar que en algunos informes se revelan prácticas coercitivas que tienen graves consecuencias para la mujer, como el embarazo, el aborto o la esterilización forzados (CEDAW, 1994).

¹² A continuación una síntesis analítica de las recomendaciones algunas de las cuales se incluyen en el anexo al final.

¹⁵ De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 21 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el Comité puede hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y de los datos transmitidos por los Estados Partes. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité junto con las observaciones de los Estados Partes, si las hubiere.

En la Recomendación General N° 24 (CEDAW, 1999), el Comité recomienda a los Estados Partes dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. 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.

De acuerdo con estas recomendaciones se podría afirmar que el Comité observa como una forma de discriminación y violación de los derechos de las mujeres las legislaciones que penalizan a las mujeres que se realizan abortos y recomienda las modificaciones de dichas normas.

Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer¹⁶

De la lectura sistemática realizada de los informes y conclusiones finales de los Estados miembros de la CEPAL se puede concluir que el Comité de la CEDAW en los últimos cinco años se ha referido básicamente a tres clases de recomendaciones recurrentes sobre aborto.

Revisión de Legislación: La primera clase de recomendación recurrente es revisar la legislación vigente que penaliza el aborto, la cual tiene fundamento en la preocupación de la elevada tasa de mortalidad materna como causa de abortos ilegales. Así, el Comité de la CEDAW ha reiterado recomendaciones sobre Estados donde se encuentra penalizado el aborto en todas las circunstancias (Chile, El Salvador, Nicaragua, Honduras, República Dominicana) así como sobre aquellos donde existe una o más causales eximentes de despenalización del aborto (Argentina, Belice, Brasil, Ecuador, Guatemala, Paraguay, Perú, San Vicente y Las Granadinas y *Venezuela*), en tanto persisten las prácticas que ponen en riesgo los derechos de las mujeres. Así, por ejemplo a Chile le recuerda que la búsqueda de abortos inseguros e ilegales, constituyen la causa principal de mortalidad materna en dicho Estado (CEDAW /C/CHI/CO/4, 2006). A Ecuador, le recuerda que la segunda causa de mortalidad materna es el aborto y se declara preocupado por el hecho de que no se registran todos los abortos realizados en condiciones peligrosas en el país ni se conocen sus repercusiones en la mortalidad materna (CEDAW/C/ECU/CO/, 2008). Sobre Argentina, señala que la *mortalidad materna, en una tercera parte tiene como causa el aborto ilegal* (CEDAW /C/ARG/CO/6, 2010). De otra parte, el Comité expresa su preocupación por la falta de información facilitada por el Estado parte sobre el alcance y las consecuencias de los abortos ilegales y practicados en condiciones peligrosas (CEDAW/C/GUA/CO/7, 2009).

Garantizar el marco normativo existente: La segunda clase de recomendación recurrente hace referencia a la necesidad de adoptar medidas para garantizar el marco normativo que rige el acceso a servicios de calidad para la interrupción del embarazo, ante la elevada tasa de mortalidad materna como causa de abortos ilegales en Estados como Bolivia, Colombia, México y Panamá.

En el caso de Bolivia, el Comité expresa su preocupación por las dificultades existentes en el acceso al aborto legal —terapéutico o por razones éticas— debido, entre otras cosas, a la falta de reglamentación de las disposiciones legales, y el consiguiente recurso de muchas mujeres al aborto ilegal en condiciones de riesgo (CEDAW/C/BOL/CO/, 2008). En el informe sobre Colombia el Comité recomienda que el Estado Parte adopte medidas para garantizar que el marco normativo y las directrices vigentes que rigen el acceso a servicios de calidad para la interrupción del embarazo de forma legal y para el tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos ilícitos y practicados en condiciones de riesgo se apliquen en la práctica, y que los profesionales médicos y sanitarios reciban suficiente capacitación e información sobre sus obligaciones, a fin de reducir las tasas de mortalidad materna (CEDAW/C/COL/CO/6, 2007).

¹⁶ Además de las observaciones generales que aplica para todos los Estados Partes, el Comité realiza informes especiales sobre cada Estado.

En el caso de México, por su particularidad en la legislación, el Comité pide al Estado Parte que armonice la legislación relativa al aborto a los niveles federal y estatal. Insta al Estado Parte a aplicar una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguros en las circunstancias previstas en la ley (CEDAW/C/MEX/CO/, 2006).

Políticas de Educación Sexual y planificación familiar: La tercera clase de recomendación recurrente hace referencia a la necesidad de *introducir políticas apropiadas sobre educación sexual y planificación familiar, en gran parte por la* Elevada tasa de mortalidad materna como causa de abortos ilegales o mal practicados, frente a los siguientes Estados: Antigua y Barbuda, Jamaica, Uruguay. Así, por ejemplo en el Informe sobre Uruguay el Comité recomienda que el Estado parte adopte y aplique medidas eficaces para prevenir la práctica de abortos en condiciones de riesgo y sus efectos sobre la salud de la mujer y la mortalidad materna. Exhorta al Estado parte a que fortalezca los programas de educación sexual y fomente una cobertura de calidad por parte de los medios de información (CEDAW/C/URY/CO/7, 2008). En el informe de Antigua y Barbuda, manifestó su preocupación por la falta de programas de educación sobre planificación de la familia y por el hecho de que los anticonceptivos no se incluían en los planes de asistencia médica (CEDAW, 16/07/97, A/52/38/Rev.1, Part II, 1997).

Informes sombra presentados al Comité de la CEDAW

Los informes sombra que presentan las organizaciones de derechos humanos al Comité de la CEDAW buscan dar cuenta sobre la situación real de los derechos humanos a nivel país, y contrastar la información entregada por el Estado sobre los derechos humanos de las mujeres. En materia de aborto los informes sombra de los Estados han indicado reiteradamente la necesidad de despenalizar el aborto como parte de la protección de sus derechos humanos y por tratarse de un asunto de salud pública¹⁷.

En el informe sombra de Chile por ejemplo, se habla de estudio realizado por la Universidad de Chile en el que se muestra que una de las principales causas de aborto es la económica. Un 30 % del total de las encuestadas señala el problema económico como razón para haber optado por la práctica del aborto clandestino. A la vez, el estudio caracteriza a las encuestadas como con baja tasa de escolaridad e incluso analfabetismo, una mayor inserción en el mercado informal o bien inserción en trabajos como el doméstico o como asesoras del hogar (Fries, 2003). En tal sentido, insta al Estado a dar cumplimiento a las recomendaciones de la CEDAW y a revisar las normas de aborto que afectan de manera especial la salud de las mujeres en Chile.

En el Informe sombra de Argentina presentado en el año 2010, con relación al aborto se indica que las complicaciones por abortos inseguros han sido la primera causa de muerte materna en Argentina en los últimos 20 años, representando entre un 25 y 30% de esas muertes y que Argentina, junto con Jamaica y Trinidad Tobago, son los únicos países de la región en que el aborto es la primera causa de muerte. Además, dicho informe sombra señala que el aumento de la mortalidad materna implica el incumplimiento del compromiso asumido por el país en Naciones Unidas en el 2000 cuando se aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En líneas generales los informes sombra insisten en el incumplimiento de las recomendaciones del Comité de la CEDAW en relación con la modificación de la legislación sobre aborto, la adopción de medidas para garantizar el acceso del procedimiento y el respeto de los derechos de las mujeres.

¹⁷ Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer -CLADEM, Guatemala, 2008, pág. 24.

2. Comité contra la Tortura

El Comité contra la Tortura¹⁸ se ha referido a prácticas que configuran tortura, en especial donde el aborto es prohibido de forma absoluta. En el informe sobre Nicaragua, el Comité expresa su profunda preocupación por la prohibición general del aborto, incluso en casos de violación sexual, incesto o de embarazos que amenazan la vida de la mujer, que en muchos casos resultan directamente de crímenes relacionados con violencia de género. En consecuencia, el Comité urge al Estado parte a que revise su legislación en materia de aborto y estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición general del aborto para los casos de aborto terapéutico y los embarazos resultantes de violación o incesto. Asimismo, pide al Estado parte que evite penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales (Comité contra la Tortura, 2009).

Sobre la situación de las mujeres en Chile y las prácticas que se configuran como tortura al someterlas a fuertes interrogatorios sobre su vida privada y práctica de aborto, el Comité recomendó que se elimine la práctica de extraer confesiones a efectos de enjuiciamiento de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de abortos clandestinos y a que se investiguen y revisen las condenas dictadas en las causas en las que se hayan admitido como prueba las declaraciones obtenidas mediante coacción y se tomen las medidas correctivas pertinentes, en particular la anulación de las condenas dictadas que no se ajusten a lo dispuesto por la Convención (Comité contra la Tortura, 2004).

3. Otros comités

Finamente, es preciso señalar que también otros Comités de Naciones Unidas como el Comité de Derechos Humanos¹⁹, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁰ y el Comité de los derechos del Niño²¹, en sus informes y recomendaciones, han insistido en sus preocupaciones sobre las violaciones de derechos humanos derivadas de los abortos clandestinos, en tanto traen como consecuencia altos índices de mortalidad materna. Por ejemplo, el Comité DESC ha sido enfático en alentar a Bolivia a que tome las medidas necesarias, incluyendo medidas legislativas, para afrontar el problema de la mortalidad de las mujeres a causa de los abortos clandestinos (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/BOL/CO/2, 2008). En el mismo sentido, sobre *México* le preocupa al Comité la elevada tasa de mortalidad materna causada por los abortos practicados en condiciones de riesgo, en particular en el caso de las niñas y las jóvenes, las informaciones relativas a la obstrucción del acceso al aborto legal después de una violación, por ejemplo, por haberse proporcionado informaciones erróneas, o por la falta de directrices claras, la conducta abusiva de los fiscales públicos y del personal sanitario con las víctimas de las violaciones que quedan embarazadas, y los obstáculos jurídicos en los casos de incesto, así como la falta de acceso a la educación y los servicios sobre la salud reproductiva, sobre todo en las zonas rurales y en las comunidades indígenas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/MEX/CO/, 2006).

El Comité de Derechos del Niño ha publicado informes importantes donde se hace referencia al aborto y salud reproductiva para mujeres jóvenes y adolescentes, en especial con recomendaciones para Chile, Colombia, Nicaragua, Paraguay y Suriname. Sobre Nicaragua el Comité de Derechos del Niño expresa que está preocupado por la tasa de mortalidad materna relativamente alta, y que afecta a las niñas. También toma nota de que los abortos clandestinos y embarazos de adolescentes parecen ser un problema grave en el país (Committee on the Rights of the Child, 1995).

¹⁸ Órgano de supervisión de la Convención contra la Tortura.

¹⁹ Órgano supervisor del Pacto Internacional de Derechos Civiles (1966).

²⁰ Órgano supervisor del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

²¹ Órgano supervisor de la Convención de los Derechos del Niño (1989).

4. Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Esta Relatoría Especial ha abordado el aborto como un problema de salud para las mujeres, desde la perspectiva de la salud reproductiva y las obligaciones de los Estados. En el año 2004, el Relator Especial dedica una sección de su informe a la salud sexual y reproductiva. Hace referencia a la importancia de prácticas seguras del aborto al indicar que los abortos en malas condiciones causan la muerte de unas 68.000 mujeres al año, lo que representa un atentado de proporciones gigantescas contra el derecho a la vida y a la salud. Además, hace énfasis frente los abortos legales, los cuales también han de ser seguros: los sistemas de salud pública deben capacitar y equipar a los encargados de prestar los servicios sanitarios y tomar otras medidas para garantizar que los abortos no son sólo seguros, sino también accesibles. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto. Por último, advierte que hay que acabar con las disposiciones que castigan a las mujeres que abortan, es decir, derogar o modificar los códigos penales (Relator Especial, E/CN.4/2004/49, 2004).

En el año 2006, la Relatoría establece un enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos, como forma de medir y supervisar la realización progresiva del derecho a la salud y advierte que la salud sexual y reproductiva son elementos integrales del derecho a la salud y que por tanto los Estados necesitan una manera de medir si están logrando progresivamente la salud sexual y reproductiva. En relación con aborto los indicadores son:

- **Indicadores estructurales:** la legislación del estado permite el aborto, el aborto se permite según causales: vida, salud, violación, malformación, condiciones socio-económicas, otras.
- **Indicadores de procesos:** porcentaje de los centros de servicios de parto que ofrecen abortos y/o atención posterior al aborto. Porcentaje de facultativos médicos formados para la atención durante el aborto y después del aborto.
- **Indicador de resultados:** i. Porcentaje de mujeres con acceso al aborto y/o la atención posterior al aborto. Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana. ii. Tasa de abortos (número de abortos por 1.000 mujeres en edad fértil) Desagregado al menos por, edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana. iii. Porcentaje de defunciones maternas atribuidas a abortos no seguros. Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana (Relator Especial del Derecho a la Salud, 2006).

Esta misma Relatoría en informe de 2009, indica que “las desigualdades entre los géneros, reforzadas por las estructuras políticas, económicas y sociales, hacen que sea un fenómeno habitual que se coaccione y niegue información y autonomía a las mujeres en lo referente a la atención de salud. Los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva deben ser objeto de especial atención; a veces, a las embarazadas se les niega el ejercicio del consentimiento y una atención de salud apropiada en todas sus fases aduciendo como justificación el interés superior del feto”.

C. Sistemas Regionales de Protección de Derechos Humanos

Los Estados miembros de la CEPAL han ratificado y firmado gran parte de las declaraciones y convenciones regionales de Derechos Humanos, es decir, del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y del Sistema Europeo de Derechos Humanos²². En líneas generales en los dos sistemas regionales existen

²² España y Portugal hacen parte del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y reconocen la competencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

algunos precedentes importantes en relación con el aborto, los cuales instan a los Estados a asumir su responsabilidad frente a los derechos de las mujeres.

i) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos se encuentra en una etapa inicial de desarrollo en temas relacionados con aborto y salud reproductiva. Recientemente, en la audiencia de 2011 sobre los Derechos Reproductivos de las Mujeres en América Latina y el Caribe, la CIDH recibió información sobre la interpretación restringida del derecho a la salud excluyente de los derechos reproductivos en el marco de las políticas públicas de los Estados. Por otra parte, las organizaciones informaron a la CIDH sobre las consecuencias e impacto de leyes restrictivas sobre la interrupción legal del embarazo, incluyendo la práctica de abortos en condiciones inseguras y la morbilidad materna; problemáticas que afectan de manera especial a las niñas y mujeres jóvenes pobres, de bajo nivel educativo, y que habitan en zonas rurales.

Con base a lo anterior, la CIDH reitera que la salud reproductiva de las mujeres debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y los programas de salud nacional y local en las esferas de prevención y protección. Esto conlleva el deber de analizar de forma pormenorizada todas las leyes, normas, prácticas, y políticas públicas que en su texto o en la práctica puedan tener un impacto discriminatorio en las mujeres en su acceso a servicios de salud reproductiva, y prevenir las consecuencias negativas que estas medidas pudieran tener en el ejercicio de sus derechos humanos en general. La CIDH asimismo “recuerda a los Estados 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; servicio cuya negación atenta contra la vida, la integridad física y psicológica de las mujeres” (CIDH, 2011).

A nivel de casos individuales existe un precedente importante para el Sistema Interamericano (el caso de Paulina Ramírez contra México²³) en el que se indemniza a la víctima y a nivel general se requiere al Estado para lograr un diagnóstico de la información existente y detectar los vacíos de información en materia de aborto y atención a víctimas de violencia sexual (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2007). Este precedente ha sido muy importante porque logró que se incluyeran cambios relativos a políticas públicas y leyes como garantía de no repetición de estos hechos (GIRE, 2000 y 2004).

Por otra parte, en el ámbito interamericano de protección es importante señalar que el Protocolo adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador”, establece que los Estados parte deberán presentar informes periódicos respecto de las medidas progresivas que hayan adoptado para asegurar el debido respeto del derecho a la salud y demás derechos establecidos en dicho protocolo²⁴. Para ello se establecieron indicadores de Progreso en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, respecto al derecho a la salud reproductiva de las mujeres y el aborto:

- **Indicador estructural:** Regulación del aborto. Casos, alcance, prohibiciones.
- **Indicador de procesos:** Estimaciones de abortos inducidos, por edad, lugar de residencia (urbano o rural) y condiciones socio-económicas de la mujer embarazada; existencia e implementación de programas de salud sexual y reproductiva. Alcances y cobertura.
- **Indicador de resultados:** Tasa de mortalidad materna, Distribución de la mortalidad, materna según causas por grupos de edad; Estimaciones sobre casos de abortos ilegales, por edad, lugar de residencia (urbana o rural) y condiciones socioeconómicas de la mujer embarazada u otros datos disponibles.

²³ Paulina (de 14 años) quien fue víctima de una violación sexual de la cual resultó embarazada, fue obstaculizada por las autoridades estatales para ejercer su derecho a interrumpir dicho embarazo según lo establece la ley mexicana.

²⁴ Artículo 19.

ii) En el Sistema Europeo de Derechos Humanos existe un precedente sobre aborto de gran importancia para evaluar la responsabilidad de los Estados frente a la disponibilidad y prestación del servicio. A finales de 2010, la Corte Europea de Derechos Humanos, en el caso A, B and C versus Irlanda, condenó en forma unánime a dicho Estado por la violación del derecho a la vida privada, que incluye el derecho a la integridad física y psicológica. La Corte Europea se basa en el incumplimiento por parte del Estado Irlandés de su obligación positiva de implementar procedimientos accesibles y efectivos que permitieran a C determinar si calificaba para realizarse un aborto legal en Irlanda. En consecuencia, la Corte Europea le recuerda a los Estados que no es suficiente el reconocimiento formal de un derecho, sino que se deben disponer de medidas adecuadas y efectivas para la materialización del aborto al alcance de las mujeres (Corte Europea, 2010).

III. Situación de salud, condiciones de acceso y aborto en países de Iberoamérica y el Caribe

La morbilidad y mortalidad maternas son preocupaciones de salud pública en los países en desarrollo y están asociadas con pobres condiciones de calidad en los servicios. De acuerdo con las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la salud (WHO, 2011) las muertes debidas a aborto inseguro, a nivel global, permanecen cerca al 13% de todas las muertes maternas. Sin embargo, las muertes relacionadas con aborto inseguro disminuyeron pasando de 47.000 en 2008, a 56.000 en 2003. No obstante, es importante aclarar que esto corresponde al descenso del número total de muertes maternas. Por tanto y pese a que el aborto inseguro es prevenible, continúa representando un riesgo excesivo para la salud y la vida de las mujeres.

Cerca de 21.6 millones de abortos inseguros ocurrieron a nivel global en 2008, casi todos en los países en desarrollo. Número que aumentó desde 2003 (debido básicamente al crecimiento de la población de mujeres en edad reproductiva) y seguirá aumentando a no ser que el acceso de las mujeres al aborto seguro y la anticoncepción, sean fortalecidos.

El número de abortos inseguros en América Latina pasó de 3,9 (millones) en 2003 a 4,2 en 2008 (WHO, 2011). Los abortos inseguros son realizados por proveedores que no tienen calificación y habilidades o son auto inducidos²⁵. Entre el Caribe, Centro América y Sur América, la

²⁵ El aborto inseguro se define como un procedimiento para terminar una gestación, que se lleva a cabo o por personal que no tiene las habilidades necesarias, o en un ambiente que no cumple los estándares mínimos, o ambas.

subregión con menos condiciones legales para el aborto, es Centro América. Sólo en 75% de los estados de esta subregión lo permiten para salvar la vida de la mujer, 38% para preservar la salud física y el mismo porcentaje para la salud mental. Las leyes de aborto son diversas y pueden ser complejas, estimulando limitaciones a la edad gestacional. De la misma manera, requerimientos adicionales relacionados con el consentimiento y la consejería, pueden complicar y prolongar la aplicación de un procedimiento. Además, puede haber discrepancias entre la “letra” de la ley y su aplicación.

Con un total de 4.2 millones de abortos inseguros, los números e índices en LAC se han elevado someramente debido a la corrección de números y nuevos datos disponibles de Centroamérica. En Suramérica la cifra parece haberse estabilizado y posiblemente ha pasado su pico. En el Caribe si se exceptúan Cuba y las islas en que el aborto está permitido, el índice es casi tan alto como el de Suramérica.

Pese a los números tan altos de abortos inseguros, el riesgo de muerte asociado con el aborto inseguro es bajo con un promedio de 10 por 100.000 nacidos vivos en LAC. Esto se debe al parecer al extendido uso de aborto con medicamentos y a una relativa bien desarrollada infraestructura en salud. En relación a las muertes por 100.000 abortos inseguros, el número estimado es de 30 para LAC, siendo la más alta en el Caribe (80).

La ciencia médica moderna se ha movido en forma creciente, hacia los métodos menos invasivos para aborto temprano, tales como la AMEU y el aborto con métodos médicos (medicamentos). La morbilidad y mortalidad asociadas con el aborto inducido dependen de la infraestructura y las habilidades del proveedor de aborto, del método usado, de la salud general de la mujer y de la etapa del embarazo. Hay estudios que muestran que el costo de manejar un aborto es menor en contextos legales que permiten un aborto electivo, que en los contextos restrictivos.

En general –con excepción de Europa del Este– las regiones con leyes de aborto menos restrictivas, tienen tasas más bajas de aborto inducido y los abortos inseguros no existen o su índice es muy bajo. Por el contrario, allí donde las leyes son restrictivas la mayoría de los abortos son inseguros.

El acceso al aborto puede ser restringido por las leyes pero también hay otras barreras: la baja disponibilidad de servicios en los países en desarrollo, la falta de habilidades e infraestructura, la falta de conocimiento sobre las leyes y normas, la falta de compromiso entre políticos y proveedores para implementar las normas de aborto.

Condiciones para el acceso al aborto

Las condiciones para el acceso a servicios de aborto, se encuentran estipuladas en normas que son de distintos tipos y que en general se relacionan con la situación de legalidad. Así, cuando el aborto es legal, es común que sea la propia ley la que reglamente las condiciones de acceso y cuando el aborto está despenalizado y hay causales, lo común es que existan normas de procedimiento para la prestación del servicio o en su defecto, las establece el mismo código penal. El análisis que se presenta a continuación, estudia algunas de las condiciones para acceder al servicio en ambos casos y está ordenado según tipo de condición. En términos generales se podría decir que estas condiciones suelen constituirse con frecuencia en barreras de acceso para las mujeres, bien sea porque los textos legales no contienen medidas para enfrentarlas, o porque no determinan con claridad los alcances de las medidas, o porque en la práctica no son interpretadas consistentemente con los derechos de las mujeres.

En líneas generales en los Estados miembro de la CEPAL donde se encuentra legalizado el aborto no existen requisitos desproporcionados que impidan el acceso de las mujeres a los servicios de salud para la solicitud de la interrupción del embarazo:

i) Consejería. Países como Guyana establecen la figura de la “consejería” a fin de que cualquier mujer que busca una interrupción del embarazo (y si es del caso, su pareja), pase un período de espera

de cuarenta y ocho horas después de la solicitud para la interrupción, durante los cuales debe recibir asesoraría. En el caso de Cuba la mujer debe recibir el asesoramiento de una trabajadora social. En general es común que la consejería de la que se habla en las normas se refiera al acceso a métodos anticonceptivos tal como sucede en Brasil, Colombia, México y Perú **ii) Personal autorizado para llevar a cabo del procedimiento.** También en Guyana la ley establece que el procedimiento debe ser realizado por un médico en una institución previamente autorizada al igual que en Portugal donde debe ser realizado por un médico, o bajo su dirección, en un establecimiento de salud oficial u oficialmente reconocido y debe existir el consentimiento de la mujer embarazada. En esta misma línea países como Bolivia, Perú, Colombia y Brasil simplemente mencionan que debe ser un médico quien adelante el procedimiento sin exigir una especialidad. En España debe ser practicado por un médico especialista o algún otro que se encuentre bajo su dirección y en un centro sanitario público o privado acreditado, y en Cuba la mujer debe ser examinada por un ginecólogo. En esta misma línea otros países como Panamá y México, también incorporan dentro de las exigencias, la presencia de un especialista idóneo. **iii) El alcance del concepto de salud.** En España (Ley Orgánica, 2010) aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral e introduce en el ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva.

iv) Del consentimiento. La Ley en España hace referencia consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal. Adicionalmente indica que en el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Sin embargo, al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Aun así, se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo. En Cuba, las mujeres menores de 18 años de edad deben tener el consentimiento de los padres y las mujeres menores de 16 años requieren autorización por un Comité médico. En el caso de México, se ordena la provisión de información suficiente, oportuna y comprensible para la interrupción del embarazo, En Colombia se expresa la obligación de suministrar información clara, real y completa sobre los derechos, el procedimiento, los riesgos y efectos para la salud y la vida. En el caso de Brasil se habla del consentimiento como necesario salvo que se encuentre en riesgo su vida y la mujer esté en incapacidad de expresar su voluntad. **v) De las certificaciones.** En el caso de Cuba, las interrupciones del segundo trimestre, deben ser autorizadas por un Comité de obstetras, psicólogos y trabajadores sociales. Por su parte en Portugal los requisitos para acceder al procedimiento incluyen la verificación de las circunstancias que lo hacen no punible por la interrupción del embarazo, es decir, la certificado médica, por escrito y firmada antes de la intervención. En el caso de algunos países donde existen causales, como Colombia, el único requisito es el certificado médico frente a la afectación de la salud o para confirmar la malformación fetal, o un certificado judicial donde conste la demanda en casos de violación.

De otro lado, en los países donde se encuentra penalizado el aborto se observa con preocupación que los requisitos para acceder al aborto, suelen convertirse en cargas desproporcionadas para las mujeres que hacen más gravoso el acceso a los servicios (una orden judicial, una autorización por parte de dos médicos o un Comité interdisciplinario).

En Bolivia, por ejemplo, el código penal expresa que debe ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial. En Panamá se exige que en el caso riesgo para la vida o salud, sea determinado por una comisión multidisciplinaria designada por el Ministro de Salud para determinar las causas graves de salud y autorizar el aborto. En este mismo país se establece que si el embarazo es consecuencia de violación carnal, ésta debe estar debidamente acreditada en instrucción sumarial, dentro de los dos primeros meses de embarazo (Código Penal Panamá, 2007).

vi) Del misoprostol. El misoprostol es un medicamento esencial según estándares de la Organización Mundial de la Salud, que reconoce su importancia para el aborto con medicamentos. Es un método sencillo, no invasivo, seguro y de bajo costo para el tratamiento del aborto incompleto y de otras condiciones gineco-obstetras. En la mayoría de los países latinoamericanos, el misoprostol está aprobado para el tratamiento de úlceras gástricas, que fue su indicación original, y es fácil de obtener, no así para uso en ginecología y obstetricia, ni aborto. Excepto Paraguay, Suriname y Guayana Francesa, todos los países latinoamericanos tienen aprobado el misoprostol para la venta en farmacias (Romero, 2009). En Portugal, el misoprostol se vende en las farmacias mediante la presentación de receta médica²⁶ y en España el misoprostol, está autorizado para uso de salud reproductiva (Fernández, 2009). De acuerdo a las regulaciones administrativas, el misoprostol no está indicado para uso en gineco obstetricia en los siguientes países: Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay y Venezuela²⁷. El misoprostol sí tiene indicaciones para uso en gineco obstetricia en los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Panamá, El Salvador, España, Honduras, Perú, República Dominicana, Uruguay²⁸.

vi) De la objeción de conciencia. En términos generales los países no permiten la objeción de conciencia institucional y la misma está prohibida además cuando se trate de riesgo para la vida de la mujer. Lo común es que se regulen aspectos relacionados con las características de la objeción, el procedimiento que debe surtirse para ser objetor/a y las garantías para las mujeres en caso de que se encuentren ante un objetor. Entre los países que tienen regulación en esta materia están: Brasil, Colombia, España, México, Guyana. En vista de que la regulación es escasa y de otros factores, se viene advirtiendo en la Región un uso creciente de este mecanismo convirtiéndose en una barrera de acceso. Por tanto es necesario que se establezcan en los países límites en el ejercicio de la objeción: (i) que se admita solo para las personas y no para las instituciones, (ii) que no se permita cuando se trate de casos de emergencia, (iii) que se establezcan los procedimientos para la remisión adecuada, (iv) que no se pueda aludir objeción para brindar información y (v) que puedan alegarla solo quienes están directamente involucrados en el servicio.

²⁶ Información disponible en: <http://www.ff.up.p>.

²⁷ En un estudio realizado en el año 2008, en 19 países de América Latina y El Caribe, cuyas sociedades científicas están afiliadas a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia -FLASOG, se consultó a diferentes instituciones públicas y privadas en sus países, así como a médicos gineco obstetras que trabajan a nivel de los servicios sobre el uso del Misoprostol.

²⁸ Es importante aclarar que la indicación para gineco obstetricia no significa necesariamente que esté permitido ni que sea posible su uso para la realización del aborto, bien sea porque no se haya incluido esta indicación en si misma o porque la presentación del medicamento haga imposible su uso técnicamente.

IV. Síntesis analítica: Legalidad o ilegalidad y situación de derechos

Pese a que el aborto seguro tiene el potencial de prevenir cerca de 70.000 muertes y discapacidades -5 millones- provenientes de abortos inseguros cada año, la situación de legalidad del aborto en América Latina y el acceso real a servicios seguros y oportunos sigue siendo limitada y no acorde con el marco internacional de los derechos humanos (WHO, 2010).

Los ahorros estimados a los sistemas de salud son dramáticos: 860 millones de dólares por costos del tratamiento de complicaciones serias debidas a abortos inseguros, 6 billones para tratamiento de la infertilidad post aborto derivada de abortos inseguros y 930 millones debidos a la sociedad e individuos por pérdida de ingresos debido a muerte o discapacidad resultante de abortos inseguros (WHO, Geneve, 2010). Con respecto a esta dimensión, según los resultados del análisis de costos realizado en México antes de la legalización del aborto en el año 2007, el costo promedio del tratamiento de complicaciones graves del aborto inseguro era de \$209 dólares estadounidenses por cada mujer mientras que el costo aproximado para efectuar un aborto seguro con medicamentos (misoprostol) fue sólo de \$98 dólares estadounidenses por cada mujer (CLACAI, 2010).

Pero más allá de los costos económicos y los potenciales beneficios del aborto seguro en esta dimensión, la penalización y el aborto inseguro tienen impactos enormes sobre la salud de las mujeres y sobre su dignidad. Se destacan en estos impactos la afectación de su autonomía física por la imposibilidad que tienen las mujeres de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, la imposibilidad de ejercer su libre desarrollo de la personalidad

cuando se enfrentan a un embarazo no deseado o no planeado, etc. La obligación de continuar un embarazo no deseado se constituye en una continuación forzada del embarazo que muchas veces las mujeres se ven obligadas a soportar cuando hay penalización absoluta del aborto o frente a la falta de medidas que garanticen el acceso a servicios seguros y oportunos. Esta situación viola su dignidad al establecer cargas desproporcionadas que afectan el proyecto de vida de las mujeres y su participación en otras esferas de la vida, incluida su autonomía económica.

La Legislación sobre aborto es un paso necesario para generar cambios en la situación del aborto inseguro y frente a las barreras que día a día deben enfrentar las mujeres, pero no suficiente: una nueva ley no necesariamente se traduce en un amplio acceso a los servicios de salud. Por tanto, la legalización del aborto demanda, a su vez, que los Estados dispongan de otras medidas legales y administrativas para hacer efectivo el acceso de las mujeres a los servicios médicos de aborto y salud reproductiva.

De otro lado, las medidas regresivas en términos de derecho a la salud están prohibidas internacionalmente por los órganos de protección de Naciones Unidas y por los Sistemas Regionales de Protección de derechos humanos, es decir, tanto por el Sistema Europeo como el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. Se considera que estas medidas atentan contra el deber de garantía y progresividad de los derechos sociales y en el caso de salud reproductiva afectan de manera desproporcional la vida y la salud de las mujeres. La penalización del aborto en todas las circunstancias es una de estas medidas regresivas, la cual pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres, en tanto aumenta los índices de mortalidad materna y la práctica de abortos clandestinos sin las condiciones mínimas de salubridad (CEDAW, 2008).

En términos generales, la mayoría de los Estados analizados en este trabajo, no han modificado su legislación sobre aborto desde hace más de 30 años. No han adaptado su legislación a los parámetros de salud de la Organización Mundial de la Salud ni a los estándares internacionales de derechos humanos de Naciones Unidas y de los órganos regionales de derechos humanos, en materia de salud reproductiva, lo cual ha llevado a situaciones en las que los derechos de las mujeres son violados impidiendo entre otras su derecho a disfrutar más alto nivel posible de salud física y mental. En tal sentido, modificar la legislación en coherencia con los parámetros de la Organización Mundial de la salud y los parámetros internacionales de derechos humanos, no es sólo una cuestión o debate sobre el derecho a la vida, sino un imperativo frente al respeto y garantía del derecho a la salud, la no discriminación y la integridad personal de las mujeres.

La penalización del aborto afecta a todas las mujeres, empero en mayor medida tiene efectos frente a las mujeres pobres, quienes al haber decidido interrumpir su embarazo exponen a un grave riesgo su vida y su salud en servicios clandestinos que se benefician de este sistema punitivo (CLADEM, 2009).

En síntesis, es importante advertir que el acceso seguro y oportuno a un aborto depende considerablemente de la legislación y de las políticas públicas que lo regulan. Por ello, al elaborar ya sea leyes o reglamentaciones sobre aborto, los gobiernos deben considerar, en primer lugar, los derechos humanos de las mujeres a la autonomía reproductiva, a la igualdad, y a la salud (CRR, 2007).

Las recomendaciones que se plantean a continuación buscan dar cumplimiento a los compromisos internacionales asumidos por los Estados miembro de la CEPAL, en especial los que se refieren a las conferencias de Cairo y Beijing y a las recomendaciones de los órganos de Naciones Unidas relativas al aborto y la salud reproductiva de las mujeres, así como los precedentes reseñados de los órganos regionales de derechos humanos.

V. Recomendaciones sobre aborto

Las recomendaciones presentadas en este capítulo, están agrupadas en siete categorías y proponen medidas para garantizar la protección de los derechos de las mujeres en los asuntos relativos a su reproducción –particularmente al aborto, en concordancia con las recomendaciones emanadas de los distintos tratados de derechos humanos antes analizados, así como del conjunto de compromisos internacionales firmados por los estados que hacen parte de este estudio. Proponen también medidas tendientes a impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados. En esta misma línea, las recomendaciones buscan que se eliminen las sanciones punitivas impuestas a mujeres que se practican abortos.

El interés de incluir una amplia gama de recomendaciones surge de la necesidad de ofrecer a los distintos países, según sea la situación de penalización/despenalización, el nivel de desarrollo normativo, las condiciones de acceso a los servicios de aborto seguro y el contexto socio-político, distintas posibilidades para avanzar en la garantía de los derechos humanos de las mujeres. Esta amplitud de recomendaciones ha de contribuir como primera medida a generar un proceso por el cual los países revisen las normas que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se hayan sometido al aborto y/o a que se garantice el acceso allí donde el aborto es permitido por alguna causal o por la sola voluntad de la mujer. Permiten, además, que los cambios en los niveles nacionales puedan hacerse de forma incremental para que se creen, mejoren o refuercen las condiciones necesarias para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

A. Reformas legales

Esta categoría agrupa medidas que deberían adoptarse para lograr cambios en el marco legal sobre aborto a nivel de los países. Estos cambios pueden ser de dos tipos: la despenalización o la legalización. Por despenalización, la remoción de la pena a un delito, en este caso el aborto, en algunas circunstancias²⁹. Por legalización entendemos la remoción del delito de la herramienta legal –usualmente el código penal– que lo tipifica como tal. Es importante resaltar que estas medidas se pueden llevar a cabo en forma incremental de tal forma que el objetivo último sea crear condiciones para el cambio.

Las reformas legales tienen el propósito específico de avanzar en la agenda del aborto legal, como un elemento crítico para el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres y particularmente de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos protegiendo de esta manera su autonomía física y favoreciendo la autonomía en otros ámbitos: político y económico. Los países que han avanzado en esta línea mejorando las condiciones ciudadanas de sus mujeres son: Cuba, Guyana, México, España, Portugal, Colombia.

En primer lugar, tenemos las medidas de cambio legal que buscan **la despenalización**. La mayoría de los países de América Latina, han creado sistemas de causales que permiten el aborto en determinadas circunstancias, con excepción de algunos que fueron mencionados en el primer capítulo. Para éstos sería deseable y necesario explorar la adopción de medidas que superen la prohibición absoluta del aborto bien sea introduciendo modificaciones en el código penal o mediante el litigio en altas cortes³⁰, para avanzar al menos en el reconocimiento del aborto terapéutico. Al respecto es importante recordar que el aborto terapéutico es reconocido internacionalmente como un servicio de salud especializado y necesario para las mujeres cuya finalidad es salvar su vida cuando ésta se encuentra en peligro a consecuencia de un embarazo.

Una vez garantizado este paso mínimo, desde la perspectiva de los derechos humanos de las mujeres, la otra medida que abarca la despenalización es el establecimiento de distintas causales que puede a su vez ser un proceso gradual o abarcar la gama más amplia (vida, salud integral, violación, malformación fetal, condición socio-económica). De no ser posible el establecimiento de un sistema amplio de causales resulta crítico que al menos sea revisada la legislación que penaliza el aborto cuando se trata de riesgo para la vida y la salud de la mujer o cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto en la medida que constituyen una amenaza para sus derechos fundamentales especialmente, su vida, salud, integridad y dignidad. La negación del servicio en estas circunstancias atenta contra la vida, la integridad física y psicológica de las mujeres. Y es importante recordar que la salud es un concepto integral que abarca un estado de bienestar completo físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias.

Cuando se adoptan medidas de despenalización es importante tener en cuenta los criterios que se establecen para la aplicación de las causales de tal forma que sean los menos gravosos para las mujeres y que no les impongan cargas desproporcionadas. Los criterios adoptados por la Corte Constitucional en Colombia son un buen ejemplo del tipo de criterios que sería deseable adoptar. Allí se establece que el peligro para la vida o la salud de la mujer, sea certificado por un médico al igual que la existencia de

²⁹ Recientemente, durante el Primer Congreso Latinoamericano Jurídico sobre Derechos Reproductivos, realizado en Arequipa, el Ex Magistrado Jaime Araújo, ponente de la Sentencia C-355 que despenalizó el aborto en Colombia, argumentó que cuando se establecen excepciones al delito, no puede hablarse más de “delito” al menos en tales circunstancias. Esta argumentación abre una oportunidad excelente para promover el acceso de las mujeres a los servicios de aborto en forma oportuna y segura, puesto que “elimina” del discurso la palabra delito que opera como una barrera para el acceso, proveniente de los profesionales.

³⁰ Este tipo de litigio se basa en un control abstracto mediante la comparación de dos normas, para el caso, la constitución (norma de normas) y el Código Penal.

la malformación del feto, y en los casos de violación se establece sólo la denuncia como requisito. En relación a esta última causal el caso de Brasil es el que más propicia el respeto a la dignidad de la mujer pues solo se requiere su palabra para demandar un aborto por violación. Por otro lado, es importante tener en cuenta que la despenalización debería apostar a un escenario de causales amplio que incorpore aquellas relacionadas con la penuria económica, las razones sociales como la pobreza, el proyecto de vida, etc.

De existir el debate sobre la ponderación de derechos, se recomienda revisar la jurisprudencia sentada por altas cortes como la de Colombia, Costa Rica y otras³¹ que han sido claras al reconocer la preeminencia de los derechos de las mujeres por sobre los de la vida en gestación.

Las medidas orientadas a la despenalización parcial permiten avanzar en la perspectiva de proteger los derechos de las mujeres al menos en las circunstancias más extremas y de esta manera proteger su dignidad y su vida. No obstante, al persistir el delito del aborto las mujeres pueden enfrentar niveles enormes de estigma, barreras para el acceso e incertidumbre entre los profesionales que podrían ofrecerles servicios seguros. A esto se suma el riesgo de las interpretaciones restrictivas de las causales, como por ejemplo, la interpretación del riesgo para la salud como igual al riesgo de muerte, o la exigencia de requisitos desproporcionados para el acceso al servicio: demostrar la violación, demostrar la consistencia entre la semana gestacional y la fecha de ocurrencia de una violación, existencia de malformaciones fetales extremas incompatibles con la vida humana biológica y no con la vida humana digna, etc.

En segundo lugar, las reformas legales pueden ser el resultado de un proceso gradual de despenalización o de una decisión en sí misma -si el contexto lo permite- para lograr **la legalización**. En este terreno, las medidas deben orientarse a promover la voluntad de la mujer durante un período gestacional que podría variar entre las 12 y las 16 semanas. El caso reciente más importante es el del Distrito Federal de México, donde se realizó una modificación en el Código Penal, que permite que antes de las doce primeras semanas de embarazo, éste se pueda interrumpir libremente (*art. 144, Código Penal, DF*) por la sola voluntad de la mujer. De acuerdo con esta experiencia los avances son más factibles cuando se involucran una multiplicidad de actores que incluyen los tomadores de decisión, los proveedores de servicios, las autoridades administrativas, los políticos y el movimiento de mujeres. En el caso de México, no obstante el avance es importante destacar que la legalización exclusiva para el DF ha generado una situación de desigualdad que sería pertinente corregir, armonizando la legislación al interior de los otros estados, de tal forma que se permita el aborto por la sola voluntad de la mujer en las mismas condiciones planteadas para el DF.

Las medidas para legalizar son las mejor se corresponden con la protección y garantía de los derechos de las mujeres porque son más perdurables, porque los cambios que se producen para legalizar expresan un consenso político y social tan amplio como lo establecen las reglas de juego democrático, a través de uno de los tres poderes del estado, el legislativo. A la vez, son un avance claro en cuanto a la autonomía de la mujer pues establecen un período en el cual la decisión absoluta de practicarse un aborto, depende de su mera voluntad. En este sentido son un avance en la conquista de los derechos a la libertad y autonomía de las mujeres y contribuyen a ampliar la base ciudadana favorable a los derechos de las mujeres, siendo en consecuencia una expresión de la ampliación y profundización de la democracia.

³¹ Corte Constitucional de la República de Colombia, Sentencia C-355 de 2006. Corte Suprema de Costa Rica, Sala Constitucional. Sentencia 2792 de 2004. Tribunal Constitucional alemán, Sentencia 39, 1 de 1975, citada en Corte Constitucional de Colombia. www.causalsalud.org.

B. Exigibilidad

Las medidas que se sugieren bajo esta categoría se orientan a crear o mejorar —si ya existieren— las condiciones para el acceso a servicios de aborto que sean oportunos y seguros. Las medidas de exigibilidad implican que haya un “mínimo” de condiciones legales, es decir que el aborto no esté completamente penalizado. A este nivel pueden identificarse dos tipos de medidas: la adopción de marcos normativos o regulaciones sanitarias según causales y los mecanismos para interpretar ampliamente las causales. En cuanto a **los marcos normativos/regulaciones sanitarias**, estos deben contribuir a crear certidumbre y evitar la arbitrariedad de las instituciones y los profesionales en cuanto a los requisitos que se exigen —o la forma como se interpretan— a una mujer para acceder a un servicio de aborto legal³².

La expedición de marcos normativos puede contribuir a reglamentar las disposiciones legales vigentes relativas al derecho al aborto terapéutico, en los Estados donde se encuentra despenalizado, pero en donde todavía no existen mecanismos para hacerlo accesible.

Durante décadas un buen número de los países de América Latina han contemplado en sus códigos penales excepciones al delito de aborto que eximen de pena a quienes lo practican y a quienes lo requieren, siempre que medie el consentimiento de ésta última. No obstante, esto no ha conllevado un acceso mayor, más seguro o más oportuno para las mujeres. Entre las razones que explican este rezago está la incertidumbre de los profesionales acerca de cuáles son las circunstancias y condiciones en que debe prestarse el servicio. Y este es el propósito de las medidas orientadas a la formulación/adopción de regulaciones sanitarias: que las autoridades en salud expidan normas que basadas en un marco de derechos humanos, homogenicen las condiciones en que deben prestarse los servicios y determinen los criterios para su prestación, evitando de esta manera que se impongan cargas extraordinarias a las mujeres y brindando certidumbre a las y los profesionales. Algunos de los países en los que recientemente se han impulsado estas iniciativas dando como resultado normas y protocolos adoptados por las autoridades sanitarias en el nivel central son: Argentina³³, Brasil³⁴, Colombia³⁵, y México³⁶.

Una vez establecida la excepción al delito y adoptada por la autoridad sanitaria una medida de regulación, se contribuye a crear condiciones para garantizar y proteger derechos mediante la adopción de una política pública y el reconocimiento de una responsabilidad del estado. Las regulaciones suelen ser un paso obligado y base fundamental para contribuir al acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo de tal forma que sean seguros y oportunos. Por último, contribuyen al acceso real al evitar cargas desproporcionadas para las mujeres, entendiendo por una carga desproporcionada aquella que no se puede obligar a una persona a soportar por carecer de cualquier tipo de fundamento: jurídico o ético.

³² En el caso de México le preocupa al Comité la elevada tasa de mortalidad materna causada por los abortos practicados en condiciones de riesgo, en particular en el caso de las niñas y las jóvenes, las informaciones relativas a la obstrucción del acceso al aborto legal después de una violación, por ejemplo, por haberse proporcionado informaciones erróneas, o por la falta de directrices claras, la conducta abusiva de los fiscales públicos y del personal sanitario con las víctimas de las violaciones que quedan embarazadas, y los obstáculos jurídicos en los casos de incesto, así como la falta de acceso a la educación y los servicios sobre la salud reproductiva, sobre todo en las zonas rurales y en las comunidades indígenas (Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, México, E/C.12/MEX/CO/4, 9 de junio de 2006).

³³ Guía Técnica de Atención Integral a los Abortos No Punibles. Publicada en octubre de 2007 por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. No adoptada por las autoridades.

³⁴ Norma Técnica de Atención Humanizada del Aborto. Ministerio de Salud. Brasil. 2005. Norma Técnica para la Atención de los agravios (daños) resultantes de la violencia sexual contra las mujeres y las adolescentes. Brasil. 2005.

³⁵ Decreto 444 de 2006 que reglamenta aspectos de salud sexual y reproductiva; Resolución 3905 de 2006 que adopta la Norma Técnica sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Otras normas.

³⁶ Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (2006) y Reforma de Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el DF (2007).

Tales como exigir el sacrificio de la propia vida o sacrificios heroicos sobre la propia salud³⁷. Cuando se formulan desde un marco de derechos y salud pública, las normas se orientan a reducir barreras potenciales en la prestación del servicio y a minimizar los riesgos para la salud y favorecer un enfoque integral y con calidad.

Es importante advertir que en algunas ocasiones estas medidas pueden ser restrictivas o incluir interpretaciones que en la práctica operan como barrera para el servicio, las cuales es necesario evitar: la exigencia de juntas médicas para autorizar procedimientos, los listados cerrados de enfermedades, la demostración por medicina legal de una violación, la exigencia de especialistas para la realización de un procedimiento, la falta de límites en la práctica de la objeción de conciencia, etc.

El otro tipo de medidas, **la interpretación amplia de causales**, se refiere a la generación de herramientas y argumentos que permitan interpretar las causales existentes en forma amplia e integral en consonancia con el marco de derechos humanos. Una de las causales en las que se puede avanzar rápidamente es la causal salud que se refiere al supuesto de permisión legal para la interrupción del embarazo cuando el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer, puesto que pese a estar consagrado en la mayoría de los países de América Latina su aplicación ha sido limitada porque en la práctica los profesionales suelen interpretar los conceptos de riesgo y salud en forma restringida, por ejemplo entendiendo el riesgo para la salud solo como riesgo de muerte o la salud solo como afectación de su dimensión física. Estas restricciones en la aplicación de la causal salud han hecho que muchas mujeres no puedan acceder a servicios seguros y oportunos pese a la legalidad en esta circunstancia.

La interpretación amplia de la causal salud es una medida para evitar que se reduzca su aplicación a las situaciones extremas en que la mujer se encuentra en riesgo de muerte, y que en su lugar se amplíe su aplicación para proteger y procurar la salud y el bienestar de las mujeres en forma integral. La interpretación amplia de la causal salud, y su comprensión desde el marco de los derechos humanos, contribuye a enriquecer el discurso y la práctica de los y las profesionales de la salud y mirada favorece la comprensión de la relación entre salud y ejercicio de derechos. A partir de esta conjunción la interpretación sobre el derecho a la salud se amplía en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos según los cuales la salud es el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social. En este tipo de medidas es de gran utilidad tener en cuenta el principio pro hómíne que establece que siempre que haya dudas sobre la interpretación del marco legal, se debe aplicar la interpretación o norma que mejor se ajuste con los derechos de las mujeres entendiendo la relación existente entre el derecho a la salud y otros derechos humanos sin los cuales no es posible realizar tal derecho: autonomía, libertad, libre desarrollo de la personalidad. La relación de la salud con estos derechos se refleja en el respeto de las decisiones de las mujeres sobre su proyecto de vida, el bienestar y la calidad de vida.

C. Litigio en casos concretos

Este grupo de medidas busca que se amplíe el uso de las herramientas jurídicas existentes para lograr avances en materia de aborto. Si bien las transformaciones sobre aborto en materia jurídica han sido tradicionalmente ámbitos propios del legislador, en los últimos años se ha instalado en forma creciente el uso de las altas cortes, cuya función además de comparar normas abstractas, es la de controlar situaciones concretas de tal forma que estas se ajusten a la Constitución. Eso puede realizarse tanto en países donde

³⁷ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. Op. Cita.

hay mecanismos constitucionales explícitos para hacerlo –la tutela en Colombia³⁸– como a través de los jueces³⁹, llevando a procesos por responsabilidad civil.

El impacto de estas acciones puede ser alto porque sientan precedentes (jurisprudencia), al definir reglas específicas en función de las barreras identificadas en un caso concreto y porque no solo afectan a las partes involucradas en el litigio. La difusión de estos logros en forma amplia contribuye al final a cambiar los sistemas jurídicos o a cambiar precedentes y tienen un alto impacto social.

Dentro de los casos –que se apoyan en esta estrategia de litigio en casos concretos- de cortes nacionales podemos referir, casos de la Corte Constitucional de Colombia con pronunciamientos en temas críticos para el aborto como la objeción de conciencia, los requisitos para la prestación de servicios en casos de mujeres con discapacidad, la imposición de sanciones. En todos estos temas la Corte se ha pronunciado frente a casos concretos de mujeres y ha establecido normas y límites para el uso de la objeción de conciencia, ha explicado que los requisitos para la prestación de servicios no pueden ser fuente de barreras o cargas desproporcionadas y ha estipulado sanciones cuando se ha negado el acceso a los servicios de aborto legal. En términos generales, se puede destacar la legitimidad de una instancia como una alta corte nacional para crear condiciones que favorezcan el acceso de las mujeres a través del establecimiento de reglas concretas en distintos temas. Por otro lado, el espacio del litigio internacional puede contribuir a lograr avances en los niveles nacionales toda vez que están obligados a pronunciamientos acordes con los instrumentos de derechos humanos contribuyendo de esta manera al cambio en los sistemas jurídicos. De todos modos es importante señalar el riesgo de la judicialización del tema de aborto como se explicó antes.

D. Reducción de efectos negativos del aborto inseguro

El tipo de medidas agrupadas acá se caracterizan, principal pero no exclusivamente por buscar soluciones al aborto inseguro en contextos restrictivos -parcial o totalmente- en materia de despenalización del aborto. Si bien todas las medidas para avanzar en la conquista de derechos en el terreno del aborto, pretenden que las interrupciones se realicen en forma segura esto es, por profesionales debidamente capacitados y en servicios que cumplan los requisitos mínimos requeridos, aquellas que se llevan a cabo en contextos restrictivos tienen una preocupación particular por la seguridad del procedimiento para las mujeres, a fin de minimizar o eliminar los riesgos para su salud y su vida. Estas medidas pueden ser de tres tipos: la reducción de daños, el acceso al aborto con medicamentos y la expansión de la aspiración manual endouterina (AMEU). En cuanto a la primera, medida que ha sido adoptada en países como Uruguay, su propósito específico es la reducción del daño como una forma de reducir los efectos negativos del aborto inseguro derivados de contextos parcial o totalmente restrictivos. Incluyen medidas en dos momentos críticos, pre y post aborto. En la consulta pre las actividades propuestas para **la reducción de daño** se orientan a la provisión de información sobre el aborto provocado en condiciones de riesgo, entre otras, y a informar y disponer de cuidados de protección pre aborto que incluyen la administración preventiva de antibióticos. En la consulta post las medidas se orientan a detectar y prevenir complicaciones y brindar anticoncepción.

³⁸ La tutela es un mecanismo creado para la protección de derechos fundamentales, puede ser interpuesta por cualquier ciudadano ante un juez y tiene plazos definidos para su respuesta. Las tutelas tienen varias instancias para su resolución siendo la más alta de ellas la Corte Constitucional que revisa algunas de las muchas que son negadas en instancias inferiores. Sus pronunciamientos generan jurisprudencia en la materia respectiva.

³⁹ La participación de los jueces, no obstante, puede ser un proceso negativo, tal como ha sucedido en la Argentina donde se han dado en judicializar los abortos no punibles. Allí, sin que exista este requisito de ley, los profesionales de la salud desalentados por el contexto o movidos por sus propios prejuicios suelen poner a las mujeres y su posibilidad de interrumpir el embarazo en manos del juez. Esta judicialización suele convertirse en una barrera adicional a las muchas que las mujeres tienen que enfrentar en relación al aborto. Para un ejemplo consultar: Observatorio Argentino de Bioética. Aborto por motivos terapéuticos: artículo 86, inciso 1, del Código Penal Argentino. Documento N° 2. Proyecto Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires: FLACSO, 2006. p.15.

En general solo se recomienda para prevenir el daño en contextos restrictivos, mediante asesoría temprana que permita a las mujeres prevenir complicaciones derivadas del aborto inseguro, acudiendo al aborto con medicamentos.

Con respecto al **aborto con medicamentos** como lo sostiene la OMS se trata de un procedimiento sencillo y de costo asequible que debería estar disponible en los países. No obstante, es común que su uso no esté permitido para el aborto y que su uso cada vez mayor, se haga en forma desregulada por parte de las mujeres que acuden desesperadas al medicamento para poder interrumpir un embarazo en forma más segura. Así mismo, los medicamentos –misoprostol y mifepristona– gozan de amplia popularidad entre los profesionales de la salud. Hoy en día la expansión segura –legal y clínicamente– de los medicamentos es una medida de gran impacto en la salud pública en tanto ha contribuido a reducir la morbilidad y mortalidad por aborto, además de presentarse como una opción cómoda para las mujeres y de bajo costo. En términos prácticos la ampliación del uso de medicamentos depende a su vez de dos decisiones: el registro –como en el caso de la mifepristona que no tiene registro en países de América Latina- o la ampliación de indicación, cuando como en el caso del misoprostol en una buena parte de los países, ya cuenta con registro pero está indicada sobre todo para uso gástrico. El aborto con medicamentos representa un factor de autonomía para las mujeres, al tiempo que les brinda acceso a un procedimiento sencillo.

Finalmente, **la expansión de la Aspiración Manual Endouterina/AMEU** que es una técnica altamente efectiva y segura para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre de gestación debería ser objeto de medidas que permitan su amplia disponibilidad en los servicios. Esta técnica debe ser un recurso tanto en países donde existen causales como en aquellos donde los protocolos contienen orientaciones solamente para el manejo del post-aborto en tanto permite la realización de la interrupción en etapas tempranas de la gestación e involucra a los equipos de salud en el tema del aborto, y por tratarse de un método sencillo sirve para generar comodidad con el procedimiento. Es por último, una técnica con alto costo/efectividad: bajo costo, baja complejidad, bajas complicaciones, bajos efectos secundarios para las mujeres.

E. Fortalecimiento de redes de proveedores

Todas las medidas mencionadas en los apartados anteriores implican un trabajo continuado con los equipos de salud –incluidos profesionales de las diversas áreas- a fin de comprometerlos con la salud de las mujeres y la garantía de sus derechos, y que este compromiso se refleje en una atención humanizada, integral, oportuna y segura. En otras palabras, tanto la reducción del riesgo como el acceso a medicamentos o la AMEU precisan profesionales debidamente capacitados tanto en los aspectos técnicos del aborto como en los elementos de derechos humanos y éticos. De la misma manera, la adopción de las medidas de despenalización y legalización así como las de exigibilidad de derechos, van a concretarse en la prestación de servicios en la medida en que los profesionales estén abiertos a ello⁴⁰.

Pero el fortalecimiento de las redes de servicios, si bien se asienta de manera fundamental en el trabajo con los equipos de salud, implica una serie de medidas que abarcan: desarrollo de organizaciones capaces de brindar atención integral –condiciones de infraestructura, consejería, asesoría post-aborto, anticoncepción, entre otras- y de operar en contextos con niveles variables de restricción frente al aborto.

⁴⁰ En Guatemala durante el año 2006 se llevó adelante una estrategia para humanizar el acceso a métodos anticonceptivos en un conjunto de hospitales de todo el país. 22 hospitales públicos que atendieron cerca de 33 mil mujeres recibieron consejería y fueron informadas sobre los riesgos del aborto realizado en condiciones inseguras. Al inicio de este trabajo, sólo el 31% de las mujeres que acudían al servicio recibían esta información, y al finalizar la intervención de humanización, cerca del 96% de las mujeres la recibía (Kestler et al., 2009).

F. Prevención del embarazo no deseado

De la mano de las medidas orientadas a promover el aborto legal y seguro, los gobiernos deben impulsar políticas de educación sexual y políticas o programas de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la promoción de la planificación familiar y la prevención de la violencia contra las mujeres, por sus efectos positivos a nivel de prevención de los embarazos no deseados y porque favorecen el acceso de información para el uso adecuado de métodos anticonceptivos y la búsqueda de servicios seguros de aborto. Estas medidas deben incluir la realización de campañas con información sobre aborto y derechos sexuales reproductivos, que permita sensibilizar a los prestadores de servicios de salud y a las mujeres.

G. Sobre sistemas de información

A la par con las medidas propuestas en las distintas categorías, se hace clave reforzar las acciones que buscan fortalecer los sistemas de información sobre la situación de las mujeres, con énfasis en los asuntos relativos a su autonomía física y particularmente la SSR y el aborto. Dentro de estas, las medidas más importantes son: la realización de estudios de costo efectividad del aborto seguro, el impacto positivo de la legalización y el acceso al aborto seguro sobre la morbilidad y mortalidad de las mujeres, el impacto negativo del aborto inseguro sobre la salud de las mujeres y sobre los sistemas de salud, etc.

En esta misma línea sería deseable crear indicadores de procesos y resultados que permitan dar cumplimiento a los compromisos internacionales sobre reducción de la mortalidad materna orientados al monitoreo y evaluación del cumplimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, acceso, disponibilidad, y calidad de los servicios de aborto. En armonía con las recomendaciones de los órganos de seguimiento creados en virtud de los tratados de derechos humanos, se sugiere sistematizar información sobre mujeres provenientes de zonas rurales y minorías étnicas por el alto porcentaje de mujeres indígenas que no tiene acceso a servicios de calidad frente al aborto y sus derechos reproductivos, así como medir el impacto de los servicios de aborto y salud reproductiva para mujeres de escasos recursos económicos, en la medida que el aborto está asociado con mayor riesgo y está estrechamente vinculado con la condición socioeconómica de la mujer.

Por último, dar cumplimiento a los indicadores estructurales, de proceso y de resultados sobre salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva propuestos por la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. De igual forma, para los Estados de Latinoamérica y el Caribe implementar los indicadores en progreso propuestos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos con fundamento al Protocolo de San Salvador y diseñar medidas o mecanismos para dar cumplimiento a las recomendaciones del Comité de la CEDAW y demás comités de Naciones Unidas, en especial sobre la reducción de la mortalidad materna producto de abortos ilegales.

A manera de conclusión

La situación de los países incluidos en este estudio es variada en cuanto a las circunstancias en las que está permitida o prohibida la realización de un aborto. No obstante, es posible que en los niveles nacionales se lleven a cabo acciones en distintos niveles y se establezcan medidas de diversos tipos para que de forma incremental se avance en la garantía y protección de los derechos humanos de las mujeres, cuando estos se afectan como consecuencia de un aborto inseguro. Este estudio y las recomendaciones aquí incluidas buscan contribuir a este avance, de tal forma que con acciones y medidas concretas los países respondan al desafío de la promoción de la autonomía de las mujeres y la igualdad de género asumido en el Consenso de Brasilia.

Bibliografía

- Cuba (1987), Código Penal, ley N° 62 [en línea], <http://www.cubaminrex.cu> [28 de marzo de 2011].
- Barbados (1983), *Medical Termination of Pregnancy Act* (Act N° 4), 11 de febrero.
- Belize (1980), *Criminal Code*, Ordinance N° 33, Section 108, Abortion, Miscarriage and Child Destruction, 18 de diciembre.
- CENWOR (Center for Women's Research) (2004), *CEDAW Indicators for South Asia*, agosto, pág. 8.
- Centro de Derechos Reproductivos (2007), Aspectos a considerar en la elaboración de leyes sobre aborto que respeten los derechos de las mujeres, Hoja Informativa, Nueva York, pág. 1.
- Centro de Derechos Reproductivos (2008), *Los derechos reproductivos a la vanguardia*, pág. 48. Disponible en: www.reproductiverights.org. [Consulta: 25 de marzo de 2011].
- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (2008), "*Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, El Salvador*", párrafos 35, 36 (CEDAW/C/SLV/CO/7) [en línea], <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=CEDAW/C/SLV/CO/7> [28 de marzo de 2011].
- CLACAI (Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro) e IPAS (2010), *Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe*, Lima, pág. 2.
- México (1931), *Código Penal Federal de México*, art. 332, publicado en Diario Oficial de la Federación, 14 de agosto. Última reforma publicada DOF 10-05-2011 [en línea] <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9.pdf> [27 de marzo de 2011].
- Panamá (2007), *Código Penal*, ley N° 14, artículo 142, mayo.

- Naciones Unidas, Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (2010), Informe sobre el 54° período de sesiones (13 de marzo y 14 de octubre de 2009 y 1 a 12 de marzo de 2010), Consejo Económico y Social, *Documentos Oficiales*, 2010, Suplemento núm. 7 (E/2010/27-E/CN.6/2010/11).
- CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2007), Informe de solución amistosa N° 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, Washington, 9 de marzo.
- CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) (2008), Reporte alternativo sobre el cumplimiento del Estado de Guatemala de los compromisos de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Guatemala, noviembre, pág. 24.
- CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) (2009), *Los derechos de las mujeres en clave feminista, Experiencias del CLADEM*, Lima, pág. 114.
- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (1994), *Recomendación General N° 21*, 13° período de sesiones, párrafo 22, Nueva York.
- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (1999), *Recomendación General N° 24*, 20° período de sesiones, párrafo 31.
- Naciones Unidas, CAT (Comité contra la Tortura) (2009), *Observaciones finales del Comité contra la Tortura, Nicaragua*, párrafos 16-17 (CAT/C/NIC/CO/1), 10 de junio.
- Naciones Unidas, CAT (Comité contra la Tortura) (2004), *Observaciones finales del Comité contra la Tortura, Chile* (CAT/C/CR/32/5), 14 de junio.
- Naciones Unidas (1995), *Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Nicaragua* (CRC/C/15/Add.36), 20 de junio.
- Naciones Unidas, CAT (Comité contra la Tortura) (2004), *Observaciones finales del Comité contra la Tortura, Chile* (CAT/C/CR/32/5), 14 de junio.
- Naciones Unidas, CAT (Comité contra la Tortura) (2009), *Observaciones finales del Comité contra la Tortura, Nicaragua*, párrafos 16-17 (CAT/C/NIC/CO/1), 10 de junio.
- Naciones Unidas (1993), *Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena* (A/CONF.157/23), 12 de julio.
- Naciones Unidas (1993), *Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena* (A/CONF.157/23), 12 de julio.
- Naciones Unidas (1994), *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994, Programa de Acción*, cap. VIII, Salud, morbilidad y mortalidad. Medidas que deben adoptar los gobiernos, Artículo 8.25.
- CLACAI (Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro) e IPAS (2010), *Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe*, Lima.
- Corte Europea de Derechos Humanos (2010), Sentencia caso A, B and C v. Ireland, Application N° 25579/05, 16 de diciembre.
- Fernández, María M. y otros (2009), "Assessing the global availability of misoprostol", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 105, N° 2, mayo, págs. 180-186.
- Fine Johanna (2007), "The World's Abortion Map" [en línea], Center for Reproductive Rights, Nueva York, http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Abortion%20Map_FA.pdf. 2011 [26 de marzo de 2011].
- Fries, Kena Lorenzini y Ximena Zavala (2006), *Informe Sombra CEDAW, Chile, 2003-2006*, pág. 38.
- González, Ana Cristina (2007), *Aborto Legal: regulaciones sanitarias comparadas*, Montevideo, IPPF/RHO.
- González, Ana Cristina y Juanita Durán (2009), *Causal Salud, Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, Bogotá, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, pág. 21.
- Grimes, David A. y otros (2006), "Unsafe abortion: the preventable pandemic", *The Lancet*, vol. 368, N° 9552, págs. 1908-1919, 25 de noviembre.

- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2010), Los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México [en línea] Hoja Informativa, México D.F., nueva edición, noviembre http://www.gire.org.mx/publica2/derechoslegislacionpp_2010.pdf [29 de marzo de 2011].
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), *Paulina en el nombre de la ley* (2000) y *Paulina cinco años después* (2004), Serie temas para el debate, México D.F., pág. 13.
- Guyana, Medical Termination of Pregnancy Act 1995 (Act N° 7, 14 June), Termination of Pregnancy N° 6.
- Hessini, Leila (2005), “Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assessment of the Decade since ICPD”, *Reproductive Health Matters*, vol. 13, N° 25, págs. 88-100.
- Naciones Unidas (1996), *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre* (A/CONF.177/20/Rev.1), 1° de enero.
- Naciones Unidas (2006), *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (E/CN4/2006/48), 62ª sesión de la Comisión de Derechos Humanos, 3 de marzo de 2006.
- Naciones Unidas (2009), *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (A/64/272), párrafo 54, Asamblea General, 10 de agosto.
- Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (2004), Informe del Relator Especial (E/CN.4/2004/49), 60° período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos, 16 de febrero.
- IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos) (2004), *Convención CEDAW y Protocolo Facultativo*, San José de Costa Rica, segunda edición, pág. 38.
- Jaramillo, Isabel Cristina y Tatiana Alfonso (2008), *Mujeres, cortes y medios: la reforma judicial del aborto*, Bogotá, Siglo del Hombre Editores y Uniandes, pág. 90.
- Kestler, Edgar y otros (2009), “Humanizing Access to Modern Contraceptive Methods in National Hospitals in Guatemala, Central América”, *Contraception*, vol. 80, N° 1, págs. 68-73.
- Guyana (1995), Ley N° 7, 14 de junio.
- España (2010), Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 2/2010 [en línea] 3 de marzo. <http://www.msps.es/novedades/saludSexualIVE/home.htm> [22 de abril de 2011].
- McNaghtan LJ R v Bourne 1938 Crown Cour. Rex v Borne, 1938.
- Uruguay (2004), Ministerio de Salud del Uruguay, Ordenanza 369.
- Naciones Unidas (2008), *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008*, Nueva York.
- Naciones Unidas (2008), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Bolivia* (E/C.12/BOL/CO/2), 16 de mayo.
- Naciones Unidas (2006), *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: México* (E/C.12/MEX/CO/4), 9 de junio.
- Naciones Unidas (2008), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Uruguay*, párrafos 38-39 (CEDAW/C/URY/CO/7), 14 de noviembre.
- Naciones Unidas (1997), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Antigua y Barbuda*, Part II, párrafos 258-272 (A/52/38/Rev.1), 16 de julio.
- Naciones Unidas (2006), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile*, párrafos 19-20 (CEDAW /C/CHI/CO/4), 25 de agosto.
- Naciones Unidas (2008), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Ecuador*, párrafos 38-39 (CEDAW/C/ECU/CO/6), 25 de agosto.
- Naciones Unidas (2010), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Argentina*, párrafos 37-38 (CEDAW /C/ARG/CO/6), 30 de julio.
- Naciones Unidas (2009), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Guatemala*, párrafos 35-36 (CEDAW/C/GUA/CO/7), 10 de febrero.
- Naciones Unidas, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Argentina*, 2010; Ecuador, 2008; Chile, 2006.

- Naciones Unidas (2007), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Colombia*, párrafos 22-23 (CEDAW/C/COL/CO/6), 2 de febrero.
- Naciones Unidas (2008), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Bolivia*, párrafos 42-43 (CEDAW/C/BOL/CO/4), 8 de abril.
- Naciones Unidas (2006), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México*, párrafos 32-33 (CEDAW/C/MEX/CO/6), 25 de agosto.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007), *Lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud*, Ginebra, 15ª edición.
- Naciones Unidas, “Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo, Resumen del programa de acción”, capítulo VII, [en línea] <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm> [22 de abril de 2011].
- Romero, Mariana, Silvina Ramos y Nina Zamberlin (2006), *El aborto con medicamentos: una opción para la interrupción legal del embarazo*, Hoja Informativa, México D.F., GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida.
- Stanchieri, Julie, Isfahan Merali y Rebecca J. Cook (2005), *The Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health: a Compilation of the Work of International Human Rights Treaty Bodies*, International Programme on Reproductive and Sexual Health Law Faculty of Law, University of Toronto, Toronto, Action Canada for Population and Development.
- Távora Orozco, Luis y otros (2008), “Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe”, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, N° 54, págs. 253-263.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Abortion Policies*. 2011.
- WHO (World Health Organization) (2010), *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*, Ginebra.
- WHO (World Health Organization) (2011), *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, Ginebra, sexta edición.

Anexos

Anexo 1

RECOMENDACIONES DE LA CEDAW A ESTADOS DONDE SE ENCUENTRA PENALIZADO TOTALMENTE EL ABORTO

| Estado | Preocupación | Recomendación |
|--|--|---|
| CHILE Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile, 2006, CEDAW/C/CHI/CO/4, párrafos 19-20. | El Comité también insta al Estado Parte a que reduzca las tasas de mortalidad materna mediante servicios de maternidad segura y asistencia prenatal, y a que adopte medidas para garantizar que las mujeres no tengan que buscar procedimientos médicos inseguros, como los abortos ilegales, debido a la falta de servicios adecuados en relación con el control de la fecundidad | El Comité recomienda que el Estado Parte considere la revisión de las leyes relativas al aborto con miras a suprimir las disposiciones punitivas aplicables a las mujeres que se someten a abortos y les dé acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos inseguros y reduzca las tasas de mortalidad materna, de conformidad con la recomendación general 24, relativa a la mujer y la salud, y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. |
| EL SALVADOR Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, El Salvador, 2008, CEDAW/C/SLV/CO/. | El Comité está preocupado también por las contradictorias estadísticas disponibles sobre la mortalidad materna, que no le permitieron comprender exactamente la situación. El Comité está alarmado por la alta incidencia de alumbramientos entre las adolescentes, así como por el elevado número de abortos ilegales, incluso entre mujeres muy jóvenes, que tienen consecuencias negativas en la salud física y mental de las mujeres (...) | El Comité señala a la atención su recomendación general No. 24 y recomienda que se investiguen ampliamente las necesidades concretas de salud de las mujeres, incluida la salud reproductiva. (...) El Comité insta al Estado parte a facilitar un diálogo nacional sobre el derecho de las mujeres a la salud reproductiva, incluyendo las consecuencias de las leyes restrictivas del aborto. |
| NICARAGUA Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Nicaragua, CEDAW/C/NIC/CO/6, 2007. | (...) El Comité observa asimismo con preocupación la elevada tasa de mortalidad materna, en particular el número de defunciones a causa de abortos practicados ilegalmente o en condiciones peligrosas. El Comité observa además con preocupación 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 practicados en condiciones peligrosas, con los consiguientes riesgos para su vida y su salud, y para imponer sanciones severas a las mujeres que se sometan a abortos ilegales, así como a los profesionales de la salud que proporcionen asistencia médica para tratar las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones peligrosas. | el Comité insta al Estado Parte a que adopte medidas concretas para mejorar el acceso de la mujer a servicios de atención médica, en particular a servicios de salud sexual y reproductiva, de conformidad con el artículo 12 de la Convención y la recomendación general 24 del Comité, relativa a la mujer y la salud. (...) El Comité recomienda al Estado Parte que considere la posibilidad de revisar la legislación relativa al aborto con miras a suprimir las disposiciones punitivas aplicables a las mujeres que abortan, que les proporcione servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones peligrosas y que reduzca la tasa de mortalidad materna de conformidad con la recomendación general 24 del Comité, relativa a las mujeres y la salud y la Plataforma de Acción de Beijing ¹ . |
| HONDURAS Observaciones finales Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Honduras: CEDAW/C/HON/CO/6, 2007, párrs 24-25. | El Comité está preocupado también porque el aborto esté tipificado como delito en todas las circunstancias, incluso cuando el embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la mujer y cuando sea el resultado de violación o incesto. | el Comité recomienda que 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 (...). |

(continúa)

(conclusión)

REPÚBLICA
DOMINICANA

Observaciones finales
del Comité para la
Eliminación de la
Discriminación contra
la Mujer: República
Dominicana CEDAW/C/
DOM/5, párrafos
308,309.

El Comité también expresa su preocupación por los elevados Índices de mortalidad y morbilidad femenina, una de cuyas primeras causas son los abortos inseguros.

309. El Comité recomienda que se adopten medidas para garantizar el acceso efectivo de las mujeres, especialmente las jóvenes, las de grupos desfavorecidos y las del medio rural, a la información y los servicios de atención de la salud, en particular los relacionados con la salud sexual y reproductiva y con la prevención del cáncer. Esas medidas son esenciales para reducir la mortalidad derivada de la maternidad e impedir que se recurra al aborto y proteger a la mujer de sus efectos negativos para la salud. En tal sentido el Comité 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.

Fuente: Elaboración propia sobre información oficial de los países.

Anexo 2

RECOMENDACIONES DE LA CEDAW A ESTADOS DONDE SE ENCUENTRA DESPENALIZADO EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS

| Estado | Preocupación | Recomendación |
|--|--|---|
| BOLIVIA Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Bolivia, 2008, CEDAW/C/BOL/CO/, párrafos 42-43. | 42. (...)El Comité se muestra asimismo preocupado por las dificultades existentes en el acceso al aborto legal —terapéutico o por razones éticas— debido, entre otras cosas, a la falta de reglamentación de las disposiciones legales en vigor, y el consiguiente recurso de muchas mujeres al aborto ilegal en condiciones de riesgo. | 43. (...) El Comité insta al Estado Parte a que proceda a la reglamentación de las disposiciones legales vigentes, relativas al derecho al aborto terapéutico de las mujeres bolivianas. Asimismo, el Comité insta al Estado Parte a que permita que las mujeres accedan a servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo de cara a reducir las tasas de mortalidad materna. |
| COLOMBIA Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Colombia CEDAW/C/ COL/CO/6, 2007, párrs. 22-23. | (...)En particular, son motivo de preocupación para el Comité la gran cantidad de abortos ilegales y en condiciones de riesgo que se practican y la mortalidad materna conexas, así como la posibilidad de que, en la práctica, las mujeres puedan no tener acceso a los servicios para la interrupción del embarazo de forma legal o a la atención médica garantizada para el tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos ilícitos y practicados en condiciones de riesgo. | 23. (...) Pide al Estado Parte que refuerce las medidas dirigidas a prevenir los embarazos no deseados, entre otras cosas, aumentando los conocimientos y la información acerca de diferentes métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar que existen para las mujeres y las niñas, así como el acceso a ellos, y adopte medidas para evitar que las mujeres recurran a procedimientos médicos de riesgo, como el aborto ilegal, debido a la falta de servicios adecuados de planificación familiar y anticoncepción o a su inaccesibilidad. |
| MÉXICO Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, México, CEDAW/C/ MEX/CO/, 2006, párrs. 32-33. | 32. (...) 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. | 33. (...) El Comité pide al Estado Parte que armonice la legislación relativa al aborto a los niveles federal y estatal. Insta al Estado Parte a aplicar 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. |
| PANAMÁ Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Panamá, 2010, CEDAW/C/PAN/ CO/7 | 42. El Comité observa con preocupación la elevada tasa de mortalidad materna en el Estado parte, causada principalmente por la falta de atención médica apropiada, en particular para las mujeres y las adolescentes de zonas rurales y las indígenas. El Comité está preocupado además porque, debido a las dificultades para aplicar la legislación vigente en el Estado parte, muchas mujeres no pueden tener acceso al aborto legal, por lo que se ven obligadas a recurrir a abortos ilegales (...) | 43. (...) El Comité insta al Estado parte a que establezca reglamentos para ejecutar las leyes vigentes relativas al derecho de las mujeres al aborto y que otorgue a las mujeres acceso a servicios de calidad para el tratamiento de complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo. Invita al Ministerio de Salud a que emprenda una investigación o un estudio a fondo sobre los abortos en condiciones de riesgo y sus efectos para la salud de la mujer, sobre todo la mortalidad materna, que servirá como base para la adopción de medidas legislativas y normativas. |

(continúa)

(conclusión)

| | | |
|--|--|--|
| <p>VENEZUELA Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Venezuela, CEDAW/C/VEN/ CO/6, 2006, párrs. 31-32</p> | <p>(...) el Comité lamenta la falta de información detallada acerca de las razones y consecuencias del aborto, que ocupa el tercer lugar entre las causas de la mortalidad derivada de la maternidad en el Estado Parte.</p> | <p>El Comité pide al Estado Parte que realice una encuesta sobre las razones de las elevadas tasas de muertes causadas por los abortos y que adopte medidas, entre ellas medidas legislativas y de política pública, dirigidas a reducir y eliminar los riesgos conexos. Además, invita al Estado Parte a incorporar en su próximo informe periódico información y datos detallados sobre la incidencia, las causas y las consecuencias del aborto, así como los efectos de las medidas tomadas, desglosados por grupos de edad.</p> |
|--|--|--|

Fuente: Elaboración propia sobre información oficial de los países.

Anexo 3

FIRMA Y RATIFICACIONES DEL PROTOCOLO DE LA CEDAW DE LOS ESTADOS DE LA CEDAW

| Estado participante | Firma | Ratificación |
|--------------------------------------|-------------|--------------|
| Andorra | 9 Jul 2001 | 14 Oct 2002 |
| Antigua and Barbuda | | 5 Jun 2006 a |
| Argentina | 28 Feb 2000 | 20 Mar 2007 |
| Belice | | 9 Dic 2002 a |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 10 Dic 1999 | 27 Sep 2000 |
| Brasil | 13 Mar 2001 | 28 Jun 2002 |
| Chile | 10 Dic 1999 | |
| Colombia | 10 Dic 1999 | 23 Jun 2007 |
| Cuba | 17 Mar 2000 | |
| República Dominicana | 14 Mar 2000 | 10 Ago 2001 |
| Ecuador | 10 Dic 1999 | 5 Feb 2002 |
| El Salvador | 4 Abr 2001 | |
| Guatemala | 7 Sep 2000 | 9 May 2002 |
| México | 10 Dec 1999 | 15 Mar 2002 |
| Panamá | 9 Jun 2000 | 9 May 2001 |
| Paraguay | 28 Dic 1999 | 14 May 2001 |
| Perú | 22 Dic 2000 | 9 Abr 2001 |
| Portugal | 16 Feb 2000 | 26 Abr 2002 |
| España | 14 Mar 2000 | 6 Jul 2001 |
| Uruguay | 9 May 2000 | 26 Jul 2001 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 17 Mar 2000 | 13 May 2002 |

Fuente: Elaboración propia sobre información oficial de los países.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

mujer y desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

110. Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe, (LC/L.3417), 2011.
109. Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina?, (LC/L.3416), 2011.
108. La paridad política en América Latina y el Caribe. Percepciones y opiniones de los líderes de la región, (LC/L. 3407), 2011.
107. Uso del tiempo de mujeres y hombres en Colombia. Midiendo la inequidad, (LC/L.3298-P), N° de venta: S.11.II.G.19, 2011.
106. Honduras: una aproximación a la situación de las mujeres a través del análisis de los indicadores de género, (LC/L.3283-P), N° de venta: S.11.II.G.8, 2011.
105. Agendas legislativas y parlamentarias para el desarrollo de los derechos de las mujeres en América Latina y el Caribe, (LC/L.3234-P), N° de venta: S.10.II.G.36, 2010.
104. Reunión Internacional sobre buenas prácticas de políticas públicas para el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe, (LC/L.3231-P), No de venta: P.10.II.G.34, 2010.
103. Indicadores de saúde reproductiva na América Latina e no Caribe, Jaqueline Pitanguy, Ligia Costa e Andrea Romani, (LC/L.3227-P), No de venta: P.10.II.G.33, 2010.
102. National mechanism for gender equality and the empowerment of women in Latin America and the Caribbean region, María Dolores Fernós, (LC/L.3203 P), N de venta: E.10.II.G.18, 2010.
101. La dimensión de género en la reforma previsional chilena (Ley N 20.255 de reforma de pensiones), Sonia Yáñez, (LC/L.3199-P), N de venta: S.10.II.G.11, 2010.
100. Panorama del sistema previsional y género en Uruguay. Avances y desafíos, Rosario Aguirre y Lucía Scuro Somma, (LC/L.3190-P), N de venta: S.10.II.G.17, 2010.
99. Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, Lorena Fries y Victoria Hurtado, (LC/L.3174-P), N de venta: S.09.II.G.148, 2010.
98. La crisis económica y financiera. Su impacto sobre la pobreza, el trabajo y el tiempo de las mujeres, Sonia Montaña y Vivian Milosavljevic, (LC/L.3168-P), N de venta: S.09.II.G.144, 2009.
97. Estrategias de desarrollo y equidad de género: Una propuesta de abordaje y su aplicación al caso de la IMANE en México y Centroamérica, Noemí Giosa Zuazúa y Corina Rodríguez Enríquez, (LC/L.3154- P) N de venta: S.09.II.G.137, 2009.
96. Los objetivos del Milenio en Bogotá D.C.: propuesta de indicadores con enfoque de género, Ana Isabel Arenas Saavedra, (LC/L.3141-P), N de venta: S.09.II.G.1140, 2009.

El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail:

