

Audiencia Temática
COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
153º Período de sesiones
Washington - 30 de octubre de 2014
DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES DE AMERICA LATINA Y EL
CARIBE¹

PRESENTACIÓN

El presente informe refleja la situación actual de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en América Latina y el Caribe hispano y el patrón de violación de los mismos. Estos derechos se constituyen, en el nudo central del patriarcado, donde los fundamentalismos en alianza con los poderes públicos, no permiten un avance significativo del cumplimiento de las obligaciones asumidas y ratificadas por los Estados de la región a pesar de las reiteradas recomendaciones de diversos Comités Monitores de derechos humanos.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos enfrentan obstáculos en su disfrute ante restricciones legales y de las prácticas cotidianas a nivel público y privado, Los campos de la sexualidad y la reproducción abarcan no solamente los cuerpos y las subjetividades, sino también las familias y los proyectos de vida de las mujeres de todas las edades y condiciones.

Para que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, esto es: elegir los modos más satisfactorios, seguros y placenteros para ejercer su sexualidad, y elegir si tener hijos o no, cuando y cuantos, y tener acceso a los medios para lograrlo, se deben abordar dos ámbitos: a) la esfera privada, en la intimidad de cada casa, y; b) la esfera pública, que podemos englobar de manera general en cómo los Estados nacionales brindan servicios – a través de sus políticas públicas. El informe evidencia la falta de debida diligencia estatal para disminuir la mortalidad materna en la región, la provisión de insumos y el acceso a servicios adecuados y de calidad.

Así como la propia CIDH² ha constatado, muchas mujeres en situación de exclusión están más propensas a sufrir una afectación a su derecho a la integridad física, psíquica y moral, en su acceso a servicios de salud materna -como consecuencia de barreras relacionadas a la ausencia o insuficiencia de perspectiva de género, y por las diferentes formas de discriminación que las mujeres históricamente han enfrentado en distintos niveles.

Las organizaciones de mujeres y feministas hemos monitoreado, denunciado y demandado desde hace más de dos décadas el cumplimiento de las deudas pendientes que tienen los Estados, que no aseguran el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y por lo tanto, imposibilita la protección y garantía de los Derechos Humanos.

Agradecemos por todas las contribuciones y el apoyo³ recibido y esperamos lograr que la audiencia temática contribuya a aportar información y peticionar para que la CIDH reafirme las obligaciones de los

¹ En este documento nos referiremos solamente al Caribe latino.

² CIDH-OEA (2010). “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de DDHH”.

³ Agradecemos la colaboración de Cristina Zurutuza (Argentina), así como el compromiso de diversas personas a cargo de CLADEMs de diversos países, que compilaron la información técnica que presentamos.

Estados de la región de respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal y a la autonomía de las mujeres. Asimismo, que contribuya a resolver las desigualdades en el acceso de grupos vulnerabilizados de mujeres que han sido históricamente marginadas del goce efectivo de este derecho,

I. INTRODUCCIÓN

En el marco del 153° periodo de sesiones de la CIDH, organizaciones aliadas peticionamos la Audiencia temática sobre *“Situación de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres en América Latina y el Caribe”* con el objetivo de evidenciar los patrones sistemáticos de violación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en la región, esperando que la CIDH pueda hacer un llamado a los Estados Parte a cumplir con sus obligaciones, superar las deficientes respuestas a las demandas y eliminar todos las barreras para que las mujeres gocen plenamente de los DSR como derechos humanos.

El presente documento recoge los resultados del Balance Regional sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos desarrollado por CLADEM durante el año 2013, en ocasión del proceso de seguimiento de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo, setiembre 1994. Su base fue una investigación⁴ desarrollada en 13 países de la región⁵, y fue enriquecido por aportes de otros documentos, como informes sombra, otras presentaciones ante la CIDH, y sobre todo, la visión de las redes copeticionantes que permite presentar una visión multicultural y que visibiliza la discriminación múltiple de las mujeres de nuestra América Latina y Caribe.

Esta audiencia ha sido copeticionada por el **Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM)**, y varias redes y alianzas regionales que defienden los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en la región de América Latina y el Caribe Hispano, ellas son: la Red de Mujeres Afro latinoamericana Afrocaribeñas y de la Diáspora, (RMAA), la Red de Educación Popular entre Mujeres de Latinoamérica y el Caribe (REPEMLAC), la Red de Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), el Enlace Continental de Mujeres Indígenas (ECMIA), la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) y la Alianza por la Convención Interamericana de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

El **Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM)**, es una red regional feminista⁶ independiente, no gubernamental, que desde hace 27 *articula a personas y organizaciones feministas de América Latina y el Caribe, buscando aportar desde un enfoque jurídico político a la transformación social y a la construcción de democracias radicales, con una perspectiva de interseccionalidad, que reconoce la diversidad cultural, étnico-racial, sexual y social, para el pleno ejercicio y disfrute de los derechos humanos de las mujeres*⁷. Trabaja desde su fundación en 1987 sin interrupción en la defensa y promoción de los derechos humanos de las mujeres, para contribuir a su plena vigencia y ejercicio en Latinoamérica y el Caribe, utilizando el derecho como una herramienta de cambio. Posee

⁴ Se utilizó la metodología de Informante clave. Periodo de recolección de la información: diciembre 2012 a abril 2013.

⁵ Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay.

⁶ Poseemos status consultivo en la Categoría II ante las Naciones Unidas (UN ECOSOC), la OEA y la UNESCO. Asimismo tenemos reconocimiento para participar en las actividades de la OEA. Actualmente estamos presentes en quince países de América Latina y el Caribe: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay.

⁷ Visión aprobada en la asamblea del 2010.

articulaciones nacionales en 15 países, en los cuales organizaciones y personas desarrollan acciones de litigio internacional, monitoreo y formación⁸.

La **Red de Mujeres Afro latinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora (RMAA)**⁹, es un espacio de articulación y empoderamiento de las mujeres afrodescendientes para la construcción y reconocimiento de sociedades democráticas, equitativas, justas, multiculturales y libres de racismo, sexismo y de exclusión, y promoción de la interculturalidad. Tiene por objetivo entre otros visibilizar la realidad de discriminación y violación de los derechos humanos que viven las mujeres afrodescendientes, en los ámbitos socioeconómicos, políticos y culturales.

La **Red de Educación Popular entre Mujeres de Latinoamérica y el Caribe REPEM LAC**¹⁰, Es un espacio de encuentro y construcción colectiva de nuestra identidad como mujeres tejedoras de pensamiento, y de una apuesta política por una educación no sexista, incluyente, y sin discriminación para las niñas y las mujeres, por una educación a lo largo de toda la vida. Desarrolla sus actividades en América Latina y el Caribe desde 1981¹¹, su experiencia se basa en el desarrollo de actividades, acciones y elaboración de propuestas sostenidas en incidencia política con perspectiva de género, buscando el empoderamiento de las mujeres que se encuentran en condiciones y situaciones de discriminación, desigualdad, violencia y pobreza en los distintos países de la Región.

La **Red de Católicas por el Derecho a Decidir (CDD)**¹², es un movimiento autónomo de personas católicas y feministas, comprometidas con la búsqueda de la justicia social en América Latina y El Caribe. Promueve el cambio de los patrones culturales que limitan en las sociedades, la autonomía de las personas, especialmente de las mujeres. Actúa a partir del pensamiento teológico feminista, que afirma la justicia social, la plurireligiosidad y la validez moral de las decisiones tomadas por las mujeres. Defiende el derecho de las mujeres a la autonomía, a decidir sobre su cuerpo y a la vivencia placentera de su sexualidad. Promueve y defiende los derechos de las mujeres y jóvenes, particularmente los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la equidad en las relaciones de género, la laicidad de los estados, entre otros. La red CDD fue creada en 1996, y actualmente está conformada por 11 países de América Latina, y España como país Asociado.

El **Enlace Continental de Mujeres Indígenas (ECMIA)**¹³, es un espacio de articulación y empoderamiento de las mujeres afrodescendientes para la construcción y reconocimiento de sociedades democráticas, equitativas, justas, multiculturales y libres de racismo, en el que visibilizan la realidad de discriminación y violación de los derechos humanos que viven las mujeres y jóvenes afrodescendientes, en los ámbitos socioeconómicos, políticos y culturales. Impulsa programas que contribuyan al desarrollo integral y proteger la salud sexual y reproductiva de las mujeres y jóvenes afrodescendientes, así como fomentar el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos. Además incidir en instancias gubernamentales e

⁸ www.cladem.org Para el cumplimiento de nuestros objetivos políticos, trabajamos desde una perspectiva socio jurídica, interconectando los ámbitos local, regional e internacional, actuando desde el campo del derecho para promover, en conjunto con otras-os actoras-es políticas-os apuntando a que los avances se traduzcan en el ejercicio de una ciudadanía plena de las mujeres. En nuestra trayectoria de trabajo, buscamos desarrollar estrategias y acciones destinadas a incidir en los estados nacionales y en el sistema internacional y regional de ddhh.; y también en la sociedad civil a nivel nacional y regional, para lograr una normativa que sea capaz de promover la exigibilidad de los derechos humanos de las mujeres de la región, contribuyendo en los procesos de formulación de leyes y políticas públicas y que los cambios ayuden a transformar individual y colectivamente la vida de las mujeres

⁹ <http://www.mujeresafro.org/>

¹⁰ <http://www.repem.org/>

¹¹ Es una entidad civil sin fines de lucro que cuenta con la participación de 65 instituciones, organizaciones y grupos de mujeres en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

¹² <http://catolicasporelderechoadecidir.net/inicio.php>

¹³ <http://ecmia.org/>

intergubernamentales para la implementación de políticas públicas que afirmen modelos de desarrollo sustentado en el reconocimiento y respeto de las identidades étnicas, raciales y de género. La RMAAD nace en 1992, conformándose como un espacio de articulación de movimientos de mujeres negras de América Latina y el Caribe; en el cual participan mujeres afrodescendientes a título individual y en representación de organizaciones que actúa en 22 países del continente, con más de cuatrocientas integrantes.

La **Red de la Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe (RSMLAC)**¹⁴ articula personas y organizaciones de movimientos sociales y de salud de las mujeres para impulsar, promover y defender el derecho al acceso universal a la salud integral, el pleno ejercicio de derechos humanos -especialmente los derechos sexuales y derechos reproductivos- y la ciudadanía de las mujeres desde perspectivas feministas e interculturales. Trabaja a través de todas sus instancias con el objetivo de alcanzar justicia e igualdad de género, erradicando la discriminación, violencia, homofobia e inequidad.

La Alianza por la **Convención de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**¹⁵ es una alianza de organizaciones y redes que trabajan en 9 países de la región para lograr una Convención Interamericana de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos¹⁶.

Este Balance realizado por CLADEM hace visible la falta de debida diligencia estatal para garantizar servicios e insumos en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva (en adelante, SSR) y los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos (en adelante, DSR) en la región. Entre los datos más graves, se visibiliza la alta incidencia de la mortalidad materna (en adelante, MM) en nuestros países. Ella es consecuencia de los insuficientes servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva, la falta de una educación sexual integral sistemática en los establecimientos educativos, y la incidencia del aborto clandestino debido a su penalización. Si bien el Consejo de Derechos Humanos de la ONU ha reconocido su incidencia como una violación sistemática de los Derechos Humanos (en adelante DDHH), las políticas públicas para su erradicación han sido ineficientes.

El documento está organizado en siete secciones: *I.- Panorama General de Los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en la región, II.- Marco jurídico, III.- Políticas públicas para la prevención y respuestas estatales, IV.- Situación de vulnerabilidad de mujeres adolescentes, indígenas y mujeres afro, V.- Casos testigos de situaciones de especial vulneración de los DDHH, VI.- Peticiones a la CIDH, VII.*

I.- PANORAMA GENERAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE HISPANO (LAC)

El **pensamiento dicotómico, jerarquizado y sexualizado** es un paradigma mítico que erige e impone a lo masculino míticamente poderoso – el patriarca – como modelo universal. Erige al hombre blanco y occidental, como modelo, parámetro o paradigma dominante y sitúa a la mujer y lo femenino, conjuntamente con otras diversidades como etnia, discapacidad, cultura, etc., como una segunda categoría. Las instituciones del Estado, las privadas y las comunitarias replican este paradigma. En consecuencia, la diferencia sexual ha significado desigualdad en todos los planos, siempre en perjuicio de las mujeres como seres humanos multidimensionales: es decir, en el cruce con su pertenencia a una determinada clase social, etnia, cultura, opción sexual, orientación sexual o identidad de género. Esto se expresa en una desigual distribución de poder, recursos y oportunidades entre hombres y mujeres, lo que trae por consecuencia mayor vulnerabilidad, exclusión y discriminación de mujeres, jóvenes y niñas.

¹⁴ <http://rsmlac.blogspot.com/>

¹⁵ <http://www.convencion.org.uy/>

¹⁶ <http://www.convencion.org.uy/>

La **esfera de la sexualidad y la esfera de la reproducción** son áreas centrales en las que se expresa la jerarquía de género que permea nuestras sociedades, expresada en la desigual valoración de lo masculino y lo femenino. En una palabra, la salud sexual y reproductiva muestra en los cuerpos la persistencia del paradigma cultural sexista, heteronormativo y racista que sigue dominando en la región analizada. Esto tiene consecuencias en sus vidas personales a nivel físico, emocional y psicológico, en sus familias y comunidades, y en el desarrollo de sus países y de la región.

La **región de América Latina y el Caribe sigue siendo un territorio en el que se perpetúa un modelo de sociedad patriarcal, misógina, androcéntrica y heterocentrista** en la que las mujeres siguen siendo consideradas “menores de edad”, fuerza de trabajo invisible o un objeto que puede ser utilizado por los hombres. Esta situación, potenciada por la pertenencia a clase, etnia, opción sexual, orientación sexual, identidad de género o grupo etario, multiplica la violación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, entendidos como parte de sus derechos humanos; y en muchos casos, se cruza con situaciones de violencia perpetrada por personas de su entorno familiar o afectivo, pero también por parte de desconocidos (como en las violaciones en el espacio público) e institucional.

La salud física y psicológica se resiente por los embarazos reiterados o no deseados, por la violencia sexual que se ejerce aún dentro de sus ámbitos domésticos y familiares –en particular hacia adolescentes y niñas – por la inadecuada atención en el sistema de salud y por la penalización del aborto, lo que las obliga a recurrir a servicios clandestinos. Hoy se sabe que la sexualidad (entendida como placer corporal-emocional), es el **eje integrador de la identidad**, desde el nacimiento hasta la muerte.,

Existe una **desigualdad inaceptable entre las condiciones en las que ejercen sus DSR los varones y las mujeres** y no conciben con las condiciones materiales alcanzadas (CEPAL et al, 2013)¹⁷. Tampoco tienen justificación la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes, el empleo precario o la desmesurada concentración del trabajo doméstico no remunerado en manos de las mujeres, y mucho menos la violencia de género, como se ha expresado en otras ocasiones (Naciones Unidas, 1995; CEPAL, 2010b). El doble standard sexual a favor de los varones, por el cual ellos tienen derecho a mayor libertad, continúa rigiendo en nuestros países. Esto motiva en las mujeres situaciones de sometimiento, responsabilidad central por el cuidado de hijos/as y una mayor facilidad para el maltrato y el abandono por parte de los varones.

Los **DSR se vinculan también con la contribución de las mujeres a su familia, su comunidad y al desarrollo de cada país**. Si bien existe heterogeneidad entre los países, la situación general es de vulneración de derechos, en particular para las mujeres pobres, rurales, indígenas, migrantes, lesbianas o trans. La salud sexual y reproductiva en la región es un terreno de conflictos, tal como lo señala el documento de CEPAL et al (2013)¹⁸ cuando incluye un capítulo denominado “**el cuerpo, territorio en disputa**”, mostrando claramente cómo persiste la falta de autonomía de las mujeres, a nivel físico, económico y en la toma de decisiones.

El **disfrute del derecho a la vida de las mujeres** se ve afectado en el área de la SSySR ante la evidencia de malas prácticas médicas, la falta de técnicas modernas y seguras, negación de servicios, leyes restrictivas

¹⁷ *La desigualdad y por tanto, la falta de autonomía son principalmente consecuencia de la injusticia, de la mala distribución del poder, los recursos y en especial los ingresos, y de la desigualdad en el uso del tiempo entre hombres y mujeres, así como del desconocimiento de los derechos de las mujeres a participar en todos los espacios de toma de decisiones.* CEPAL, ONUMJERES, UNFPA, OPS, (2013), Observatorio de Igualdad de Género (OIG). Informe anual 2012. “Los bonos en la mira: aporte y carga para las mujeres”. Edición propia, Santiago, Chile, pág 9.

¹⁸ CEPAL, ONUMJERES, UNFPA, OPS (2013) op cit.

de aborto, bajo presupuesto y sistemas de recopilación de datos, incluyendo las muertes, imprecisos y de baja rigurosidad científica.

La **alta incidencia de mortalidad materna**, además del derecho a la vida, como una expresión extrema de la ineficiencia estatal, afecta de manera especial a las mujeres por su condición, lo que constituye una discriminación por razón de género. Esto ya ha sido reconocido en numerosos tratados y documentos, así como en recomendaciones de Comités y organismos del SIDH¹⁹. *Según la Organización Panamericana de la Salud, las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe representa el 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres y 14% en los hombres, haciéndose manifiesta la brecha entre los géneros²⁰*. (pág. 2).

La **población infantil y adolescente también resulta afectada por los obstáculos estatales en el disfrute de los DSyDR**, porque no se les provee suficientes servicios ni personal capacitado en sus necesidades específicas de SSR. Se les obstaculiza el acceso a menores de 14 a 18 años (según países) si no concurren acompañados/as de un/a adulto/a. El principio de capacidad evolutiva es vulnerado de manera sistemática en la mayoría de las políticas públicas de salud en la región. Tampoco tienen acceso a la educación psico-afectiva o sexual integral en el sistema educativo. Las niñas y adolescentes son directamente perjudicadas dada su función reproductiva.

Asimismo, los **Estados latinoamericanos y caribeños, vulneran el derecho a la libertad religiosa, de conciencia y pensamiento** al sustentar sus políticas públicas en fundamentos basados en una moral dogmática religiosa hegemónica que interfiere en el libre disfrute de los derechos humanos, y consiguientemente en los valores democráticos de libertad y Estado de derecho; y más cuando la mayoría de los Estados latinoamericanos se reconocen como laicos.

Como se verá más adelante, los Estados de América Latina y el Caribe no cumplen con los tratados internacionales que han firmado, ni con su propia legislación interna. Esto se traduce en que las mujeres se encuentran desprotegidas para lograr una vida libre de enfermedades y con el más alto grado de bienestar, disfrutar de su sexualidad y elegir su proyecto de vida optando cuándo tener hijos, cómo y con quien. Algunos indicadores son los siguientes:

La **tasa de mortalidad materna**, indicador que se asocia principalmente a la falta de atención médica, la pobreza y el aborto clandestino; por lo tanto, la mayoría de ellas son evitables, como bien lo han señalado innumerables documentos del sistema. Las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad, son quienes tienen menos acceso a servicios requeridos de salud materna, entre ellos el mencionado de la CIDH-OEA (2010)²¹: Esto vulnera el derecho de toda persona a la integridad física, psíquica y moral sin discriminación se encuentra consagrado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos...²².

¹⁹ OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010 Original: Español <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaterna2010.pdf>

²⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007, Volumen I – Regional*, Publicación Científica y Técnica No. 622, 2007, pág. 65. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap6.html>. Citado por CIDH (2010) op cit.

²¹ “Existe una gran preocupación a nivel internacional ante las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas evitables (... que) continúa siendo un problema grave de derechos humanos que afecta dramáticamente a las mujeres en el mundo y en la región y que repercute en sus familias y en sus comunidades. Específicamente las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad, son quienes tienen menos acceso a servicios requeridos de salud materna (... por lo que los Estados tienen la obligación de...) asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios [en CIDH-OEA (2010), op. cit. Pág. 1].

²² “CIDH (2011), *Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos de Chile*, OEA/Ser.LN/III.77.rev.1, Doc. 18, 8 mayo 1990. Cap. IV, *Derecho a la Integridad Personal*, párr. 6. Disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/Chile85sp/cap4.htm>;

También se relaciona asimismo con la **falta de acceso a la información**²³. “Además ha referido que la información y la educación habilita a las mujeres para adoptar decisiones en todos los niveles y en todas las esferas de sus vidas, especialmente en el terreno de la salud, sexualidad y reproducción”. (parag.4, pág.2)²⁴. La desigualdad histórica en que viven las mujeres, la discriminación, las dificultades en el acceso a información adecuada y oportuna, así como carencias en el acceso de la población a servicios de salud adecuados, en la calidad de la atención calificada del parto, la atención en emergencias obstétricas y del control prenatal y puerperio²⁵. Varios Comités de tratados y conferencias, señalaron también su correlación con la penalización del aborto en toda la región y las consecuencias del aborto clandestino.²⁶

En cuanto a las cifras²⁷ sobre la **tasa de mortalidad materna**, y tal como se ve en el gráfico siguiente, si bien no están entre las más altas del mundo e incluso muestran un leve descenso como promedio regional en los últimos años, en algunos países se mantiene y en 6 aumentó (Rep. Dominicana, Surinam, Jamaica, Argentina, Cuba, Barbados). Las cifras por cada 100.000 nacidos vivos oscilan desde un máximo de 350 en Haití, o 190 en Bolivia, a 22 en Puerto Rico; el promedio para la región en el 2010 es de 81. Del total de 28 países de LAC, en 15 se registra una tasa de MMM superior a la media regional. El promedio es 81 por 100.000 nacidos vivos para 2010; y mucha literatura señala que existe un serio subregistro, debido al cual las cifras reales se estiman en alrededor del doble.

²³ “CIDH, Informe No. 21/07, Petición 161/02, Solución Amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto (México), 9 de marzo de 2007.

²⁴ “La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha recibido de manera consistente y a través de sus distintos mecanismos, información sobre diversas barreras que las mujeres en la región americana enfrentan para lograr el acceso a información sobre salud, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Las mujeres que han sido históricamente marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad, son quienes más barreras enfrentan en su acceso a información en materia de salud y éstas se agudizan cuando la información versa sobre asuntos relacionados a la salud sexual y reproductiva. El acceso a la información está estrechamente vinculada con la realización de otros derechos humanos, y por tanto la falta de respeto y garantía de este derecho para las mujeres puede ocasionar una vulneración de sus derechos, por ejemplo a la integridad personal, vida privada y familiar y a vivir libres de violencia y discriminación. El presente informe identifica y analiza los estándares internacionales y regionales desde un punto de vista de derechos humanos, sobre el acceso a la información en materia reproductiva, con la finalidad de que los Estados eliminen las barreras y garanticen y protejan efectivamente este derecho de las mujeres sin discriminación”. (pág. 1) CIDH (2011). “Acceso al derecho...” op cit, parág 1, pág. 1.

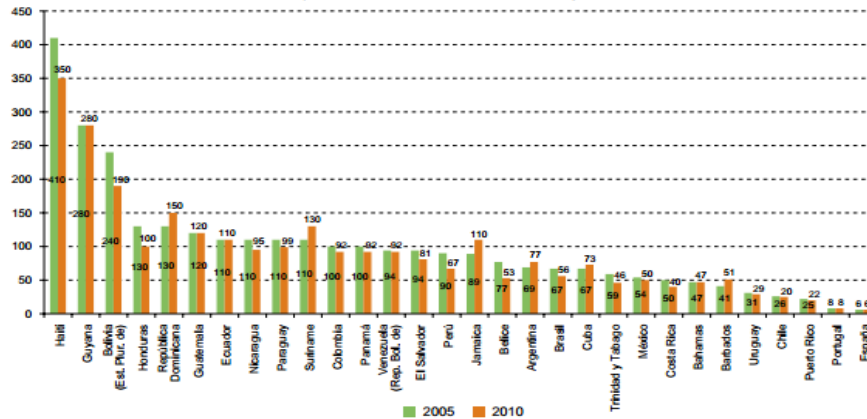
²⁵ CEPAL, ONUMJERES, UNFPA, OPS (2013) op. cit.

²⁶ Tal como lo ha señalado la CIDH en su Documento “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos” (2011)²⁶ que recoge el Documento CIDH (2009) “Marco jurídico interamericano sobre el derecho a la libertad de expresión, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión”. En el mismo, además de sostener el derecho general a la información a nivel internacional y regional, la Comisión resalta la relevancia que el derecho a la información en materia de sexualidad y reproducción ha cobrado enorme relevancia en las últimas décadas.

²⁷ CEPAL, ONUMJERES, UNFPA, OPS (2013) op. cit.

GRAFICO 1

AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES), EL CARIBE (8 PAÍSES), PORTUGAL Y ESPAÑA:
TASA DE MORTALIDAD MATERNA, 2005 Y 2010
(Por cada 100 000 nacidos vivos)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank* [en línea] http://www.childinfo.org/files/Trends_in_Maternal_Mortality_1990_to_2010.pdf.

• Prevalencia del VIH en América Latina

La mayoría de los países de la región cuentan con legislación y políticas públicas para su prevención y tratamiento, aunque el acceso a los medicamentos y tratamientos es heterogéneo. Cuba y Argentina son de los pocos países de la región que disponen de acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral.

La prevalencia del VIH en población adulta en América Latina está estimada en 0.4%, pero en los grupos más expuestos al VIH (población trans, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales y personas usuarias de drogas intravenosas) para los cuales se dispone de datos, la prevalencia es considerablemente más elevada. En poblaciones trans se ha reportado hasta 34% de infección por el VIH. En hombres que tienen sexo con hombres puede llegar a 20,3% y es superior a 5% en todos los países de la región. Tal como sucede en varios países de la región, como por ejemplo en Colombia, éstos lo transmiten a sus parejas femeninas. En Chile también la mayoría de las infecciones por VIH corresponde a varones, pero un número creciente de mujeres está contrayendo el virus a partir de sus parejas masculinas. También en Perú cada vez son mayores las cifras en mujeres.

En mujeres en situación de prostitución y/o en trabajadoras sexuales llega hasta el 4,9% reportado por Brasil. Pero en los trabajadores sexuales masculinos, la prevalencia del VIH en los países que reportan datos puede alcanzar el 22,8%. En personas usuarias de drogas intravenosas, supera el 5%²⁸. Mientras se estima que en América Latina se mantiene estable, la transmisión sigue produciéndose en poblaciones especialmente vulnerables, el porcentaje de mujeres con VIH en 2007, sólo en Latinoamérica, era del 32% del total de infectados.

²⁸ ANÁLISIS REGIONAL CONSOLIDADO DE LOS INFORMES UNGASS PRESENTADOS POR 17 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA EN 2010. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA. Oficina Regional de Apoyo para América Latina. Junio 2011 <http://www.onusida-latina.org/pdf/book%20onusida%20V7.pdf>

Además, las mujeres sufren una doble discriminación por el hecho de serlo y por vivir con VIH. Asimismo, los/as jóvenes de entre 15 y 24 años están siendo especialmente vulnerables en ambas regiones²⁹. El Caribe tiene la prevalencia más elevada, concentrándose principalmente en la República Dominicana y Haití. Juntas suman casi tres cuartos de los 230.000 casos. El principal modo de transmisión es el coito heterosexual (debido al turismo sexual). Por su parte, los HSH representan alrededor de un 12% de las infecciones por VIH comunicadas, aunque el estigma y la discriminación asociados a la homosexualidad y al VIH hacen difícil obtener datos más específicos.

El acceso a los antirretrovirales es dispar en cada isla/país; con todo, ha ayudado a disminuir los casos de sida y de transmisión materno infantil y ha mantenido la epidemia estabilizada. No obstante, el sida sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre personas de entre 25 y 44 años en el Caribe. Entre el total de adultos/as que viven con VIH, en el 2007, los casos en mujeres aumentaron al 43%.

Situación del aborto no punible y del aborto clandestino en LAC

El Instituto Guttmacher, utilizando cifras de la OMS y otras investigaciones, afirma: “Casi la mitad de todos los abortos en el mundo son inseguros; y casi todos los abortos inseguros (98%) ocurren en países en desarrollo. En el mundo en desarrollo, el 56% de todos los abortos son inseguros, en comparación con solamente 6% en el mundo desarrollado^{30, 31}”. Como resultado de este hecho, la región enfrenta un problema serio de salud que amenaza la vida de las mujeres, pone en riesgo su salud reproductiva y emocional, e impone una severa presión a sistemas de salud y hospitales ya sobrecargados.

La media mundial de abortos es de 29 por cada 1000 mujeres (15 a 44 años) y en latinoamericana, de 31 por 1000. En el último decenio se estima que anualmente ocurrieron en LAC 4.4 millones de abortos, y de ellos, el 95% fueron inseguros³². En cambio, en países en que está legalizado y tienen amplios programas de SSR, incluyendo provisión de MAC y educación sexual - como Alemania, Bélgica, Holanda y Suiza, tienen tasas de 10 abortos por cada mil mujeres, entre 15 y 44 años. Es decir: la clandestinidad, cuya principal causa es la ilegalidad, tiene por consecuencia que se sigan realizando cada año, en todo el mundo, alrededor de 19 millones de abortos en condiciones inaceptables desde el punto de vista médico. Muchos de ellos terminan en lesiones graves o la muerte de la madre. Unas 68 mil mujeres mueren cada año por esta causa en el mundo, mientras que uno de cada 10 embarazos terminará en un aborto realizado en malas condiciones, la mayoría de los cuales se practican en Asia, África y América Latina³³.

²⁹ <http://gtt-vih.org/book/print/3636>

³⁰ Guttmacher Institute. “*En Resumen. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe*”. New York-Washington, Enero 2012. Pág. 1.

www.guttmacher.org. Disponible en español en <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estadistica/Guttmacher2012-AL.pdf>

³¹ Fuentes utilizadas en este estudio: 1. Mondragón y Kalb M et al., Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007-10, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):159-166. 2. Prada E et al., Induced abortion in Colombia: new estimates and change between 1989 and 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):114-124. 3. World Health Organization (WHO), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth ed., Geneva: WHO, 2011.

³² Guttmacher Institute, “*En Resumen. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe*”. New York-Washington, Enero 2012. Pág 1.

www.guttmacher.org. Disponible en español en <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estadistica/Guttmacher2012-AL.pdf>

³³ En Cuba, se practican 20,9 abortos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva; en México, 33 por cada 1000 mujeres; Chile 50 por cada 1000 mujeres. En Brasil, el Ministro de Salud, estimó en 1.040.000 los abortos clandestinos por año (1 por cada 4 embarazos). En Argentina en el año 2007, el entonces Ministro los estimó en 500.000 por año (nacieron 750000 niños, lo que es casi 1 por cada nacimiento). Comparando las situaciones de aquellos países donde el aborto está permitido, en Alemania, Bélgica,

A pesar de algunos avances, América Latina y parte del Caribe es una de las regiones con leyes más restrictivas sobre aborto, que además están vigentes en un territorio geográficamente extenso. Para el Comité CEDAW, el derecho al aborto legal, involucra solamente a las mujeres. Considera que su violación es un acto de discriminación de género, tal como lo afirma en su Recomendación General N° 24³⁴.

En LAC el aborto está penalizado (incluido como crimen en sus Códigos Penales) en todos los países de nuestra subregión, salvo en tres países: Cuba, Puerto Rico, Uruguay (con algunas restricciones y amenazas), y una ciudad: México DF. Esta legislación restrictiva ya estaba vigente en el decenio anterior y se ha mantenido más o menos igual; aunque algunos países retrocedieron, como Nicaragua, y otros avanzaron, como Uruguay y México (y más parcialmente, Colombia y Argentina).

Algunos de ellos prevén causales de no punibilidad, es decir de exención de la pena por determinadas causas; se trata del “Aborto no Punible” o ANP. La mayoría de nuestros países de América Latina y el Caribe tienen la causal de riesgo de la salud o vida de la gestante; a la que se agrega en muchos casos violación y malformación fetal incompatible con la vida. Sin embargo, 7 países lo tienen totalmente penalizado, sin causales de excepción a la pena (de un total de 34 en la región): Chile³⁵ y Surinam (en América del sur); y El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua³⁶ y República Dominicana³⁷ (en América Central). Tres de los que lo penalizan por completo (Nicaragua, El Salvador y Honduras) tienen una legislación particularmente dura. Existen recomendaciones a nivel internacional y regional que reclama se respeten o amplíen las causales de no punibilidad. Por ejemplo, la CIDH, en la Audiencia Temática Regional sobre Derechos Reproductivos de las Mujeres de América Latina y el Caribe, declaró explícitamente que la prohibición del aborto terapéutico “*atenta contra la vida, la integridad física y psicológica de las mujeres*”³⁸.

Pero aún los países que contemplan causales de aborto no punible introducen una gran cantidad de obstáculos, en la práctica, para su realización, tal como ocurre por ejemplo en Panamá o Perú, donde casi no se realizan. Los obstáculos para su realización, a pesar de ser legales en esas situaciones, son: objeción de conciencia de los efectores de salud (en algunos casos, todo un servicio de salud alega “objeción de conciencia”, denuncias judiciales cuando no corresponde, etc. Como ha sido dicho por mucha jurisprudencia nacional, regional e internacional, esta es una forma de impedirlo, ya que el mero paso del tiempo opera en contra.

Holanda y Suiza, todos países donde la interrupción es legal y tienen amplios programas de SSR – incluyendo provisión de MAC y educación sexual -, tienen tasas de 10 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años.

³⁴ Para Amnistía Internacional, “*América Latina y el Caribe es una región que navega contra la corriente*” respecto al derecho al aborto, dado que el 98% de los países del mundo permiten el aborto al menos cuando la vida de la mujer corre peligro y dos tercios lo permiten cuando la salud física o mental de la mujer está en riesgo.

<https://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/america-latina-y-caribe-navegan-a-contracorriente-en-la-despenalizacion-del-aborto/>

³⁵ Durante el 2012, el Senado chileno ha rechazado tres proyectos de ley que buscaban reponer el aborto terapéutico, suprimido en 1989, en los últimos días de la dictadura de Augusto Pinochet (1973-1990).

³⁶ **En Nicaragua**, se retrocedió recientemente con la penalización del aborto terapéutico, que desde 1837 estaba contemplado en el Código Penal como una eximente cuando era preciso salvar la vida de la mujer. Este retroceso jurídico se dio en medio de un proceso electoral, como parte de acuerdos políticos y como una estrategia del partido en el gobierno para ganar el apoyo de la iglesia católica en una clara alteración al principio de laicidad del Estado. A pesar de la demanda de los movimientos de mujeres, organismos defensores de Derechos Humanos, la academia, el gremio médico a nivel nacional y de las recomendaciones de diversos Comités de Tratados Internacionales de Derechos Humanos, se impuso la penalización total del aborto en el Código Penal desde 2008.

³⁷ Sigue vigente el Artículo 30, de la Constitución Nacional, que dice textualmente: “el derecho a la vida es inviolable desde la concepción hasta la muerte. No podrá establecerse, pronunciarse ni aplicarse, en ningún caso, la **pena de muerte**”.

³⁸ http://www.reddesalud.org/actualidad/act1_int.php?id=243

La penalización del aborto sólo causa sufrimiento y muerte, en particular de las mujeres más pobres, jóvenes y no escolarizadas, que tienen poco acceso a información, y no resuelve ninguno de los problemas que acarrea. Los abortos son inseguros debido a que, al estar penalizados, se realizan de manera clandestina en lugares con pocas o ninguna garantía sanitaria.

Legislación actual en América Latina y el Caribe (a diciembre 2012)

Clasificación en 6 categorías, según causales que permiten legalmente el aborto

1. Razón (**)	2. País o territorio
3. Prohibido totalmente o sin excepción legal explícita (ni para salvar la vida de la mujer)	4. Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam.
5. Para salvar la vida de la mujer (solamente)	6. Antigua y Barbuda, Brasil (a, d), Dominica, Guatemala, México (a, d, g, i), Panamá (a, d, f), Paraguay, Venezuela
7. Para salvar la vida y preservar la salud de la mujer(*)	8. Argentina (b), Bahamas, Bolivia, (a, c), Costa Rica, Ecuador (a), Granada, Perú.
9. Por violación y para preservar la salud mental (mas las anteriores)	10. Colombia (a, c, d), Jamaica (f), San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía (a, c), Trinidad y Tobago
11. Razones socioeconómicas (más las anteriores)	12. Barbados (a, c, d, f), Belice (d), San Vicente y las Granadinas (a, c, d)
13. Sin restricción de causales	14. Cuba (f), Guyana, Puerto Rico, Uruguay (h). (México DF)
15. (*) Incluye países con leyes que se refieren simplemente a causales de "salud" o "terapéuticas", las cuales a veces pueden interpretarse más ampliamente que la salud física.	
16. Nota1: Algunos países también permiten el aborto en casos de (a) violación, (b) Cód penal: violación de una mujer mentalmente discapacitada, ampliado por fallo CSJN a toda forma de violación; (c) incesto o (d) malformación fetal. Algunos países restringen el aborto al requerir (e) autorización del esposo o (f) autorización de los padres (g) autorización en el sistema de salud. (h) En Uruguay no es una autorización, pero debe hacer una entrevista con un equipo multidisciplinario. En México (i) las causales de aborto no punible se determina a nivel de los estados y la clasificación legal presentada refleja la situación para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, lo ha legalizado por completo en DF.	
17. (**) Los países que permiten el aborto por razones socioeconómicas o sin restricción en cuanto a razón, tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre); el aborto puede ser permitido después de esta edad gestacional, pero solamente bajo condiciones específicamente prescriptas según país.	
18. Nota2: Argentina, Brasil y Colombia han ampliado o incluido causales por fallo de Corte Suprema de Justicia de la Nación, Supremo Tribunal Federal y Tribunal Constitucional, respectivamente. En los tres casos, sectores conservadores cuestionan que esta medida sea vigente, dado que no tiene respaldo legal parlamentario.	

19. Fuente: Guttmacher institute, (2011) "En Resumen. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe". New York-Washington, Enero 2012. Pág. 1. www.guttmacher.org. <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estadistica/Guttmacher2012-AL.pdf> . Modificado por sistematización propia, por cambios ocurridos posterior a la elaboración del Balance Regional DSR CLADEM (2011), y algunas aclaraciones en temas puntuales.

II. MARCO JURÍDICO

Como conceptualización general, coincidimos con la OMS, que desde su constitución en 1946, establece que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su artículo 25 que "1.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes

de su voluntad. 2.- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.” A su vez, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el “derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental” (Artículo 12) y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes que se aplican a todas las personas en los Estados que lo han ratificado. El derecho a la salud se refleja también en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) y la Convención sobre los Derechos del Niño. De hecho, “la salud es el derecho humano que en la práctica marca más visiblemente las diferencias de raza o de condición económica y social” (Booker & Minter, 2001)³⁹. Detallaremos con mayor precisión a continuación:

A nivel internacional, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) (El Cairo 1994) produjo un cambio de paradigma en la manera de abordar las políticas de población, que incluye la conceptualización de los DSR, el reforzamiento de que su titularidad corresponde a las personas, el reconocimiento del derecho al disfrute de la sexualidad, y la redefinición de obligaciones de los estados, en particular del sector salud, incluyendo el empoderamiento de las mujeres para un desarrollo humano sostenible. También la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) reiteró y complementó este cambio paradigmático. Pero aún los principales tratados de DDHH (de carácter vinculante para LAC dado que todos sus países los han ratificado), abundan en la necesidad de respetar el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva sin discriminación. Por lo tanto, encuadramos la presente presentación en todas las normas del sistema universal y regional de los DDHH, en particular la Declaración Universal de los Derechos Humanos (arts. 3 y 6 del Pacto), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y en particular en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo.

A nivel regional, en el sistema interamericano de derechos humanos, el derecho de toda persona a la integridad física, psíquica y moral sin discriminación se encuentra consagrada en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El derecho a la integridad personal en el ámbito de la salud, guarda una estrecha relación con el derecho a la salud, dado que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece el derecho a la integridad de la persona, y más específicamente el derecho de toda persona a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales (...) y la asistencia médica sin discriminación, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. Por su parte, el Protocolo de San Salvador establece que toda persona tiene derecho a la salud sin discriminación, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

También deseamos citar la normativa y jurisprudencia regional, entre ellas la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belem do Pará) y la Convención Americana de DDHH, en particular en los siguientes artículos 1, 2, 4, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 25, que consideramos de especial aplicación a la esfera que estamos tratando; así como el Protocolo Adicional a

³⁹ Extraído de Gúezmes, Ana (2004): “Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género”. Disponible en www.paho.org/publicaciones - octubre 2014

la Convención Americana sobre DDHH en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador⁴⁰.

Por su parte, la Convención de Belem do Pará, al modificar el paradigma acerca de la violencia contra las mujeres y concebirla como integral, incluye disposiciones que vinculan la violencia con los derechos sexuales y reproductivos. Entre ellos, el art. 2 a) y b) (violación, maltrato y abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo o salud, lo cual incluye violencia en situación de parto o puerperio, es decir, violencia obstétrica). En cuanto al Protocolo de San Salvador, citamos los arts.1 (Obligación de Adoptar Medidas), 2 (Obligación de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno), 3 (Obligación de no Discriminación), 4 (No Admisión de Restricciones), 10 (Derecho a la Salud)⁴¹.

Asimismo, y ya que los Tratados de DDHH rigen en las condiciones de su vigencia, deseamos resaltar algunos de los fallos de la Corte Interamericana de DDHH⁴², como el caso Artavia Murillo, que tiene fuertes consecuencias para los casos de aborto no punible en la región LAC. En el año 2012, por primera vez en su historia, la Corte (Corte IDH), trató un caso sobre derechos reproductivos en “Artavia Murillo c. Costa Rica”⁴³, pronunciándose acerca de la incompatibilidad de la prohibición absoluta de acceso al tratamiento de fertilización in vitro (FIV) en Costa Rica con los derechos reconocidos en la ACHR⁴⁴. A criterio nuestro, este fallo toca además otros aspectos de los DSR, en particular el ANP, ya que la Corte se preguntó si el derecho a la vida es absoluto, si debe ceder ante otros derechos como la autonomía y la privacidad en determinados contextos, si prohibir el acceso a ciertos tratamientos médicos conlleva un tipo de discriminación incompatible con la Convención, entre otros. Esto, según algunos/as juristas, habilita asimismo para avanzar en la despenalización del aborto en la región, o al menos exigir se garantice en tiempo y forma la realización de los ANP en todos los países de la región que contemplan causales.

Otro procedimiento creado por la región para garantizar los DDHH de las mujeres son las Conferencias Regionales sobre la Mujer⁴⁵; tomaremos las que se realizaron en los últimos años. La Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, que se realizó en agosto de 2007, tuvo por

⁴⁰ <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

⁴¹ Art. 10 Protocolo San salvador: “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”

⁴² Intérprete último de la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH).

⁴³ http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf

⁴⁴ Costa Rica era el único país entre los Estados parte de la Corte IDH con una prohibición expresa y absoluta de acceso a la FIV.

⁴⁵ “La Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe es un órgano subsidiario de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), convocada con carácter permanente y regular con una frecuencia no superior a tres años, para identificar las necesidades regionales y subregionales de las mujeres, presentar recomendaciones, realizar evaluaciones periódicas de las actividades llevadas a cabo en cumplimiento de los acuerdos y planes regionales e internacionales sobre el tema, y proporcionar un foro para el debate sobre estas materias”. Citado de la página de CEPAL, <http://www.cepal.org/mujer/conferencia/>

documento final el Consenso de Quito⁴⁶. Este documento alerta sobre el efecto del ajuste estructural en la vida de las mujeres, reconoce la paridad entre los géneros como condición de democracia y las inequidades de género como determinantes sociales de la salud, conducentes a la precariedad de la salud de las mujeres en la región. Recomienda la eliminación del lenguaje sexista en los documentos, declaraciones, informes nacionales, regionales e internacionales y la necesidad de promover acciones para la eliminación de los estereotipos sexistas de los medios de comunicación, eliminar la brecha de ingresos entre varones y mujeres, que los organismos de la mujer sean colocados en las más altas esferas de los estados, entre otros temas. Sobre derechos sexuales y reproductivos, en sus párrafos xxiv, xxv y xxvi, asegura que los DSR forman parte de los DDHH, y deben considerarse como condición indispensable para la democracia. Remarca la necesidad de tomar en cuenta las situaciones de discriminación múltiple y la necesidad del acceso a la educación⁴⁷.

A su vez, la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe: “**Qué Estado para que Igualdad?**” fue celebrada en Brasilia en julio de 2010 y tuvo por resultado final el “Consenso de Brasilia”⁴⁸. Este documento tuvo por objetivo “*alcanzar la igualdad de género con énfasis en la autonomía y el empoderamiento económico de las mujeres*”, al tiempo que ratificó “*el Consenso de Quito y su plena vigencia, (...) además de los consensos regionales adoptados en las anteriores conferencias sobre la mujer de América Latina y el Caribe, reafirma el compromiso con los demás instrumentos y resoluciones en materia de igualdad de género, empoderamiento y progreso de las mujeres.*” Abordó diversos temas⁴⁹: Sobre el punto 6, “**Promover la salud integral y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**”, abunda una serie de recomendaciones, entre ellas la inclusión de recursos en los presupuestos públicos para ampliar la oferta pública de servicios de salud de calidad; el mejoramiento de las leyes y sus respectivos reglamentos; la garantía de acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, así como a educación sexual; la revisión de las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que se hayan sometido a abortos; el fortalecimiento de programas que prevengan la mortalidad materna y aseguren el acceso universal a servicios de salud reproductiva, especialmente a adolescentes y mujeres de pueblos indígenas y afrodescendientes, entre otros.

⁴⁶ <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/29489/dsc1e.pdf>. DSC/1 ORIGINAL: ESPAÑOL Quito, Ecuador, 6 al 9 de agosto de 2007

⁴⁷ xxiv): “*Asegurar que los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de los derechos humanos y el acceso universal a la salud integral, que incluye la salud sexual y reproductiva, se consideren como una condición indispensable para garantizar la participación de las mujeres en la vida política y en el trabajo remunerado y, por ende, en posiciones de toma de decisiones para todas las mujeres, prioritariamente para las mujeres jóvenes, las más pobres, las mujeres indígenas, las afrodescendientes, las mujeres rurales y las mujeres con discapacidad; xxv) Implementar medidas y políticas que reconozcan los vínculos entre las vulnerabilidades sociales y económicas en relación con la posibilidad de las mujeres de participar en la política y en el trabajo remunerado, especialmente el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, agua y saneamiento, prevención, tratamiento y cuidado en materia de VIH/SIDA, prioritariamente para las mujeres más pobres y sus familias; xxvi) Promover políticas públicas orientadas a fortalecer el acceso y la permanencia de las mujeres adolescentes y jóvenes en la educación, la formación para el trabajo, la salud sexual y reproductiva, el empleo, y la participación política y social para el pleno ejercicio de sus derechos...*” (pág. 6 y 7)

⁴⁸ http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/6/38986/2011_221_CRM_11_Informe.pdf.

⁴⁹ Los principales puntos abordados fueron: 1. Conquistar una mayor autonomía económica e igualdad en la esfera laboral; 2. Fortalecer la ciudadanía de las mujeres; 3. Ampliar la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y en las esferas de poder; 4. Enfrentar todas las formas de violencia contra las mujeres; 5. Facilitar el acceso de las mujeres a las nuevas tecnologías y promover medios de comunicación igualitarios, democráticos y no discriminatorios; 6. Promover la salud integral y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; 7. Realizar actividades de capacitación, intercambio y difusión que permitan la formulación de políticas públicas basadas en los datos del Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe; 8. Promover la cooperación internacional y regional para la equidad de género.

Finalmente, deseamos mencionar los procesos internacionales (1999, 2004, 2009, 2014) de seguimiento de la CIPD, que siempre tuvieron por resultado reafirmar su Programa de acción y los deberes de los Estados del mundo acerca de la salud y los DSR de las mujeres. Si bien todos los gobiernos de LAC son signatarios del programa de acción de CIPD, su implementación en términos de promoción y garantía de derechos de las personas es heterogénea, aunque haya mejorado en la última década. Lo mismo puede decirse de las recomendaciones de los comités y otras formas de seguimiento de tratados y conferencias: el papel del Estado como garante de los DSR presenta deficiencias –con disparidades según países, básicamente debido a una prioridad presupuestaria insuficiente otorgada por la mayoría de los países, y también a la persistencia de los viejos paradigmas.

La reciente Conferencia Regional de seguimiento de CIPD: la *“Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe: Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014”* (Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013)⁵⁰ tuvo como uno de sus principales resultados el Consenso de Montevideo (setiembre 2013)⁵¹. Este importante documento siguió en la misma línea, ya que enumera una gran cantidad de antecedentes a favor de avanzar resueltamente en los DSR de toda la población, y en particular de las mujeres⁵². Continúa reafirmando principios generales indiscutibles de los derechos humanos, entre ellos: la reivindicación del estado laico como meta para la región (pág. 8): *“Reafirmar que la laicidad del Estado es también fundamental para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos, la profundización de la democracia y la eliminación de la discriminación contra las personas”*, reivindicando las formas participativas de gobierno como garantía para el efectivo ejercicio de la democracia (Preámbulo, págs. 8 y 9). En su parte sustantiva, el Consenso refuerza lineamientos relacionados con la necesidad de **profundizar las políticas públicas, aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo, e incrementar los esfuerzos tendientes a su reconocimiento, promoción y protección, con el fin de eliminar las desigualdades y fomentar la inclusión social; así como establecer y fortalecer la institucionalidad pública encargada de los temas de población y desarrollo, a escala nacional y**

⁵⁰ [http://www.cepal.org/cgi-](http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/52141/P52141.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl)

[bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/52141/P52141.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl](http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/52141/P52141.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl)

⁵¹ CEPAL. LC/L.3697 5 de septiembre de 2013 ORIGINAL: ESPAÑOL

http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

⁵² (... tomando en cuenta....) *“la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en octubre de 1995, el Consenso de Quito, aprobado en la décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en Quito en agosto de 2007, el Consenso de Brasilia, aprobado en la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en Brasilia en julio de 2010, y las conclusiones convenidas sobre la eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña del 57º período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de 2013, la Convención sobre los Derechos del Niño y sus dos protocolos facultativos, y la resolución 2012/1 del 45º período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas de abril del 2012, que insta a los gobiernos a proteger los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, aprobada durante la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe de 2012, celebrada con ocasión del décimo aniversario de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 2002..”* (y siguen las enumeraciones de documentos, tratados, pactos, etc.). Consenso de Montevideo, Preámbulo, pág. 4.

subnacional, y asegurar su integralidad y sostenibilidad, con la participación activa de otros actores no gubernamentales (Medidas Prioritarias, pág. 9)⁵³.

En cuanto a los Comités monitores de los principales tratados de DDHH, han efectuado numerosas recomendaciones sobre SSR y DSR, en particular alrededor de la discriminación hacia las mujeres y a la persistencia de violencia hacia ellas por la prevalencia de estereotipos discriminatorios de género, lo que incide en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La mayoría de ellas recomiendan descriminalizar el aborto y/o a facilitar en tiempo y forma los abortos previstos por ley; a facilitar el acceso a la justicia y capacitar a magistrados y jueces en DDHH; a que el Estado provea presupuesto suficiente y servicios adecuados y de calidad para atender la SSR, incluidos los métodos anticonceptivos, y capacitar al personal; proveer educación sexual en las escuelas, y otros relacionados⁵⁴. La sistematización de la jurisprudencia de los Comités monitores realizado por el CLADEM, revela que existen países que han incumplido con las observaciones y recomendaciones emanados de los Comités.

- **Nivel nacional y subnacional/local**

En la última década, los países de la región han avanzado en su legislación interna respecto a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, en dos líneas básicas: a) buscando eliminar legislación vulneradora de los derechos, y b) legislando para crear políticas públicas que atiendan a las necesidades de las mujeres en esta materia. Todos los países ratificaron el Plan de Acción de Cairo entre otros muchos compromisos internacionales y regionales de DDHH, pero esto no siempre se correlaciona con buenas políticas públicas o mejor atención de la SSR, pues los servicios exigen presupuesto, mientras las declaraciones no tienen costo⁵⁵. Además, los gobiernos de la región mantienen a su ciudadanía en la ignorancia de estos

⁵³ En el acápite D, sobre “Acceso Universal a los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva”, el documento reafirma los principios generales de DDHH que ya estableciera la Conferencia de Cairo, pero destaca en particular algunos de los problemas ya señalados, como ser: la alta prevalencia de muertes maternas (en su mayoría prevenibles), el hecho de que “la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos”, (pág. 15), la necesidad de eliminar el estigma y la discriminación, que siguen siendo generalizados, en especial respecto de personas LGBT, las trabajadoras del sexo, las mujeres que viven con VIH/SIDA, las personas que usan drogas y otros grupos clave, y la demanda insatisfecha de anticoncepción entre la población que vive en la pobreza y en áreas rurales, entre los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes y grupos en condición de vulnerabilidad como mujeres, adolescentes y jóvenes y personas con discapacidad...” (pág. 15).

⁵⁴ El Comité de DDHH (que sigue el Pacto de Derechos Civiles y Políticos) ha hecho observaciones para Argentina (2000, parag 14, y 2010, parag 13); Colombia (1997 parag 37, 2004 parag 13, y 2010 parag 19); Guatemala (2001, parag 19; 2001, parag 24); Honduras (2006, Parag. 8); México, (2010, Parag. 10); Nicaragua (2008, parag 13; 2008, parag 19); Nicaragua (2008, parag 13 y 19); Panamá (2008, Parag. 9); Paraguay (2005, parag 10); El Salvador (2003, 4° Parag. 14, 2010 parag 10). El Comité de DESC a Argentina (1999, parag 38; y 2011, parag 22); Bolivia (2001, parag 43 y 27 inc f); Brasil (2003, parag 62 y 28 inc. a, f, y 2009 parag 29); Chile (2004, parag 53 y 54); Colombia (2010, Parag. 26); Rep Dominicana (1997, parag 44; 2010, parag 28 y 29); Ecuador (2004, Parag. 54); México (2006, parag 33, 40 y 44); Nicaragua (2008, parag 27); El Salvador, (parag 44); Uruguay (1997, parag 24, y 2010, parag 24); El Comité que sigue a la CEDAW a Argentina (1997, parag 318 y 319; 2002, parag 361; 2004, parag 381; 2010, parag 38); Bolivia (2008, parag 41 y 43); Brasil (2003, Parag. 127); Chile (1995, parag 158; 1999, parag 7; 2006, parag 18 y 20); Colombia (1994, parag 612; 1999, parag 394 y 396; 2007, parag 23); República Dominicana (1998, parag 349; 2004, parag 309); Ecuador (2003, parag 25; 2008, parag 39 y 41); Guatemala (2002, parag 195; 2009, parag 40); Honduras, (2007, Parag. 25); México (1998, parag 426, 408 y 409; 2002, parag 446); Nicaragua (2001, parag 148, 150 y 152; 2007, parag 17 y 18); Panamá (2010, parag 41, 43 y 45); Peru (1006, parag 131; 2005, parag 33); Paraguay (1996, parag 131; 2005, parag 33); El Salvador (2008, Parag. 36); Uruguay (2002, parag 203; 2008, parag 39 y 41),

⁵⁵ A esto hay que sumar la cuestión de cómo varía esta normativa en los países federales, es decir, a nivel descentralizado – que es el nivel que tiene a su cargo el cuidado de la salud –(de nuestro universo, Argentina, Brasil, México).

tratados y de los compromisos asumidos, con lo cual los pedidos de cuentas son escasos y tienen muy escasos e ineficaces canales para su tramitación.

Algunos avances puntuales han sido: la promulgación de leyes o diseño de políticas públicas y programas sobre SSR; como la legalización del aborto en Uruguay (2012) y en México DF; la sanción del matrimonio igualitario para las personas LTGBI (Argentina, Brasil, Uruguay); la sanción de leyes de educación sexual. Argentina tiene además la Ley de identidad de Género. Varios países caribeños que tenían penalizada la homosexualidad, abolieron estas normas discriminatorias.

En todos ellos existe una enorme brecha que separa la normatividad jurídica o administrativa, de las prácticas concretas; añadido a que la legislación suele ser incompleta o ambigua. La mayoría de los servicios de los centros de salud están sostenidos por acuerdos ministeriales, guías técnicas, decretos, etc.; existen pocos protocolos o reglas de funcionamiento, y aún ellos no se cumplen. Las prestaciones suelen ser brindadas por los servicios de salud tradicionales (escasa existencia de servicios especializados sobre DSR), con el simple añadido de distribución de métodos anticonceptivos (MAC). La consulta en SSR, que debería ser un servicio de atención primaria y respetar la autonomía de las mujeres, es reemplazada por la consulta médica clínica tradicional. Todos los países establecen normas sobre su gratuidad, aunque no siempre sobre todas las prestaciones; o tienen parte del arancel cubierto por seguros, bonos, obras sociales o similares.

La normativa **formal** que protege el derecho a la salud sexual y reproductiva (de manera amplia, respaldando los DDHH en general, o específicamente los DSR) suelen tener jerarquía menor que otros temas: no en todos los casos son leyes nacionales específicas; muchos países presentan decretos, acuerdos o articulados dentro de leyes más generales (sobre salud en general o juventud). Son pocas las normativas de alto nivel que establecen políticas activas integrales en el tema. Algunos países, como Paraguay, tienen gran cantidad de normativas parciales, lo que ocasiona cierta confusión en prestadores/as y usuarias por la dispersión de normas⁵⁶. Dos de los que no han legislado sobre Salud sexual y reproductiva son El Salvador y Honduras. En muchos casos hay normativa heterogénea o contradictoria, por lo que continúan manteniendo en su legislación, sus normas administrativas y sus políticas públicas, paradigmas pre-Cairo, enfocando la salud reproductiva como planificación familiar, considerando como únicas beneficiarias las mujeres en edad reproductiva, priorizando la salud materno infantil, o con persistencia de metas demográficas.

Unos pocos países han incorporado los DSR/SSR a su Constitución; en cambio, en ocho países existen disposiciones constitucionales que protegen la vida desde el momento de la concepción o establecen el Día del Nonato: Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay⁵⁷, República Dominicana y Venezuela, a lo que hay que añadir muchas Entidades Federativas (Estados) mexicanos, que retrocedieron en esta normativa después de la aprobación del aborto en el D.F.⁵⁸. Además, muchos textos constitucionales invocan la protección de Dios o dan status privilegiado a la iglesia católica, que como sabemos es activa en contra de estos derechos⁵⁹. A pesar de que algunas de estas medidas puedan ser interpretadas como sin efectividad en los DSR, entendemos que igualmente urge un cambio legislativo o constitucional para que nuestros estados regionales sean laicos.

⁵⁶ Idem

⁵⁷ Este país establece “el derecho a la vida, en general, desde la concepción...” y en consonancia con el Pacto de San José de Costa Rica se entiende que no sería obstáculo para despenalizar el aborto.

⁵⁸ Esta cláusula limita no solamente la legislación de no punibilidad por causales, sino el avance hacia la despenalización del aborto y otros temas conexos, como la fertilización asistida, limitaciones para la distribución o indicación de determinados métodos anti-conceptivos, y la muerte digna.

⁵⁹ CLADEM. A 20 años de la Conferencia del Cairo. Balance Regional. Lima, setiembre 2013.

Otra deuda de los Estados de la región con las mujeres es el acoso sexual en el ámbito laboral, ya que pocos países han legislado sobre el mismo, no obstante que la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia hacia la mujer se refiere expresamente al acoso sexual como una forma de violencia en contra de las mujeres. El artículo 2 de la convención aclara que la violencia contra la mujer comprende **“el acoso sexual en el lugar de trabajo así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”**.

Deseamos señalar la existencia de **legislación vulneradora** de los DDHH/DSR, en algunos casos retrocesos respecto a situaciones anteriores, que pasamos a describir brevemente en este punto, se abordará con más amplitud más adelante. Existen 5 países con el aborto totalmente penalizado (sin causales de exención de pena), de los cuales hay tres (Nicaragua, El Salvador y Honduras) cuyas legislaciones son particularmente duras. Justamente en El Salvador, actualmente hay 17 mujeres presas por esta causa. República Dominicana tiene firmado un concordato vigente con El Vaticano, que no solamente reconoce a la católica como la religión oficial del Estado y le asegura subvenciones, sino que –entre otros privilegios jurídicos e impositivos, establece la educación religiosa obligatoria en las escuelas⁶⁰. Asimismo la Constitución de este país establece que el matrimonio sólo puede establecerse entre un hombre y una mujer, lo que implica una forma de discriminación por identidad de género, opción sexual u orientación sexual.

Guatemala, República Dominicana, Honduras, presentaron reservas (vigentes) al Plan de Acción del Cairo⁶¹, mientras Argentina y El Salvador (que en su momento las presentaron) actualmente las retiraron. También existen disposiciones constitucionales protegiendo al *“nasciturus”* o la vida desde el momento de la concepción, (si bien con algunas diferencias) en: El Salvador, (1999, art. 1); Guatemala (1985 art. 3); Paraguay (1992, art. 4)⁶² y Perú (2012, art. 2); República Dominicana (2010, art 37). Por su lado, 16 Entidades Federativas (estados) mexicanos retrocedieron en sus Constituciones, sobre el tema aborto (eliminaron algunas causales de ANP) después de la legalización del aborto en DF (2011). Finalmente, Honduras tiene prohibido legalmente la distribución de la anticoncepción hormonal de emergencia, un recurso anticonceptivo aprobado por la OMS.

III.- POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN Y RESPUESTAS ESTATALES.

En la mayoría de nuestros Estados, las políticas públicas referidas a la SSR son precarias, deficientes, asistemáticas, heterogéneas y altamente dependientes del personal de salud que atiende a las usuarias. Esto, a pesar de que en el Consenso de Lima (2000) —ratificado en las sucesivas conferencias— los gobiernos se comprometieron a *“garantizar la protección de los derechos humanos de las mujeres, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, y hacer frente a las violaciones de estos derechos prestando particular atención a todas las formas de violencia sobre la base del género y a sus causas básicas, incluida la reproducción de una cultura de violencia”* y a *“formular y perfeccionar programas encaminados a proteger la salud y los derechos*

⁶⁰ “2. En los asilos, orfanatos, establecimientos o instituciones oficiales de educación, corrección y reforma de menores dependientes del Estado, se enseñará la religión católica y se asegurará la práctica de sus preceptos. 3. El Gobierno Dominicano, cuando sea posible, confiará a religiosos y religiosas la dirección de los hospitales, asilos y orfanatos y otras instituciones nacionales de caridad. La Santa Sede, por su parte, favorecerá tal proyecto.” (art 19).

⁶¹ En su momento, también establecieron reservas por escrito, países de LAC; Argentina, Perú, El Salvador y Ecuador, todas estas retiradas.

⁶² Paraguay la incluye con la expresión “en general”, que al igual que el Pacto de San José de Costa Rica no impediría despenalizar el aborto.

sexuales y reproductivos de las mujeres, de conformidad con las disposiciones adoptadas en El Cairo por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y en Beijing por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Lo mismo podemos afirmar de la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe celebrada en Brasilia en julio de 2010. Y últimamente, en el Consenso de Montevideo (en el marco de la Conferencia Regional preparatoria de Cairo+20), se recomendó despenalizar el aborto y desarrollar acciones hacia la laicidad de los países.

Estamos lejos de cumplir con estas recomendaciones. A pesar de que la mayoría de los países cuenta con un marco jurídico favorable que regula las relaciones entre los géneros, en los 3 países (leyes de igualdad de oportunidades, de responsabilidad paterna y materna, Códigos de la niñez y adolescencia, leyes y programas de SSSR entre otras) en la práctica se continúan reproduciendo los mandatos tradicionales de género en las relaciones entre hombres y mujeres. Por lo tanto, existe demanda insatisfecha de servicios que garanticen la autonomía de las mujeres para gozar de sus DSR, tanto por razones económicas (escasez o ausencia de insumos, en particular MAC), como por razones ideológicas (el sistema de salud tiene una orientación sexista y racista, tiende a mostrar que atiende a las personas "de favor" y no que ellas están disfrutando de un derecho que debe satisfacer el estado).

En el caso de las mujeres lesbianas y transgénero, en la gran mayoría de países de Latinoamérica y el Caribe no han sido consideradas en la normativa legal interna ni cuentan con políticas públicas específicas que garanticen sus derechos y prevengan el trato discriminatorio y violento que afrontan tanto en el ámbito privado como el público. La Presidenta de la CIDH y relatora de derechos humanos de la comunidad LGBTTTI, Tracy Robinson, reconoció el pasado mes de agosto de 2014 la situación de invisibilidad de la violencia en contra de las mujeres. Entre ellas, la violencia sexual en su contra por su orientación sexual o su identidad de género, o el maltrato en el sistema de salud. Demando su urgente atención para revertir dichas situaciones⁶³.

Los principales obstáculos (de mayor o menor gravedad), son, sobre todo, los siguientes:

- Servicios poco accesibles, sea por razones geográficas (población rural, en situación de pobreza), o ideológicos (discriminación por motivos de raza/etnia);
- Falta de capacitación para atender necesidades específicas de grupos LTGBI, adolescentes y jóvenes;
- Mala o mediocre calidad en el trato y todo el curso de la atención; actitudes discriminatorias hacia grupos poblacionales específicos (pueblos indígenas y afrodescendientes, discapacitados/as, en situación de pobreza, etc.).
- En la mayoría de los países, los centros o servicios de salud SSR están sobredemandados o colapsados.
- Falta de recursos humanos y materiales; insumos, discontinuidad en la provisión de MAC. La causa puede ser países con la capacidad de atención colapsada por crisis económica o por la reciente gratuidad (ej.: Bolivia), o por falta de voluntad política de otorgarle mayor presupuesto.
- En muchos casos la entrega de MAC no es totalmente gratuita. En algunos países, se distribuyen sólo en algunos hospitales de alta o media complejidad; y no en los centros de atención primaria de la salud.
- La gama de MAC se encuentra reducida o condicionada de diversas formas (edad, número de hijos, tipo de pareja, etc.). Hay "saltos" en la disponibilidad (durante períodos variables no se encuentran disponibles), se discontinúan, o cambian de proveedor y/o marca, etc.
- Negligencia: Falta de capacitación/sensibilización al personal, suficiente y adecuada, especialmente en temas de DDHH y Género.

⁶³ En: www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=7584

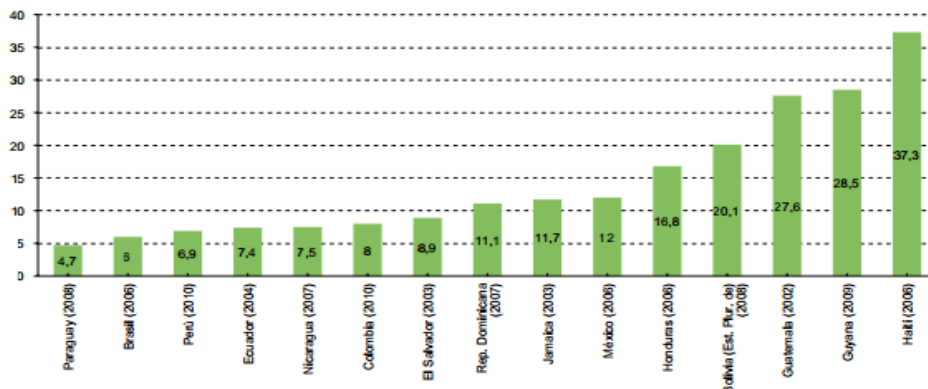
- Burocracias ineficientes: escasa difusión de las prestaciones brindadas por los servicios de salud; poco conocimiento de sus derechos por parte de usuarias.
- Ideológicos: esto determina la mala calidad de los servicios, complica la adhesión de las usuarias y determina distorsiones en las consejerías SSR según las convicciones del personal. Podemos enumerar:
 - Contrarios a que las mujeres puedan elegir su vida sexual y reproductiva
 - Persistencia de actitudes biologistas, autoritarias y patriarcales por parte del personal de salud, lo que determina el maltrato institucional a las mujeres, basada en su sexo/género.
 - Persistencia de la priorización de la mujer madre (ej: la SSR está dentro de programas materno infantiles) antes que sujeto de derechos.
 - Dificultades para incluir la SSR en el marco conceptual y normativo de los DDHH.

El indicador habitualmente utilizado para medir estos problemas es el de “demanda insatisfecha de planificación familiar”.

GRAFICO 2

Demanda insatisfecha de planificación familiar

AMÉRICA LATINA (12 PAÍSES) Y EL CARIBE (3 PAÍSES): DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, sobre la base de Naciones Unidas, Base de datos de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [en línea] <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>.

En el marco de las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, este es un indicador de gran importancia, aun cuando pocos países de la región cuentan con esta información, especialmente en el Caribe, donde solo tres países disponen de datos. Como se observa en el gráfico 1.7, Haití encabeza la lista de países con mayor demanda insatisfecha con un 37,3%, lo que significa que casi cuatro de cada diez mujeres no tienen acceso a planificación familiar. También presentan altos niveles de demanda insatisfecha Guatemala, con un 27,6% estable en el tiempo, Bolivia (Estado Plurinacional de) con un 20,1% y Honduras con un 16,8%.

En síntesis,

- Los gobiernos dan poca importancia a las políticas públicas en el tema; les otorgan baja prioridad presupuestaria y de personal, espacios reducidos, alta carga administrativa, etc.
- Las capacitaciones al personal son aisladas, no sistemáticas, en ocasiones erráticas. Los temas son fundamentalmente médicos; casi no existen temas de DDHH y género. No se incluye al personal administrativo.
- Las campañas de difusión siguen el mismo patrón: esporádicas, aisladas, no enfatizan en derechos.
- No existen suficientes servicios o personal capacitado para atender a jóvenes de ambos sexos en sus necesidades específicas; tampoco para etnias indígenas o afro, o personas LTGBI.

En cuanto a los mecanismos de recepción de quejas/rendición de cuentas.

- En la mayoría de los países estos mecanismos son insuficientes o no funcionan de manera adecuada; no se garantiza a la población la existencia de sanciones o castigos a las instituciones que incumplan, si se presentan quejas.
- Algunos tienen mecanismos formalmente establecidos, pero de aplicación errática o incompleta.
- Escasa relación con la sociedad civil organizada en movimientos sociales u ongs de orientación progresista, que deberían monitorear el funcionamiento de los servicios y la satisfacción de usuarios/as.
- Fuerte peso de las iglesias y las religiones, en particular la católica como fuente primaria que desarrolla estrategias de incidencia política, económica, social y cultural para impedir el avance de estos derechos.

- **Violencia sexual contra las mujeres**

Un párrafo aparte merece la persistencia del fenómeno de violencia contra las mujeres en la esfera sexual y reproductiva, y respecto al tema que nos ocupa: la violencia sexual en el ámbito público (institucional, laboral, comunitaria) o privado (familiar, doméstico, etc). La Convención de Belem do Para (2004), es un instrumento regional que, si bien ha generado legislación en la región, no ha logrado por el momento que se diseñen e implementen políticas públicas consistentes para cumplir con sus objetivos. Tampoco existen estadísticas confiables que permitan medir de manera confiable el fenómeno, que sabemos continúa vigente en toda la región y según CEPAL, en los últimos años se observa un agravamiento de su crueldad⁶⁴. Consecuentemente con la baja calidad de las políticas públicas (e incluso en la legislación específica en el tema), la violencia sexual es poco contemplada tanto en el sistema de salud (donde hay pocas políticas destinadas a su prevención y tratamiento) como en los ámbitos laborales o institucionales en general.

A esto debe añadirse el ya conocido fenómeno de re victimización que sufren las víctimas al concurrir a las instituciones que deberían protegerla, como la policía, el poder judicial o incluso el sistema de salud. En algunos países no siempre disponen del kit para violación (PAHE y antirretrovirales) por falta de presupuestos/insumos. Si bien se han realizado algunas campañas de concientización de la población, estas han sido en general erráticas y poco consistentes. Sin embargo, la violencia sexual es un fenómeno muy extendido en la región, con particulares picos en algunos países de América Central y México. En casos de conflictos armados y tal como ya lo ha sostenido Amnistía Internacional⁶⁵, las mujeres siempre son rehenes del mismo y la violación como arma de guerra suele ser utilizada sistemáticamente.

Al igual que en el resto del fenómeno de la violencia hacia las mujeres, no existen estadísticas confiables en la región sobre este tema.

También quisiéramos mencionar en este acápite la violencia obstétrica de la que son objeto la mayoría de las mujeres de la región, ya que pocos países han legislado con normativa de alto nivel el parto humanizado o respetado, por lo que no se cumple con esas disposiciones. La mujer suele ser concebida como un objeto de prácticas médicas, no una persona sujeto de derechos.

IV.- SITUACION DE VULNERABILIDAD DE MUJERES ADOLESCENTES, INDIGENAS Y MUJERES AFRODESCENDIENTES

IV.1. Situación de la SSR en adolescentes

- **Maternidad en la adolescencia**

⁶⁴ CEPAL et al (2013), OIG. Informe... op cit

⁶⁵ Amnistía Internacional (2004): *Colombia: Cuerpos marcados, crímenes silenciados. Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado*. 13 de octubre de 2004 RESUMEN Índice AI: AMR 23/040/2004. disponible en: http://www.revistafuturos.info/documentos/docu_f14/violencia_Colombia.pdf

En este indicador se evidencia la desventaja que enfrentan las mujeres más jóvenes, más pobres y menos educadas en el acceso y uso de recursos de salud sexual y reproductiva. En LAC y según la CEPAL, la tasa de fecundidad de adolescentes 15-19 años permanece estable en la mayoría de los países, y muestra una persistente resistencia a la baja. En un grupo de países ha disminuido, pero en otros ha aumentado. Los países con más alto porcentaje son: Nicaragua (20%), Honduras (18%), Ecuador (17%), Belice y Guatemala (16% en cada uno). Cuatro países donde la cifra se había incrementado de manera moderada en la década anterior, muestran una relativa estabilidad: en el Brasil y Panamá se produjo una leve baja de 3 y 2 puntos porcentuales respectivamente, México no varía su proporción de 12% y el Ecuador presenta un incremento moderado.

GRAFICO 3

AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES) Y EL CARIBE (2 PAÍSES): MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE SON MADRES, DATO INICIAL Y ÚLTIMO DATO DISPONIBLE
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, sobre la base de fuentes oficiales.

Estos antecedentes son problemáticos en dos sentidos: por un lado, porque contrastan con las tendencias a la disminución de la fecundidad en el resto de los grupos etarios, documentada en distintos estudios (CEPAL, 2011a) y, por otro, debido a que el embarazo temprano, si bien ocurre en todos los estratos sociales, se concentra predominantemente en los sectores de menor nivel socioeconómico. La brecha de fecundidad entre las adolescentes del quintil más pobre y las del quintil más rico es muy alta (lo mismo que la brecha entre las mujeres jóvenes con menor nivel educativo y el resto) (Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres, dato inicial y último dato disponible, fuente CEPAL et al, OIG, op cit, 2013).

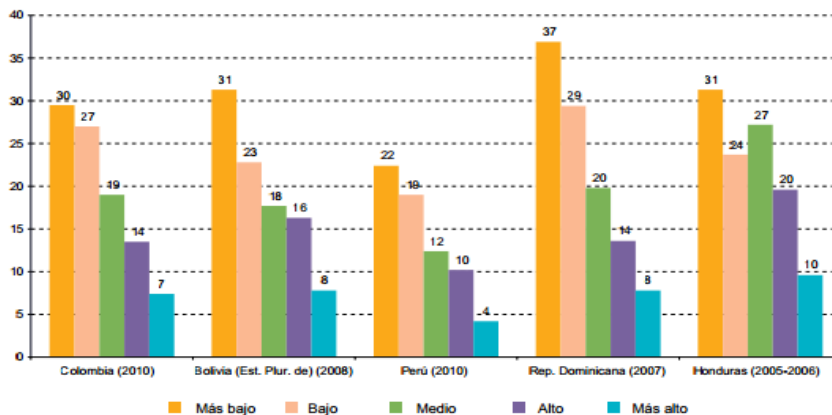
Debe señalarse la carencia de datos confiables en este tema; la información estadística muestra graves vacíos. Los datos disponibles de algunos países son muy antiguos, Por ej. Belice y Trinidad Tobago presentan datos de la década 1990 a 2000, Uruguay de 1985 a 1995, Costa Rica de 1984 a 2000, Honduras de 1988 a 2001, Argentina de 1991 a 2001, Bolivia de 1992 a 2001, o Chile y Paraguay de 1991-2002. El embarazo de menores de 15 años es uno de los temas más invisibilizados, debido a la falta de registros administrativos (Fuente: ibídem).

Según UNICEF⁶⁶, en América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes.

- En el Caribe anglófono, el 82% de hombres jóvenes y el 52% de mujeres adolescentes, de entre 10 y 18 dicen haber comenzado a tener relaciones sexuales a los 13 años. Muchos también dicen que su primera experiencia sexual fue forzada.
- Los porcentajes de embarazos son de tres a cinco veces más altos entre adolescentes de escasos recursos que entre adolescentes que cuentan con recursos económicos.
- En la región, aproximadamente 50% de las y los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos.
- Las niñas menores de 15 años tienen mayores posibilidades de morir en el alumbramiento que las mujeres mayores de 20 años. En el 2006 en El Salvador, 27% de todas las muertes maternas se dieron entre madres adolescentes.

GRAFICO 4

AMÉRICA LATINA (5 PAÍSES): JÓVENES DE 15 A 19 AÑOS QUE SON MADRES* O ESTÁN EMBARAZADAS^b, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, ALREDEDOR DE 2010
(En porcentajes)



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS) [en línea] <http://www.measuredhs.com/>. Informe final de cada país.

* Se refiere a las mujeres que han tenido un hijo/a nacido/a vivo/a.

^b Se refiere a las mujeres que están embarazadas de su primer hijo/a.

En Centroamérica esta situación se agrava, según UNFPA, los/as adolescentes y jóvenes de esta zona inician su vida sexual cada vez más temprano, exponiéndose a adquirir una ITS, o a embarazos no deseados⁶⁷. En los pueblos indígenas y afrodescendientes esta situación se agrava. Nicaragua tiene una tasa de 109 nacimientos de madres de 15 a 19 años por cada 1000 mujeres (uno de cada cuatro partos es de una menor de 19 años), Honduras de 108; una de cada cuatro jóvenes ha estado alguna vez embarazada, mientras en Guatemala uno de cada cinco niños que nacen es de madres adolescentes; durante los primeros siete meses de 2013 se registraron más de 34 mil embarazos entre estas jóvenes según fuentes oficiales⁶⁸. Hay una tendencia a considerar el embarazo en adolescente como algo normal. Esto resulta grave particularmente en menores de 14 años, porque aunque Guatemala tenga como edad núbil –en mujeres 14

⁶⁶ "Hechos sobre la Niñez y Adolescencia en LAC". UNICEF, [www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)

⁶⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas en Nicaragua. UNPA. Así andamos Adolescentes y Jóvenes. Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes.

⁶⁸ http://www.prensalibre.com/noticias/politica/embarazos-adolescentes-violaciones_0_1000100152.html

años y en hombres 16 años– si tiene consentimiento de los padres o su tutor puede contraer matrimonio, lo que contraviene los acuerdos en materia de derechos humanos.

Pero es Nicaragua el país con índices más preocupantes en la región de América Latina, ya que tiene el índice de embarazo adolescente más alto. Los datos de la ENDESA (organismo oficial) reportan que en promedio 24.6% de mujeres entre 15 y 19 eran madres o estaban embarazadas al momento de la encuesta. En la Costa Caribe nicaragüense, según datos del Consejo Regional del Caribe Norte, los embarazos en adolescentes aumentaron entre 2012 y 2013, reportándose 168 más que el año anterior. La atención del embarazo no es buena, ya que el porcentaje de adolescentes embarazadas que tuvieron al menos tres controles prenatales fue del 48%. Aunque se estima que muchas mujeres en edad fértil hacen uso de medios anticonceptivos, en el grupo de 15 a 19 años solamente el 10% de las jóvenes los utilizan.

- **Existencia de servicios especialmente diseñados para adolescentes**

El Balance Regional de CLADEM que hemos mencionado indica que muy pocos países ofrecen servicios de este tipo, a pesar de que en algunos de ellos tienen leyes que protegen la SSR de jóvenes y adolescentes. Un problema particular se presenta respecto a solicitar la compañía de padres o un adulto responsable, aún para brindar información básica sobre la salud SSR y los medios anticonceptivos. Esta situación se agrava en los casos de menores de 14 años. Se presiona de este modo a los/as jóvenes, quienes no necesariamente desean que sus familiares conozcan su intimidad sexual.

Por otro lado, no se implementan políticas públicas para estimular el acceso de este grupo poblacional a los centros de salud; el cual está todavía más dificultado en zonas rurales o en culturas indígenas y afro. Se sabe que por su etapa vital, los y las jóvenes no suelen concurrir a los centros de salud, que no suelen ser muy amigables con ellos y ellas. Por eso la importancia de incluir información sobre sexualidad en las escuelas, a través de una Educación Sexual Integral (ESI).

- **Existencia de Educación sexual en las escuelas (ESI)**

Es importante incluir la educación sexual en los establecimientos educativos, debido a que ella resulta de fundamental importancia para que jóvenes de ambos sexos puedan cuidar su salud, ir ejerciendo progresivamente el grado de autonomía que su maduración les permite como derecho humano, aprender a disfrutar de la sexualidad, protegerse del abuso sexual infantil y juvenil, prevenir embarazos tempranos e infecciones de transmisión sexual. Debe estar incluida en los establecimientos educativos porque las familias en general tienen serias dificultades para enfocar el tema con sus hijos/as. Sin embargo, también aquí existen peligros⁶⁹.

Son escasos los países que han incluido educación sexual integral (tal como es recomendada por la OMS) en una normativa de alto nivel jurídico (ley nacional) o administrativo. Su ejecución todavía enfrenta numerosos obstáculos, tales como:

- Personal docente (directivo y/o a cargo de aula) sin capacitación específica y con miedo a que la comunidad sea hostil a esta actividad.

⁶⁹ El Ex Relator Especial del Derecho a la Educación de Naciones Unidas plantea que “...el marco social de asimetrías y desigualdades que identificamos como patriarcalismo precede a los sistemas educativos y conserva una influencia decisiva en los determinantes que producen la exclusión social en la escuela”. Fuente: Muñoz, Vernor. Informe Relator Especial sobre el Derecho a la Educación. Consejo Económico y Social E/CN.4/2006/45, 8 de febrero de 2006, Párr. 15.

- Campañas de sectores contrarios, enfatizando que debe ser provista por “la familia”, aún en sectores en que las familias están desintegradas o colapsadas.
 - Educación biológica y moralista, sin integralidad, sin reconocimiento al derecho al placer sexual, y sin fundamentos científicos/basados en evidencias.
 - Escasa o nula atención a particularidades étnicas (indígenas, afro), a condiciones de vida y clase, a opción/identidad sexual.
 - Cuando se incluye en las actividades escolares, suele circunscribirse a clases académicas en lugar de ser un ámbito de contención de dudas y preocupaciones como base para lograr la confianza de los/as educandos/as, y brindar información calificada.
- **Situación de discriminación de pueblos indígenas y afrodescendientes**

En algunos países de la región, la población indígena es mayoría; pero a pesar de ello, está privada o restringida de los derechos de la minoría blanca, debido a las condiciones estructurales producto de la discriminación y la marginalidad histórica de estos pueblos, sumado a la falta de voluntad política de gobernantes, a pesar de los compromisos internacionales y las leyes nacionales. Las mujeres sufren discriminaciones múltiples. Es recientemente que se ha comenzado a visibilizar esta problemática.

Según el Informe Asociación Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora RMAA (2014)⁷⁰, se constatan serias limitantes para la eficiente y eficaz formulación de políticas públicas derivadas de las leyes y compromisos internacionales de los países que presentan pueblos indígenas y afrodescendientes, tales como falta de censos de población incluyentes de la diversidad étnica e identidades culturales, falta de registros de datos y estadísticas que expresen la desagregación por etnias, identidades y lenguas, de forma tal que se cuente con información de la realidad específica de las comunidades afrodescendientes e indígenas que sirvan de base para la formulación de políticas y planes de acción a favor de estos pueblos^{71, 72}.

El citado informe estudia tres países con alta presencia de población indígena: Guatemala, Honduras y Nicaragua. Guatemala en el año 2013 tenía cerca de 15 millones de habitantes, con un 69% menor de 30 años. Del total, 51.22% son mujeres y alrededor de 6 millones son indígenas⁷³, es decir entre el 60 y el 40% aproximadamente⁷⁴, mientras la población afrogarífuna se estima en 110 mil habitantes según proyecciones del censo 2002⁷⁵. La pobreza sigue afectando a más de la mitad de la población (53.7%), principalmente a la población indígena y rural. Honduras tiene una población de 8.500.000, de los cuales el 51%, son mujeres. Al

⁷⁰ RMAA (2014). Informe Alternativo de las Redes de Mujeres Afrodescendientes e Indígenas de Guatemala, Honduras y Nicaragua para Cairo+20. Edición propia, Managua, Nicaragua.

⁷¹ El idioma oficial es el español, aunque existe diversidad étnica, donde algunos grupos conservan su lengua nativa como los garífunas y los misquitos ubicados en la zona costera atlántica de Honduras, Endesa 2011- 2012, en Guatemala coexisten 25 comunidades lingüísticas.

⁷² La población indígena y afrodescendiente de los tres países está localizada en la Costa Caribe en grandes extensiones de tierras, distantes de los centros de gobierno y económicos, con poca infraestructura y con servicios precarios en Salud y Educación, olvidados de políticas públicas de sus gobiernos.

⁷³ País multilingüe (por los 25 idiomas que hablan); multiétnico (por sus 25 etnias). En los Acuerdos de Paz, se reconoce que en el país, cohabitan 4 culturas: (Maya, Garífuna, Xinka y Ladino o mestizo). Fuente: Guatemala, un país pluricultural. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. http://www.segeplan.gob.gt/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=85.

⁷⁴ Del total indígena, la población Garífuna representa el 4% de la población y los Xinkas el 7% de la población total. Otro 58% se clasifica como ladina. Fuente: ibídem anterior.

⁷⁵ <http://www.afrolatinos.tv/index.php?root.display/249/Guatemala#lang1>

igual de Guatemala, es considerado un país multiétnico, multicultural y multilingüe⁷⁶; cifras oficiales indican que el 90% son mestizos, -pero muchos de ellos se autodefinen como indígenas, 2% blancos, 3% Garífunas y 6% indígenas⁷⁷. Nicaragua tiene una población de 6.036.396 habitantes⁷⁸; de los cuales, 443.847 se auto identifican como indígenas y/o afrodescendientes. Además, se registran 135.456 indígenas y 23.161 afrodescendientes en la Costa Caribe, mientras en el Pacífico, Centro y Norte 92.304 se autodefinieron como indígenas⁷⁹.

En estos pueblos en los tres países estudiados, si bien se observan algunos avances en la igualdad entre los sexos, la salud y la violencia contra la mujer en cuanto leyes y a la creación de mecanismos intergubernamentales para el seguimiento, no son satisfactorias para las mujeres afrodescendientes e indígenas, quienes viven la discriminación estructural, social y cultural en sus vidas, ante la inoperancia de las instituciones del Estado y la falta de voluntad política de sus funcionarios. Los territorios de estas comunidades son zonas empobrecidas, invadidas por el narcotráfico y el atraso de la infraestructura vial y de técnicas de comunicación. Las mujeres afrodescendientes e indígenas están en las estadísticas de las más pobres, analfabetas, con menos acceso a salud y educación en sus lenguas maternas, son las menos en los cargos de toma de decisión, en la participación política de los tres países y sus luchas y reivindicaciones son reconocida de forma casual y momentánea, es decir, no es de forma sostenida, ni normativa. En la práctica sus logros son construidos y elaborados por ellas mismas sin que el Estado garantice sus Derechos⁸⁰. Esto es particularmente cierto en el caso de las mujeres pobres, quienes tienen altas tasas de fecundidad y de mortalidad, materna e infantil, desnutrición, analfabetismo, riesgos ambientales y poco acceso a servicios básicos así como limitado empoderamiento⁸¹.

CLADEM, en conjunto con otras organizaciones, ha presentado una audiencia temática en el año 2011 sobre el derecho a la educación de los pueblos indígenas, para lo cual elaboró el informe *“Acceso a la educación de las mujeres indígenas, campesinas, afrodescendientes y de sectores rurales. Hacia la igualdad y no discriminación”*⁸². Este estudio abarcó también otros países además de los mencionados anteriormente y nos permitió comprender que el grupo de mujeres indígenas y afrodescendientes sufren discriminación por razones de pertenencia étnica, lugar de residencia y pobreza. Por ello, presentan graves brechas en educación, pero también en salud y acceso a los servicios del estado, incluyendo el acceso a la justicia. A medida que se alejan de los grandes centros urbanos, los servicios de salud tienden a ralear, y en ocasiones hay que recorrer gran cantidad de kilómetros para llegar a una posta sanitaria mal equipada, con instalaciones precarias y con dificultades para proveer insumos, como anticonceptivos y otros. El déficit en educación contribuye a que no tengan recursos informativos para cuidar su salud en general, y en particular su salud sexual y reproductiva⁸³.

⁷⁶ <http://www.afrolatinos.tv/index.php?root.display/257/Honduras#lang1>

⁷⁷ Existen 9 pueblos indígenas que son: Lenca, Miskito, Pech, Tulupan, Creols, Garífuna, Maya, Chorti y Nahual.

⁷⁸ <http://unfpa.org.ni>

⁷⁹ Informe del VIII Censo de población y IV de Vivienda (2005), citado por ECMIA (2014, op cit.

⁸⁰ ECMIA (2014), op cit

⁸¹ Informe Nacional de la Encuesta Mundial de avances del Programa de Acción de la CIPD. Ministerio de Desarrollo Social. MIDES y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia SEGEPLAN.2013.

⁸² CLADEM et al, *“Acceso a la educación de las mujeres indígenas, campesinas, afrodescendientes y de sectores rurales. Hacia la igualdad y no discriminación”*. Audiencia Temática ante la Comisión Interamericana De Derechos Humanos. 143º Período de sesiones, Washington - 25 de octubre de 2011 Pág. 9.

⁸³ *“Existe un grupo de países en el que la brecha de género en el acceso a la educación es histórica e injusta, porque se centra fundamentalmente en los pueblos indígenas. En Bolivia, el informe realizado por el PNUD⁸³ nos muestra que existen desigualdades substanciales en educación entre mujeres del área rural y hombres del área urbana; las mujeres de comunidades rurales e indígenas del 20% más pobre del país son las más afectadas, las cuales poseen 2,0 años promedio de estudio, frente a los*

Respecto a este último tema, según la RMAA⁸⁴, aun y cuando se han impulsado programas y proyectos dirigidos a la promoción de la salud sexual reproductiva y a la prevención de la violencia, dicha promoción recae en el trabajo comunitario de las mujeres. Esto se suma a que en la cultura indígena ancestral la sexualidad está totalmente oculta, es un tema tabú del que incluso no se puede hablar. La sexualidad está vedada para las mujeres miskitas, pues en su cultura la mujer es propiedad primero de su familia y luego del marido, quien dispone de ella, y la sexualidad está intrínsecamente ligada a la función reproductora, no se reconoce el derecho al placer. Desde el sector salud, la sexualidad sigue viéndose desde la perspectiva biológica, en una asociación directa relaciones sexuales-reproducción, lo que contribuye a que en la promoción de la responsabilidad sobre la prevención de los embarazos y en general del cuidado de la salud reproductiva, sigue casi de forma exclusiva, recayendo sobre las mujeres. Aún es evidente la falta de autonomía de las mujeres en torno al ejercicio de su sexualidad y el control sobre su capacidad reproductiva. Sumado a ello factores como desconocimiento o falta de información, el poco acceso a métodos de anti-concepción por parte de mujeres afro e indígenas, distancias de las comunidades de los centros urbanos, agrava y obstaculizan el ejercicio a la soberanía de sus cuerpos.

Según el mismo informe, respecto a la anticoncepción, en Guatemala por ley debería de haber acceso universal y gratuito, pero, hay poca diversidad, sólo se cuenta con inyecciones, pastillas y la esterilización. Se estima una demanda insatisfecha entre el 26 y 24%⁸⁵ con menor cobertura en la población indígena. La cobertura de las PAE y del DIU es limitada. En Honduras el Estado informa buena cobertura de MACs; sin embargo, contrastando con esa visión, representantes del Movimiento de Mujeres expresan que la distribución de MACs es muy limitada, la PAHE está prohibida y que en esto incide la influencia de la iglesia Católica que promueve métodos de planificación inseguros⁸⁶. Las hondureñas en edad fértil se enferman y se mueren, casi siempre, por problemas relacionados con el ejercicio de su sexualidad y de su reproducción, absolutamente prevenibles en la mayoría de los casos, de acuerdo con el último informe alternativo presentado por CLADEM al Comité de la CEDAW, en 2007. Otro dato importante es que el aborto es la segunda causa de egreso hospitalario después del parto. En 2005, salían de los hospitales estatales 21 mujeres diariamente con ese diagnóstico, precisa un boletín de registros hospitalarios de la Secretaría de Salud.

En Nicaragua, en la Costa Caribe el uso de métodos anticonceptivos modernos registra índices debajo del promedio nacional que según la ENDESA 2011-2012, era del 77.3%, y en el Caribe se reporta en 64.2%. Entre las mujeres que usan métodos modernos, prevalece el uso de la píldora, la inyección y, en tercer lugar el uso del condón. En cambio, entre los hombres el uso del condón como método anticonceptivo fue solo del 5.6%, lo que reafirma que la responsabilidad en la prevención de los embarazos sigue recayendo en las

hombres, urbanos, no indígenas y del 20% más rico del país, que poseen 14,4 años promedio de estudio. Esto muestra que hay una brecha altamente significativa de 12,4 años promedio de estudio que confirma un alto grado de desigualdad entre hombres y mujeres. En Guatemala, por ejemplo, los jóvenes de 15 a 19 años de este grupo étnico, alcanzan el nivel secundario en un 40% más que las mujeres. El caso de Panamá también es llamativo, ya que se observa una diferencia de entre el 30% y el 70% desfavorable para las mujeres indígenas en los tres tramos de edades jóvenes. Esta brecha de género no se ve reflejada en los indicadores para el resto de la población joven, en la que, por ejemplo, las mujeres de 15 a 19 años alcanzan en mayor proporción que los hombres el nivel secundario. Otros países donde se aprecian diferencias de género bastante amplias dentro de la población indígena son México, Ecuador y Paraguay”.

⁸⁴ RMAA (2014), “Informe alternativo...” op cit

⁸⁵ Datos del Observatorio de Salud Reproductiva. (OSAR) en Guatemala.

⁸⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas en Nicaragua. UNPA. Así andamos Adolescentes y Jóvenes. Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes.

mujeres, así como recae en ellas la responsabilidad de hacer frente a las consecuencias de un embarazo no deseado.

En el Examen periódico Universal en cuanto al cumplimiento de los Derechos de las Mujeres en 2010 y 2014 señala que el Estado nicaragüense no da respuestas a los procesos legales que abren las mujeres que denuncian. En el periodo, un alto porcentaje de hechos de violencia contra las mujeres y las niñas han quedado en la impunidad por la falta de investigación adecuada, falta de ejercicio de la acción penal, retardación en la celebración de audiencias y juicios, entre otros. A pesar de la Ley, se mantienen los índices elevados de violencia ya que 306 mujeres fueron asesinadas durante el periodo del 2010 a agosto de 2013 por sus cónyuges, novios o personas cercanas. Nicaragua es signataria de numerosos instrumentos internacionales en contra de la trata y el tráfico de personas. Durante el 2010 la Policía Nacional creó una unidad “antitrata” para combatir con mayor efectividad este grave delito. Aun cuando se han registrado avances, hace falta brindar seguridad y protección a las víctimas y sancionar a los responsables de este delito⁸⁷

La falta de estadísticas especialmente dirigidas a estos pueblos nos impiden brindar datos más específicos; pero el hecho de que los tres países estudiados tienen alta proporción de población indígena y afrodescendiente resulta ilustrativo para los fines de visibilizar la situación de discriminación de estos pueblos.

Para finalizar, recordemos que los Estados deben a estos pueblos el cumplimiento del principio de “no discriminación”, que está estrechamente conectado con el derecho a la igualdad, “...es el corolario del principio de igualdad”⁸⁸.

VII.- CASOS TESTIGO DE ESPECIAL VULNERACIÓN DE DDHH

- **Argentina**

Resistencias del personal de salud a efectuar abortos no punibles previstos por ley. Es de señalar que el país ya había recibido una recomendación del Comité de DDHH en este sentido en el año 2000⁸⁹ y un dictamen del Comité de DDHH (2011) por un caso de litigio internacional, el caso L:M:R: Por otro lado, es de señalar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha considerado que los fallos de la Corte Interamericana son obligatorios para Argentina, incluso cuando son fallos de casos que no la involucran de manera directa, ya que en ellos se establecen pautas de interpretación de la Convención Americana de Derechos Humanos, que tiene estatus constitucional. Sin embargo, el país no ha recibido hasta el momento fallos sobre DSR; sí sobre violencia institucional, tortura, prisión preventiva y otros.

Actualmente en el país rige el Código Penal que pena los abortos provocados, con tres causales: riesgo de vida o salud de la gestante, o violación (art 86, incs 1 y 2). Hay varios fallos de la CSJN que establecen de diversas maneras que los abortos no punibles deben cumplirse sin dilación; en especial, el Fallo F.A.L.⁹⁰ (2012), amplía las causales de no punibilidad prevista en el Código Penal (vigente desde 1921)⁹¹.

⁸⁷ Nicaragua ante la segunda revisión del EPU.CENIDH, 2014.

⁸⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2005), Observación General N° 16, párrafo 10.

⁸⁹ “(...) en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención. Se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación.” (Comité DDHH, parag 14, 2000).

⁹⁰ <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517>

Este fallo no hace más que cumplir con la recomendación del Comité de DDHH en 2010⁹² y otras recomendaciones como la efectuada por el mismo Comité en el año 2000⁹³, entre otros. Amplía el derecho a un ANP a todas las formas de violación, simplifica el procedimiento al exigir solamente una declaración jurada al médico tratante, y amplía asimismo la causal de salud. A pesar de ello, muchos médicos continúan resistiendo la realización de abortos no punibles, recurriendo a la objeción de conciencia o a exigir la denuncia policial/judicial, con lo que el simple paso del tiempo suele determinar que el embarazo continúe su curso. Por otro lado, el fallo CSJN determina que todas las provincias de Argentina (país federal) elabore procedimientos para realizar estos abortos según lo que establece; pero hasta el momento, solo 11 de 24 provincias lo ha hecho. La ciudad autónoma de Buenos Aires es un caso paradigmático: mientras su legislatura aprobó un protocolo en este sentido, su jefe de gobierno lo vetó en 2012 a través de un decreto⁹⁴, fallo que en 2013 fue declarado inconstitucional por la justicia porteña⁹⁵. Actualmente, se ha apelado a instancias superiores.

Otro procedimiento utilizado por grupos ultraconservadores, sobre todo en el caso de niñas de 12 a 14 años (donde se sospecha de un familiar violador) es rodear a la familia, ofreciéndole prebendas o amenazando a las madres de las niñas con que si realizan un aborto, morirán. También suelen entrar en el hospital y en la habitación donde esté internada la niña, haciendo rondas de oración en voz alta, o rezando el rosario, en presencia de la niña; o regalarle prendas de bebe, todo lo cual configura la realización de actos crueles, inhumanos y degradantes. Pero de esta manera, logran que las familias retiren la solicitud de realizar un aborto no punible. El caso LMR (2007), que ocurrió antes del fallo F.A.L., una niña de 18 años con deficiencias mentales, embarazada por violación de un tío, mereció un dictamen (2011) del Comité de DDHH ONU, al que CLADEM-Insgenar recurrió por litigio internacional, debido a la negativa del estado para cumplir sus derechos; actualmente Argentina debe responder a las recomendaciones de este dictamen. A Ana María Acevedo, otra joven de 19 años de la provincia de Santa Fe enferma de cáncer y embarazada de 4 meses, le fue negado el tratamiento debido al posible daño fetal. Pocas semanas después ella muere y también el feto.

Pero aún hoy, y en plena vigencia del fallo F.A.L. CSJN, se siguen negando los abortos no punibles. Recientemente en La Plata, a una joven de 18 años le diagnosticaron un embarazo de un feto con malformaciones graves incompatibles con la vida. La continuación del embarazo pone en peligro su salud psíquica. Hace cuatro semanas que deambula de un hospital a otro. Le rechazaron en todos la realización de un aborto que según la ley es no punible y debe realizarse.⁹⁶ En abril pasado le negaron un aborto no punible en otro hospital bonaerense, el Mariano y Luciano de la Vega, de Moreno, a una niña de 13 años. El caso puso en evidencia las trabas arbitrarias que todavía se imponen en algunos centros de salud de la provincia, a

⁹¹ El fallo "F. A. L. s/medida autosatisfactiva" de la CSJN, aclaró que toda mujer embarazada como resultado de una violación tiene derecho a acceder a un aborto no punible sin importar su capacidad intelectual. También estableció que ninguna mujer debe solicitar una autorización judicial previa para acceder a la práctica (incluso en los casos de peligro para la vida o la salud) y que las mujeres que fueron víctimas de una violación no tienen la obligación de realizar la denuncia penal del delito, sino que basta que completen una declaración jurada en la que manifiesten que el embarazo es producto de una violación. Los/as jueces/juezas inferiores tienen «el deber de conformar sus decisiones» a las sentencias de la Corte, dada su condición de «intérprete supremo de la Constitución y de las leyes dictadas en consecuencia. Lo mismo cabe para el personal de salud.

⁹² Párrafo 13 de las recomendaciones a Argentina por el Comité DDHH, en su 2708.ª sesión CCPR/C/SR.2708), celebrada el 23 de marzo de 2010, que insta al Estado a "modificar su legislación de forma que la misma ayude efectivamente a las mujeres a evitar embarazos no deseados y que éstas no tengan que recurrir a abortos clandestinos que podrían poner en peligro sus vidas".

⁹³ Párrafo 14, recomendaciones al 3er. informe periódico de la Argentina 25 y 26 de octubre de 2000, (CCPR/C/ARG/98/3) sesiones 1883ª y 1884ª (CCPR/C/SR.1883 y 1884)

⁹⁴ <http://www.lanacion.com.ar/1520007-macri-veto-la-ley-de-abortos-no-punibles>

⁹⁵ Fallo del juez Gallardo, <http://www.lanacion.com.ar/1599284-aborto-no-punible-la-justicia-portena-declaro-inconstitucional-el-veto-de-mauricio-macri>, 8 de julio 2013

⁹⁶ <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-257203-2014-10-10.html>. 10 octubre 2014.

pesar de que existen protocolos de atención, para impedir el acceso a una práctica legal. La adolescente había resultado embarazada como consecuencia de los abusos sexuales a los que la sometía su padrastro, que fue denunciado y quedó preso.⁹⁷ También han comenzado a aparecer denuncias, por parte de sectores conservadores, acerca de que se están realizando en los centros de salud pública “abortos ilegales”. Ellos consideran ilegales los abortos realizados en las mencionadas condiciones establecidas por el fallo F.A.L.⁹⁸

Acoso sexual en el trabajo. No existe en Argentina una normativa específica a nivel nacional aplicable al ámbito privado respecto del acoso sexual en las relaciones laborales; sólo un decreto para la Administración Pública (214/2006) a pesar de haber ratificado la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar este tipo de violencia de Belem do Pará, ratificada por Argentina por ley 24.632 en abril de 1996, pero que – a diferencia de otros tratados de DDHH, que fueron incorporados a la Constitución Nacional en 1994 – no tiene todavía rango constitucional.

Por el principio de complementariedad de los mecanismos y sistemas de derechos humanos señalar que en el caso LNP c/ Argentina, denunciado ante la CDH/ONU tanto por INSGENAR y CLADEM, por violaciones de los arts. 2, 3, 6, 7, 17, y 18 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, ante la negativa de un juicio justo y debido proceso, las irregularidades en el proceso judicial y los prejuicios de género que motivan la impunidad de la violación, así como los actos de violencia física, psicológica y moral perpetrados por los agentes del sistema de administración de justicia y sistema público de salud, antes y durante el proceso judicial. Si bien se ha avanzado en el cumplimiento de todas las obligaciones contempladas en el dictamen, tales como la indemnización material a la víctima y pedido de perdón a LNP, a su familia, y a los pueblos indígenas por las violaciones de derechos humanos cometidas en el caso, reconociendo la responsabilidad internacional asumida por Argentina. El caso continúa con seguimiento a la espera y con la exigencia de las organizaciones a que se cumpla el Dictamen.

Igualmente el caso litigado de LMR c/ Argentina, sobre **Aborto no punible, previsto en Código Penal. Argentina en el que el** Comité de Derechos Humanos - CDH/ONU, el Estado reconoce la violación sólo de algunos derechos y propone un proceso de diálogo, en solución amistosa con las peticionarias. El trámite se prolonga y en 2010, las peticionarias contestan fundamentando la violación de los derechos que el Estado tiene que reconocer y vuelve a solicitar las medidas de protección y mecanismos de denuncia adecuados para impedir su reiteración; sosteniendo haberse operado una objeción de conciencia ‘institucional’ por parte del Hospital y rechazando la propuesta de solución amistosa del Estado, presentando otros 3 casos de violaciones similares que siguen ocurriendo en las provincias y solicitando que el Comité se expida.

En este caso, continúa con seguimiento exigiendo el cumplimiento del Dictamen; recientemente, el gobierno de la Provincia de Buenos Aires está tomando medidas para su cumplimiento.

- **Bolivia**

Situación del aborto. En marzo de 2012 la diputada del partido de gobierno (MAS) Patricia Mancilla presentó ante el Tribunal Constitucional Plurinacional una demanda de inconstitucionalidad contra 12 artículos del Código Penal, entre ellos los arts. 263, 264, 265 y 266 referidos al aborto. En 5 de febrero de 2014 el Tribunal dictó la SENTENCIA CONSTITUCIONAL Plurinacional No. 0206/2014, en la que “en el marco del Pluralismo Jurídico” realiza un análisis “a partir tanto de la cosmovisión de los pueblos indígena originario

⁹⁷ <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-257203-2014-10-10.html>

⁹⁸ <http://www.unosantafe.com.ar/santafe/Santa-Fe-cruce-por-denuncias-mediaticas-de-abortos-ilegales-20141010-0030.html>

*campesinos respecto a la vida y su grado de protección, así como la protección constitucional de la que goza dicho derecho y su consideración por el derecho internacional*⁹⁹.

Luego de un repaso de la cosmovisión andina y las recomendaciones de los diferentes Comités de la ONU, entre otros, el Comité de Derechos Humanos¹⁰⁰; el Comité Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹⁰¹, el Comité contra la Tortura¹⁰² el “*Tribunal Constitucional Plurinacional concluye que un aborto incondicional y en todas las etapas de desarrollo del embrión no es constitucionalmente admisible*”, en consecuencia declara constitucional el art. 263 del Código Penal. Con referencia a los art. 264 y 265 al considerar insuficiente la fundamentación, declara Improcedente la acción interpuesta.

Respecto al aborto impune previsto en el art. 266 del Código Penal, el Tribunal “considera que la frase “siempre que la acción penal hubiere sido iniciada” del primer párrafo del art. 266 del CP, así como la frase “autorización judicial en su caso” contenidas en el último párrafo de la citada norma, constituyen disposiciones incompatibles con los derechos a la integridad física, psicológica y sexual, a no ser torturada, ni sufrir tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes, a la salud física y a la dignidad en sus componentes al libre desarrollo de la personalidad y autonomía de las mujeres, consagrados en los arts. 15, 18 y 22 de la CPE.... Y a “efectos de la vigencia y eficacia de esta previsión normativa desde y conforme a la Norma Suprema, la que la misma deberá ser interpretada en sentido de que **no será exigible la presentación de una querrela, ni la existencia de imputación y acusación formal y menos sentencia.** Será suficiente que la mujer que acuda a un centro público o privado de salud a efecto de practicarse un aborto -por ser la gestación producto de la comisión de un delito-, comunique esa situación a la autoridad competente pública y de ese modo el médico profesional que realizará el aborto tendrá constancia expresa que justificará la realización del aborto”¹⁰³

En síntesis: si bien esta sentencia facilita el acceso al aborto para aquellos embarazos producto de violación, al declarar constitucional la penalización contenida en el art. 263 en toda su extensión, cierra cualquier posibilidad de despenalización futura del aborto. Por tanto, deja sin protección a las mujeres que por circunstancias diferentes a las consideradas para el aborto impune se ven obligadas a acudir a servicios inseguros para practicarse el aborto poniendo en riesgo su salud y su vida.

También se encuentra pendiente de cumplimiento algunos puntos del Acuerdo de Solución Amistosa (ASA) del caso MZ / Bolivia una caso de violencia sexual, en que se había absuelto al agresor, fundamentando su decisión en argumentos que enmarcan el sesgo de género y la violencia de género, en la valoración de la prueba que hicieron los administradores de justicia. En este caso, el Estado Boliviano, violó el derecho de MZ, a obtener una decisión fundada (Art. 8:1) y de su obligación de contar con un Juez imparcial en la determinación de sus derechos, carente de prejuicios de género. (Art. 1.1 y 24 de la Convención Americana y 7 de la Convención de Belém Do Pará). Aunque el Estado Boliviano, se comprometió a mejorar las condiciones materiales de atención a las víctimas así como la normativa para posibilitar una mejor atención a las mujeres que sufren violencia sexual. Asimismo producir protocolos, difundirlos y una constante

⁹⁹ Sentencia Constitucional Plurinacional No. 0206/2014

¹⁰⁰ Recuerda a los Estados la obligación de garantizar que las mujeres víctimas de una violación que decidan interrumpir voluntariamente su embarazo tengan acceso a servicios de aborto seguros y eliminar cualquier impedimento innecesario a los mismos.

¹⁰¹ CEDAW/C/BOL/CO/4, párrs. 42 y 43

¹⁰² CAT/C/BOL/CO/2 de 14 de junio de 2013. Parrr. 23

¹⁰³ Sentencia Constitucional Plurinacional No. 0206/2014

capacitación en el tema a los y las operadores de justicia, el proceso está en proceso de conclusión y Homologación ante la CIDH.

- **Brasil**

Estatuto Do Nasciturus – PI 478/07

Tramita en la Cámara de Diputados una propuesta legislativa denominada “Estatuto del Nasciturus” (PL 478/07) que busca otorgar al embrión el mismo status jurídico de un niño/a o persona nacida viva. El proyecto de ley fue aprobado por la Comisión de Finanzas y Tributación de la Cámara en junio del 2013 y tramita actualmente en la Comisión de Constitución y Justicia de la Cámara de los Diputados. El proyecto tiene una mirada criminalizante sobre la práctica del aborto y busca imponer una visión religiosa sobre un tema de salud pública, sin tener en consideración que el aborto inseguro es una de las principales causas de mortalidad materna en el país, además de violar los derechos constitucionales y derechos reproductivos de las mujeres, que están protegidos en el ordenamiento jurídico brasileño. Además, interfiere negativamente en el desarrollo científico y tecnológico del campo de la reproducción asistida. Tramitan también en el Congreso Nacional,¹⁰⁴⁻, cerca de 30 iniciativas que amenazan el derecho de las mujeres a hacer un aborto legal previsto por ley, creando mecanismos para hacerlas desistir de esa decisión, y en general ampliando las puniciones. Estas propuestas violan disposiciones de los principales tratados internacionales de protección de los DDHH ratificados por Brasil que protegen el derecho humano a la salud sexual y reproductiva de la mujer y sus DDHH a la libertad, autonomía, vida privada, salud e integridad física y psicológica.

Comisión Parlamentaria de Investigación sobre Aborto (CPI)

El día 10 de abril 2013 el Diputado Federal João Campos (PSDB/GO conjuntamente con el Dip. Salvador Zimbaldi (PDT/SP),) presentó a la Cámara de Diputados el pedido de creación de una Comisión Parlamentaria de investigación N^a 21/13 para “investigar la existencia de intereses y financiamientos internacionales para promover la legalización del aborto en Brasil, (incluido en el CP art 124 a 127). La justificación presentada sugiere que organizaciones internacionales tienen intereses en imponer a Brasil una pauta que no sería de interés de su población, amenazaría la soberanía nacional e impondría una política de control poblacional para control de la natalidad de la población pobre. Solicitaban que fuesen investigadas cuatro organizaciones de la sociedad civil brasileña: Centro Feminista de Estudos e Asesoría (CFEMEA), Rede Feminista de Saúde, Católicas pelo Direito de Decidir no Brasil (CDD) e Ipas. Entre las agências financiadoras, citaron instituciones como la Fundación Mc Arthur, Fundación Ford, Fondo de Acción para el Aborto Seguro, (SAAF), Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la Bien Estar Familiar de Brasil (Bemfam). Finalmente, los requirentes aclaran que la iniciativa proviene del ámbito del Frente Parlamentario evangélico del Congreso Nacional y del Frente Parlamentario Mixto en Defensa de la Vida, presididas por los requirentes. En caso de ser instalada, esta CPI investigará y atacará las actividades de organizaciones que históricamente han trabajado por la legalización del aborto en Brasil, en particular las organizaciones feministas y de mujeres que defienden los DSR. Representará no solo una amenaza a estos derechos, sino también de la libertad de asociación, previsto en el Art. 5^a incisos XVII e XVIII; y la libertad de expresión, previsto en los Art. 5^o, incisos IV e IX de la Constitución Federal de 1988.

Partos en la calle

¹⁰⁴Investigación realizada por CFEMEA – Centro Feminista de Estudios e Asesoría

Deise Santana dos Santos (Santo Amaro, BA) e Leilane da Silva (Rio de Janeiro, RJ) fueron impedidas de tener acceso a la atención obstétrica de urgencia por el Estado, quien se negó a atenderlas cuando estaban en trabajo de parto avanzado. El resultado fueron escenas terribles, capturadas por transeúntes, de ambas dando a luz en la vía pública, sin asistencia básica de salud, contando solamente con el apoyo de quienes por allí pasaban casualmente y se solidarizaron con lo que veían. En el caso de Deise, el parto ocurrió frente al Hospital Maternidad de Santo Amaro da Purificação, el interior de Bahía, institución privada conveniada con el Sistema único de Salud (SUS), que cerró sus puertas a los gritos de dolor de la parturienta. En el caso de Leilane, el parto ocurrió frente al Hospital Barata Ribeiro, en Mangueira, zona Norte de la ciudad de Río de Janeiro (RJ) especializado en ortopedia y cirugía plástica, que aun conociendo la gravedad y urgencia de la situación, se rehusó a atender a la parturienta por “ausencia de funcionarios habilitados”. A esta grave situación se suma que las mujeres eran de raza negra y usuarias del SUS, lo que reitera el carácter discriminatorio de la asistencia de salud en Brasil y el impacto del racismo institucional que impide el acceso a servicios y políticas eficaces para atender la SSR para esa población. Estos dos casos ejemplifican la falla sistémica del Brasil para proveer acceso a la salud reproductiva de buena calidad y sin discriminación; esta falla fue constatada durante la Misión realizada por la Relatoría del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva e la Plataforma DHESCA Brasil al inicio del año 2013 en Baixada Fluminense, donde fueron verificadas diversas irregularidades en el Hospital General de Nova Iguaçu y en la Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo. En el Estado de Rio de Janeiro, las mujeres negras mueren por Muerte Materna 5 veces más que las mujeres blancas.¹⁰⁵ Estos casos demuestran la sistemática omisión del Poder Público para garantizar el DH de vivir libre de Muerte Materna (MM) evitable. Como ya ha reconocido el Ministerio de Salud, Brasil no podrá cumplir la meta establecida por los ODM en MM, ya que no se logra una reducción efectiva en los índices de MM.¹⁰⁶; ya que solo se ha logrado una reducción del 4% anual¹⁰⁷, mientras que para lograr las metas ODM debería ser del 5,5%. En síntesis, el Brasil mantiene la tasa de MM por encima de lo aceptado por la OMS.¹⁰⁸ Se reconoce que Brasil ha mejorado la investigación de las muertes de mujeres en edad fértil.

Las políticas públicas de Brasil en SSR

El programa Rede Cegonha, fue modificado para atender la reducción de las MM pero representa un retroceso en relación a las políticas anteriores, ignorando por ejemplo la consejería reproductiva post parto y post aborto, atención del climaterio, de la violencia sexual, salud mental y la prevención del embarazo en adolescentes. Por estar enfocado exclusivamente al período gestacional, omite los DSR garantizados por el Sistema Único de Saúde, particularmente la integralidad de la atención.

En síntesis, el estado brasileño continúa violando los DDHH de las mujeres en la esfera de la salud por no brindar servicios obstétricos integrales, oportunos y de calidad.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Datos do Relatório do Comitê Estadual de Controle e Estudo da Mortalidade Materna.

¹⁰⁶ Esto ha sido reconocido también por el PNUD y el IBGE,

¹⁰⁷ Datos del Ministerio de Salud de Brasil

¹⁰⁸ Entre 2010 y 2011, la razón de MM corregida cayó de 77 muertes por 100000 nacidos vivos, a 70. Esta tendencia se mantiene para los años sucesivos.

¹⁰⁹ Fuentes: **Documentos: Proyecto de ley 478 de 2007. Estatuto do Nascituro.** Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=623D513577B70F3BF3D0409FCBFD08C.proposicoesWeb2?codteor=443584&filename=PL+478/2007

Estatuto do Nascituro é aprovado pela Comissão de Finanças e Tributação. Matéria Câmara dos Deputados publicada em 05 de junho de 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/derechos-humanos/444095-estatuto-do-nascituro-e-aprovado-pela-comissao-de-financas-e-tributacao.html>

- **Colombia**

En Colombia también (como otros países) las mujeres encuentran serias dificultades al momento de recurrir a un aborto no punible, previsto por la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional que despenalizó del aborto en ciertas circunstancias, convalidado por el Decreto 4444 de 2006 del Ministerio de Salud. Esto le valió una observación del Comité de DDHH en 2010, en la que afirma que es preocupante que “*los proveedores de servicios de salud se niegan a proporcionar abortos legales*”.

Asimismo, al Comité le preocupa que la insuficiente educación sexual en el currículum escolar y de información pública sobre cómo acceder a un aborto legal, siga causando la pérdida de la vida para mujeres que han recurrido a abortos inseguros (Artículos 3, 6 y 26).¹¹⁰ También recomienda a Colombia que tome medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, para que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que puedan poner en riesgo su vida. El Estado parte debe facilitar el acceso a información pública sobre cómo acceder a un aborto legal. (recomendación 2010).

En el Cuarto informe CIDH sobre la situación de derechos humanos en Colombia¹¹¹ (agosto 2014)¹¹² se dedica todo un capítulo (el cap. 12) a los derechos de las mujeres. En este marco, se analizaron los siguientes temas en el que otras cosas en cuanto a violencia sexual llama la atención que “*El 88% del total de víctimas corresponde a mujeres, lo cual representa una tasa de 34 mujeres por 100.000 habitantes. (...) Anualmente ocurren unas 775 violaciones de adolescentes, y que la tasa de violación sexual para este grupo*

Galli, Beatriz; ROCHA, Helena. Derechos Sexuais e Reprodutivos, Autonomia Reprodutiva, Política e (des) respeito ao Princípio da Laicidade. Julho de 2014. Disponível em: http://www.plataformadh.org.br/files/2014/07/artigo_dsr_politica_principio_laicidade.pdf

Mapa do fundamentalismo no Congresso Nacional. Disponível em:

http://www.cfemea.org.br/images/stories/noticias/mapa_fundamentalismo_cn_1956x908.gif

Requerimento de instituição de CPI nº 21/2013. Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1075429&filename=RCP+21/2013

Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva denuncia a negligência e a discriminação em casos de mulheres no Rio de Janeiro e na Bahia que tiveram o parto na calçada em frente a hospitais e solicita devida apuração dos fatos para responsabilização pelos riscos e danos causados. Disponível em:

http://www.dhescbrasil.org.br/attachments/1018_nota_denuncia_parto_na_rua_dhssr.pdf

Ministério da Saúde pede apuração de casos de grávidas que deram à luz na calçada. 22 de abril de 2014. Disponível em:

<http://www.viomundo.com.br/denuncias/ministro-da-saude-vamos-apurar-ja-e-tomar-as-providencias-necessarias.html>

Resumo Executivo Missão à Baixada Fluminense da Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva.

Disponível em: http://www.dhescbrasil.org.br/attachments/942_resumo_executivo_missao_baixada.pdf

Dados mortalidade materna PNUD. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>

Avaliação da Situação de Saúde. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/.../saude/analise.shtm

Boletim Morte Materna no Brasil, 1/2012. Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim//cnv/mat10uf.def>

Mortalidade Materna No Brasil. Disponível em:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2009_parte2_cap7.pdf

¹¹⁰ “El Comité felicita al Estado Parte por haber avanzado en la implementación de la recomendación anterior emitida del Comité en 2004 (CCPR/CO/80/COL, párr. 13) a través de la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional que despenalizó del aborto en ciertas circunstancias; cuando la mujer haya sido víctima de una violación o incesto, cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer y cuando el feto presenta graves malformaciones que hacen inviable su vida fuera del útero. Sin embargo, le preocupa al Comité que, a pesar del Decreto 4444 de 2006 del Ministerio de Salud, proveedores de servicios de salud se niegan a proporcionar abortos legales y que el Procurador General de la Nación no apoya la aplicación de la sentencia de la Corte Constitucional en esta materia. Asimismo, al Comité le preocupa que la insuficiente educación sexual en el currículum escolar y de información pública sobre cómo acceder a un aborto legal, siga causando la pérdida de la vida para mujeres que han recurrido a abortos inseguros (Artículos 3, 6 y 26). (Comité DDHH, 2010, parag 19).

¹¹¹ <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2014/093.asp>

¹¹² <http://www.cidh.org/countryrep/Colom99sp/capitulo-12.htm#21>

generacional es de 3,5 por cada mil mujeres; sin embargo, sólo un 17% de las víctimas denuncian tales hechos. Debe mencionarse además que el porcentaje estimado de agresiones sexuales cometidas por familiares en perjuicio de mujeres mayores de 20 años asciende al 47%.”¹¹³ y en cuanto a la salud reproductiva y aborto señala que “La Constitución Política reconoce que la salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual tiene el deber de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud. En su artículo 42, reglamentado por la Resolución 08514/86 del Ministerio de Salud, reconoce el derecho de la pareja y del individuo a decidir responsablemente el número de hijos, y la oportunidad de tenerlos. Por su parte, la Ley 100 de 1993 establece la planificación familiar gratuita, obligatoria y universal como parte de los servicios básicos de salud.”¹¹⁴

La propia CIDH reconoce que considera necesario referirse al aborto, que constituye un problema muy serio para las mujeres colombianas, no solamente desde el punto de vista de la salud, sino también de sus derechos como mujeres, incluyendo los derechos a la integridad y a la privacidad.¹¹⁵ En Colombia se verifican unos 450.000 abortos inducidos por año. La criminalización del aborto, unida a las técnicas anticuadas y las condiciones antihigiénicas en que se realiza esta práctica, hacen que la misma constituya la segunda causa de muerte materna en Colombia. Según estadísticas presentadas por el Estado, el 23% de las muertes maternas en Colombia son resultado de abortos mal practicados.”¹¹⁶ **Hacemos un llamado para que las siguientes recomendaciones formuladas por la CIDH al Estado colombiano¹¹⁷ se cumplan dilación alguna entre otras el que** “ Que estudie los mecanismos y procedimientos vigentes en materia de trámites judiciales para obtener protección y reparación por delitos sexuales, a fin de establecer garantías efectivas para que las víctimas denuncien a los perpetradores y que adopte las medidas necesarias para prevenir, castigar y erradicar hechos de violación, abuso sexual, y otras formas de tortura y trato inhumano por parte de agentes del Estado. Específicamente, en cuanto a las mujeres privadas de su libertad, dichas medidas deberán incluir: un trato acorde con la dignidad humana; la supervisión judicial de las causas de la detención; el acceso a un abogado, a los familiares, y a servicios de salud; y las salvaguardas apropiadas para las inspecciones corporales de las detenidas y sus familiares, provea información a la población sobre las normas básicas relacionadas con la salud reproductiva.”¹¹⁸

Pero deseamos remarcar que a pesar de la legislación interna y las recomendaciones anteriores de la CIDH, el estado colombiano continúa incumpliendo con los derechos sexuales y reproductivos de las

¹¹³ Parag. 45.

¹¹⁴ Parag. 48.

¹¹⁵ Parag. 50. “El Código Penal vigente en Colombia, en su capítulo III, tipifica el aborto como un delito contra la vida y la integridad personal. La pena establecida en el artículo 343 de dicho Código es de uno a tres años de prisión para la mujer que lo practica, o permite que otro se lo practique. La CIDH observa que incluso está penado el aborto en los casos de la mujer embarazada por acceso carnal violento, abusivo o inseminación artificial no consentida (artículo 345 del Código Penal - "circunstancias específicas").”

¹¹⁶ Parag. 51. “

¹¹⁷ “Es particularmente preocupante para la CIDH (que la mujer es) víctima de distintos tipos de violencia. En consideración de ello, reitera su preocupación, coincidente con distintos órganos de la comunidad internacional, y exhorta al Estado colombiano a adoptar medidas eficaces para revertir la situación actual.” Parag. 52.

¹¹⁸ Otras recomendaciones han sido: “1. Que adopte medidas adicionales para difundir información referente a la Convención de Belém de Pará, los derechos protegidos por la misma, y los mecanismos de supervisión.

2. Que asegure la vigencia efectiva y plena de la legislación nacional que protege a las mujeres contra la violencia, asignando a tal efecto los recursos necesarios para la realización de programas de entrenamiento vinculados con dichas normas. 3. Que garantice la disponibilidad y rapidez de las medidas especiales previstas en la legislación nacional para proteger la integridad mental y física de las mujeres sometidas a amenazas de violencia. 5. Que desarrolle programas de entrenamiento para funcionarios policiales y judiciales, acerca de las causas y consecuencias de la violencia por razón de género. 8. Que lleve adelante iniciativas educacionales para personas de todas las edades, con el objetivo de cambiar actitudes y estereotipos, y que simultáneamente inicie la modificación de prácticas basadas en la inferioridad o subordinación de las mujeres.”

mujeres. Una de las múltiples causas es que la persona que ejerce la función de Procurador General presenta posiciones fundamentalistas y es contrario a los DSR, lo que se menciona en la misma observación del Comité de DDHH. Las organizaciones han denunciado, que el mismo persigue y busca anular, de manera sistemática, todas las iniciativas que promuevan el avance de los DS y DR de las mujeres y la población LGBTI; atemorizando de este modo a legisladores/as, magistrados/as, y funcionarios/as del estado en general. Esta situación fue motivo de un hecho poco habitual: muy recientemente, el 21 octubre 2014, uno de los Comisionados de la CIDH¹¹⁹ solicitó reformar la Constitución de Colombia para limitar los poderes de la Procuraduría General. Fue en el contexto de la audiencia convocada por este órgano para discutir el estado de los derechos políticos en Colombia, en el marco del caso del ex alcalde de Bogotá, Gustavo Petro, funcionario elegido por voto popular que fue destituido por el Procurador General sin el debido proceso judicial. Pocos días antes la CIDH le había otorgado medidas cautelares a favor del alcalde.¹²⁰

Asimismo, existen varias iniciativas de ley que buscan derogar el fallo de la Corte Constitucional que autorizó las 3 causales de despenalización del aborto (riesgo de vida o salud de la gestante, violación y malformación fetal grave). Estas iniciativas, por parte de sectores conservadores, buscan que Colombia vuelva a la situación anterior al fallo del Tribunal Constitucional, en la que el parto se hallaba totalmente penalizado en este país.

- **El Salvador**

En El Salvador está penalizada cualquier forma de aborto, incluso la que puede poner en peligro la salud y la vida de la mujer- Tampoco se permite cuando una mujer tiene un embarazo no deseado ni cuando el embarazo es producto de una violación sexual; ni siquiera cuando existen embarazos ectópicos, es decir, producto de óvulos fecundados que estaban alojado en la trompa de Falopio o en el cuello del útero, que son óvulos que no van a prosperar y que desde el punto de vista médico y clínico lo más recomendable es extirparlos. Han ocurrido casos en El Salvador en donde las mujeres fallecen producto de no llegar a tiempo con la extirpación del óvulo fecundado de esta manera. *“Los médicos y médicas dicen que una hemorragia por embarazo ectópico es equivalente a una herida de bala en el vientre de la mujer”*.¹²¹

En 1997 El Salvador reformó su Legislación en materia penal, aprobando uno de los marcos más restrictivos del mundo en materia de aborto y derechos reproductivos de las mujeres. De esta manera se eliminaron todas las formas de aborto no punible que la legislación anterior contemplaba; aprobándose en 1998 una reforma en la Constitución que reza “se reconoce a la persona humana desde el instante de la concepción”. A partir de ello se estableció un apartado de persecución penal para denunciar, investigar y procesar cualquier actividad sospechosa de aborto en hospitales públicos a nivel nacional entre otros. No se aclara sobre los centros privados porque en la realidad existen muchas clínicas clandestinas en las que poco se sabe si realmente aplican este principio general lo cual es tener una doble moral discriminatoria por clase social, en la que las más pobres sufren las consecuencias.

En ese contexto es que surgieron los casos de las 17 mujeres, quienes presentando una patología obstétrica no recibieron la atención médica y cuidados necesarios, por lo que fueron víctimas de violencia obstétrica. Todas ellas fueron acusadas por el delito de homicidio agravado en contra de sus hijos, por lo que

¹¹⁹ Paulo Vannuchi

¹²⁰ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13717435>

¹²¹ El País, Sociedad, Periódico Digital. El Salvador, 22 de mayo de 2014.

ahora purgan penas de entre 15 y 40 años de cárcel. En el momento de ser procesadas por el delito de aborto, no tuvieron la oportunidad de contar con una buena defensa técnica, y como consecuencia el mismo fue recalificado posteriormente por el delito de Homicidio Agravado, elevándose de esta manera las penas.

En la mayoría de los 17 casos, las mujeres condenadas tenían más de 30 semanas de gestación y padecieron “partos precipitados”, que es una categoría o situación que ocurre en el curso de dos a tres horas; puede llegar con o sin contracciones, sin previo aviso; muchas veces hay sangrados, pero ocurren por lo general fuera de los hospitales. La mayoría de las mujeres no habían tenido controles prenatales por diversas circunstancias: entre las principales, los niveles de pobreza e inequidad y la ausencia de educación integral en salud sexual y reproductiva. Inclusive algunas de ellas estaban totalmente desprotegidas; puesto que bajo ningún concepto el Estado puede exigir condiciones que no puede sostener. Es del conocimiento de todos y todas la baja calidad de atención en salud a nivel nacional y la indolencia del sector salud en comprometerse de manera directa con los sectores comunitarios, lo que culmina en total descuido y desinterés de la protección, orientación y control de calidad prenatal de las mujeres embarazadas. A esto debe añadirse la situación de violencia contra las mujeres, muy presente en El Salvador, que incluye abusos, violaciones y abusos sexuales que provocan embarazos no deseados. Ante esto, el Estado para garantizar intereses político-partidarios no informa adecuadamente, ignorando que al artículo 1 de la Constitución de la República también establece de manera categórica que *“es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el “...goce de... la salud... bienestar económico y la justicia social...”*

Es importante mencionar que en muchos casos no fueron las mujeres sometidas a condena quienes decidieron acudir a los hospitales sino que fueron llevadas por familiares “al encontrarlas ensangrentadas en sus casas o en las letrinas”. Esto que permitió que las mismas fuesen denunciadas por el personal de salud de las instituciones hospitalarias, lo que posteriormente culminó en que la Fiscalía General de la República presentara los requerimientos para que fuesen procesadas y sometidas a las distintas instancias judiciales que en general resolvieron sin hacer estricto respeto del principio de legalidad de la prueba y del debido proceso. Por ello fueron condenadas a penas desproporcionadas, sin la mínima oportunidad de defenderse mediante un recurso, ya que los recursos de revisión presentados en determinado momento por algunas organizaciones han sido negados.

Actualmente las 17 están condenadas en firme, y la última posibilidad que han visto a nivel nacional ha sido la presentación de indultos frente a la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa por medio de la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugénico en El Salvador,¹²² haciendo uso para ello de la Ley Especial de Ocurso de Gracia que permite que tanto la Asamblea Legislativa, Corte Suprema de Justicia y Consejo Criminológico puedan resolver al respecto.

El Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos ha expuesto que en estos casos se dieron irregularidades por parte de los jueces, quienes pudieron haber actuado con criterios y enfoques discriminatorios contra las mujeres, a tal grado que se habrían basado en pruebas forenses inconsistentes y sin contar con suficientes pruebas testimoniales.¹²³

En ese sentido, es necesario que las instancias competentes que tienen responsabilidad de proceder con las solicitudes de indulto, resuelvan apegados a los principios de legalidad, igualdad de ley, y del derecho

¹²² Colectiva Feminista para el Desarrollo Local,

¹²³ Diario El Mundo, El Salvador, 27 de mayo de 2014.

a la seguridad jurídica que reconoce la Constitución de la República; pues son evidentes las desigualdades que se originan en el sistema de “justicia”.

El caso Beatriz resulta otro hecho paradigmático. El Salvador fue denunciado ante la CIDH en noviembre 2013, una joven salvadoreña a quien se le impidió abortar a pesar de que padecía una enfermedad grave y el feto era anencefálico. El país recibió por parte de la Comisión una medida cautelar¹²⁴, que fue incumplida. Posteriormente, CLADEM interpuso un amicus curiae y la CIDH volvió a emitir una medida cautelar. El caso todavía está a la espera de justicia.

- **Honduras**

Desde el Estado a través normativa y políticas públicas restrictivas se intenta controlar el cuerpo de las mujeres negándoles el derecho a decidir sobre su reproducción y sexualidad y violando de esta manera las disposiciones vigentes en material de DSR, y manifestando otra forma de violencia contra las mujeres¹²⁵. La anticoncepción de emergencia -PAE- era parte de los insumos anticonceptivos disponibles para las mujeres desde el año 1999. Sin embargo, en el marco del golpe de Estado, en el 2009 fue prohibida por el Ministro de Salud de facto. Esta es la misma persona que anteriormente al golpe de estado, siendo presidente del Colegio Médico de Honduras, había elaborado un dictamen para que el Congreso Nacional de ese momento decretara una penalización y prohibición a su uso. Este dictamen fue vetado, con el argumento de que se trataba de una medida anticonstitucional, por el entonces presidente constitucional Manuel Zelaya, unos meses antes del golpe de Estado. Hoy, desde las elecciones celebradas en noviembre 2013, hay un nuevo gobierno constitucional en Honduras; pero la prohibición de la PAHE sigue vigente.

Los argumentos esgrimidos para la prohibición de este método anticonceptivo estuvieron basados en dos falacias. La primera, que el principal efecto es impedir que un óvulo ya fecundado se implante en el útero; la segunda, que al evitar la implantación, provoca un aborto. Sin embargo, numerosas entidades científicas del campo de la gineco-obstetricia se han pronunciado sobre que la pastilla anticonceptiva de emergencia no puede ser considerada como método abortivo. También la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, entre otros órganos expertos, han manifestado claramente que la píldora anticonceptiva de emergencia no es abortiva y es una forma de anticoncepción que funciona haciendo que el óvulo sea inaccesible e impidiendo que el esperma lo fertilice. La evidencia científica demuestra contundentemente que esta pastilla actúa antes de la fecundación, con lo cual no hay conflicto de derechos,

¹²⁴ “Requerir al Estado de El Salvador que adopte y garantice, de manera urgente, todas las medidas que sean necesarias y efectivas para que el grupo médico tratante de la señora B. pueda adoptar, sin interferencia alguna, las medidas médicas que se consideren oportunas y convenientes para asegurar la debida protección de los derechos consagrados en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana y, de este modo, evitar daños que pudiesen llegar a ser irreparables a los derechos a la vida y la integridad personal y a la salud de la señora B., conforme a lo expresado en los párrafos considerativos 11 a 17 de la presente Resolución”. http://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/B_se_01.pdf

¹²⁵ Recordemos que la píldora anticonceptiva de emergencia (ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud, entre otros órganos expertos de salud globales y regionales, como una forma de anticoncepción de emergencia. En su *hoja informativa WHO/RHR/HRP/10.06*, disponible en Internet, la Organización Mundial de la Salud dice que:

“La Anticoncepción de Emergencia puede prevenir la mayoría de los embarazos cuando se usa después de una relación sexual. Ofrece un respaldo importante en casos de una relación sexual no protegida o de un accidente durante el uso de otro anticonceptivo (como olvido de las píldoras o rotura de un condón), y es especialmente útil después de una violación o sexo coercitivo.” La hoja informativa de la OMS concluye: “Una revisión cuidadosa de la evidencia muestra que las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo, son muy seguras. No causan aborto ni dañan la fertilidad futura. Los efectos secundarios son infrecuentes y generalmente leves”.

como lo ha afirmado el Congreso Nacional de 2009, la Secretaría de Salud, también en 2009 y la Corte Suprema de Justicia en 2012¹²⁶.

El acceso a la anticoncepción de emergencia puede ser una herramienta fundamental para prevenir embarazos no deseados. Esto tiene consecuencias terribles para las mujeres y las niñas. Por ejemplo, las víctimas de violación no pueden prevenir el embarazo y atenuar una de las consecuencias potenciales del delito que han sufrido. El prohibir la píldora anticonceptiva de emergencia deja además a las mujeres y las niñas sin anticoncepción alternativa en situaciones en las que otros métodos anticonceptivos fallen.

En otras palabras, el Estado hondureño ha violado el derecho de las mujeres, particularmente de las que tienen escasos recursos económicos, a tomar decisiones libres y responsables sobre el número e intervalo entre los hijos, que hace parte del derecho a la libertad personal y a la privacidad; el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, como en este caso sería el desarrollo de la evidencia científica sobre la PAE; y el derecho a la vida, dado que ante embarazos forzados, las mujeres pueden recurrir a abortos inseguros y sufrir en consecuencia enfermedades y muerte, engrosando el índice de muertes maternas. Debe recordarse que el aborto ya se encuentra absolutamente penalizado en Honduras, sin causales.

En la actualidad existe un proyecto de ley presentado en el Parlamento, para legalizar el uso de la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, nuevamente aparece la manipulación y uso malicioso de la información por parte de autoridades de los distintos poderes del Estado y bajo la influencia de grupos conservadores de la iglesia, reiterando la violación de los Derechos Humanos de las Mujeres y negándoles la posibilidad de restituir derechos violados desde 2009. De toda esta situación ha tenido conocimiento la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y sus recomendaciones se encuentran dentro de sus informes anuales de 2012 (párrafo 331) y 2013 (párrafo 399), así como en el párrafo 93 del Informe de las Observaciones preliminares de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre su visita a Honduras realizada del 15 al 18 de mayo de 2010. Desde su prohibición, el Estado de Honduras ha recibido múltiples recomendaciones de los distintos mecanismos de vigilancia y cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de Derechos Humanos, para derogar el acuerdo de prohibición vigente; sin embargo, sigue incumpléndolos.^{127 128 129}

- **Nicaragua**

Prohibición total del aborto. La situación se produce a partir de 2006, cuando se produce la aprobación y entrada en vigencia de la Ley 603 que derogó el artículo 165¹³⁰ del Código Penal, eliminando el aborto terapéutico. Un año después, se promulgó en Nicaragua en el nuevo Código Penal, Ley 641, en el cual se refrendó la absoluta Penalización del aborto en Nicaragua. Es uno de los muy pocos países del mundo que tiene el aborto totalmente penalizado y que prefiere que una mujer muera antes que practicarle un aborto legal.

¹²⁶ El 1 de febrero 2012, la Corte Suprema de Honduras confirmó un decreto que impone una prohibición absoluta de la anticoncepción de emergencia. Ha determinado que el decreto es constitucional y que el Congreso puede proceder a elaborar leyes para poner en vigor la prohibición de la píldora anticonceptiva de emergencia (denominada en ocasiones “píldora del día después”) sobre la base de que los jueces la consideran “abortiva”. Fuente: Amnistía Internacional, <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR37/005/2012/es/8a6e07a1-fd89-46e9-bb0c-e7fe3bb3befb/amr370052012es.html>

¹²⁷ [Recomendación 25, Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Honduras, 2007.](#)

¹²⁸ [Recomendaciones 81.1, 82.21. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Honduras 2011.](#)

¹²⁹ [Audiciencia Temática: Derechos reproductivos y contracepción de emergencia en las Américas, octubre 2013.](#)

¹³⁰ Art. 165.- El aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres facultativos por lo menos, y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer, para los fines legales.

En Nicaragua no existe la posibilidad de interrumpir un embarazo aunque la vida de las mujeres se encuentra en grave peligro. El aborto continua siendo una realidad que las autoridades procuran ignorar; es más grave que un problema de salud pública; viola los derechos humanos básicos. Prácticamente la mayoría de los abortos son decisión de las mujeres, que deciden asumirlo en la clandestinidad, lo cual afecta su vida y su salud. La despenalización del aborto es una demanda de las mujeres como parte de sus derechos de ciudadanía plena¹³¹. En este país *de madres prematuras, con un índice alarmante de 23% de embarazos en adolescentes menores de 17 años y con un alto índice de violencia sexual y de género en donde se estima que unas 300 niñas al año quedan embarazadas producto de violación*.¹³² Asimismo se “*Estima que cada año en Nicaragua mueren unas 17 mujeres porque no tuvieron acceso a un aborto terapéutico; aunque la cifra real no se conoce debido a la falta de acceso a la información pública*”¹³³.

En Nicaragua los medios de comunicación, al igual que las organizaciones como el Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapéutico GEDAT, han evidenciado algunos casos emblemáticos como son: “Amalia” y “Marianita”.¹³⁴

Amalia era mujer nicaragüense de 27 años, madre de una niña de 10 años, originaria de una comunidad costera en Poneloya, León. En el año 2002, a los 20 años de Amalia y producto de una biopsia, se le encuentra un cáncer de piel y le es amputado su dedo sin seguimiento posterior. En el 2011, con un segundo embarazo de siete semanas, y un diagnóstico de metástasis a sus pulmones, ganglios axilares y mamas, que posiblemente se derive del cáncer de piel, se le niega el tratamiento para su cáncer con la excusa de encontrarse en estado de gestación y que el tratamiento influiría negativamente sobre el feto. Además, se le repitió constantemente que ella moriría de todos modos. Al año y medio después del parto, en Diciembre del 2011, Amalia fallece al igual que su bebé, debido a las complicaciones generadas por una serie de factores propios del padecimiento y del tratamiento recibido hasta el momento.

¹ “Marianita” tenía 12 años, tenía graves problemas de salud. Padecía de neumonía, la presión sanguínea la estaba ahogando y había pasado una semana en Cuidados Intensivos con un embarazo de 24 semanas que era producto de violaciones de su progenitor. Los médicos del Hospital “Bertha Calderón”, donde estuvo internada la menor, concluyeron que sólo una interrupción de su estado garantizaría que la menor continuara con vida. Se encontraba en riesgo inminente de muerte. Pero hubo algo que les detuvo: proceder significaría de cinco a diez años de prisión y la suspensión de su licencia, según lo establecido en el Código Penal. A las semanas, se le practicó una cesárea, bajo la figura de parto inmaduro y por lo tanto no penalizado; los médicos se cuidaron de utilizar la palabra “interrupción”. Finalmente perdió a una niña que apenas logró pesar 600 gramos, según informaron médicos gineco-obstetras del Hospital de la Mujer “Bertha Calderón”. Norma Moreno, procuradora Especial de la Niñez de Nicaragua, afirmó que los médicos debían apelar a la “supremacía legal”, que es la Constitución Política, para que prevaleciera “el derecho a la vida de la niña”; pero no lo hicieron. La pequeña, oriunda de la comunidad minera de Siuna, 237 kilómetros al noroeste de Managua, fue abandonada por su familia, pues su madre la culpa de lo ocurrido y se niega a viajar a Managua a ayudarla. El padre se suicidó al trascender su responsabilidad en un nuevo caso de embarazo por violación de una menor en Nicaragua.

¹³¹ Encuesta Global – Nicaragua, cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD, Julio 2013 - Centroamérica

¹³² Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapéutico (GEDAT), Septiembre 2014.

¹³³ Ídem

¹³⁴ <http://www.planoinformativo.com/nota/id/34900#.VD0VPI5PXs>

- **Paraguay**

Existe un gran déficit en la producción y difusión de información sobre mortalidad de mujeres por causa del embarazo y el parto (que estadísticamente se nombra como “mortalidad materna”). Los datos más recientes datan del año 2011, pero se estima un fuerte subregistro, debido a la tendencia médica de clasificar la muerte como “*otras complicaciones*”. De acuerdo con estas cifras, el aborto es la segunda causa de muerte de mujeres por razones vinculadas al embarazo y al parto.

Datos preocupantes han sido difundidos con relación al embarazo adolescente. Según un reporte del servicio ginecológico del Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad Nacional de Asunción, “*se registran un promedio de 20 partos de mujeres adolescentes entre 10 y 19 años, por mes en dicho hospital. Reportó además que recurren al consultorio prenatal y ginecológico entre 80 a 90 mujeres adolescentes, mensualmente*”. Al mismo tiempo, “*la tasa de fecundidad adolescente en el Paraguay es del 63 por mil, superior a la tasa de fecundidad promedio mundial, que registra solo el 49,7 por mil*”¹³⁵.

Según datos del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), “*Asunción y Central son las zonas del país con menor nivel de embarazos adolescentes de 10 a 19 años, y que incluso presentan una tendencia descendente. Por el contrario, las regiones que presentan los mayores niveles de embarazo adolescente son el Chaco y la zona Norte. El departamento con el más alto porcentaje es Alto Paraguay con 30,7% de las niñas de 10 a 19 años., le sigue Canindeyú con 27,7%, Amambay con 27%, Boquerón con 25% y Presidente Hayes con 25%*”. En relación con la planificación de la maternidad, datos del citado Hospital de Clínicas dan cuenta de la escasa planificación de los embarazos. Sólo el 40% de las 4.000 mujeres que fueron atendidas en el año 2012 había planificado su embarazo¹³⁶.

Las altas tasas de embarazo de niñas y adolescentes han tenido un importante lugar en los medios de comunicación¹³⁷. Muchos de los y las profesionales de salud consultados por los medios han afirmado que lo más importante para evitar los embarazos precoces es la educación de la sexualidad. Otro problema que incide en los embarazos de las niñas es el del abuso sexual, que en muchos casos no se visibiliza como tal. En el Hospital de Clínicas “*se detectó que el 65% de las adolescentes concurrentes han sido víctimas de algún tipo de abuso y violaciones*”¹³⁸. Es urgente que el Estado se haga cargo seriamente de la educación integral de la sexualidad, que no sólo contribuye a la prevención del embarazo adolescente, sino también a la prevención del abuso sexual de niñas, niños y adolescentes.

Casos¹³⁹ (incluidos en el Informe de DDHH de Paraguay)

Abuso y embarazo de niña de 12 años. Una niña oriunda de Paraguari dio a luz a una niña. La fiscalía investiga el caso como abuso sexual. La niña se encontraba en total estado de desnutrición y, por lo tanto, no estaba en condiciones para amamantar a su hija. Esta situación da cuenta de la estrecha interrelación de los derechos y de la casi inexistente mirada integral de los servicios y de las autoridades en el abordaje de este tipo de situaciones, tanto en la atención como en la prevención con enfoque de derechos. Esto atendiendo a que la niña madre, que se encontraba en estado de desamparo y desnutrición, pudo haber sido víctima de abuso sexual.

¹³⁵ Informe de derechos humanos en Paraguay, 2003. Pág. 444

¹³⁶ <http://www.unfpa.org.py/noticias/template1.php?id=446>

¹³⁷ <http://www.abc.com.py/nacionales/cientos-de-quinceaneras-embarazadas-603996.html>

¹³⁸ Informe de derechos humanos en Paraguay, 2003. Pág. 446

¹³⁹ Informe de derechos humanos en Paraguay, 2003. Pág. 447

Muerte por falta de atención médica: Una mujer de la ciudad de San Antonio (departamento Central) perdió a su bebé por complicaciones del parto, que no fueron eficaz ni eficientemente atendidas. La mujer, con la ayuda de vecinos y parientes, recorrió dos hospitales sin encontrar la asistencia necesaria para salvar la vida de su hijo.

Este tipo de casos son comunes, sobre todo en distritos alejados de hospitales y centros de salud que puedan auxiliar a las mujeres en situación de emergencia durante el parto y muestra uno de los grandes desafíos, que es ampliar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud reproductiva.

Mujeres embarazadas del caso Curuguaty: En el marco de la investigación judicial por la masacre ocurrida en la localidad de Marina Kue, dos mujeres embarazadas estuvieron varios meses privadas de su libertad, pese a la expresa prohibición al respecto del Código Procesal Penal (art. 238). Esto muestra que además de ver vulnerados sus derechos procesales, estas mujeres han sido violentadas en sus derechos reproductivos.

Muertes de mujeres por aborto inseguro: Dos mujeres, una de 28 años de la ciudad de San Lorenzo y otra de 31 años de la ciudad de Hernandarias, fallecieron a causa de complicaciones de abortos practicados en condiciones inseguras. Estas y otras muertes serían evitables si el Estado paraguayo propiciara la apertura de un debate sincero sobre la despenalización del aborto.

Caso de embarazo ectópico con peligro de muerte¹⁴⁰ : En el año 2011 una mujer fue internada en el Hospital Materno Infantil de San Lorenzo con un embarazo ectópico, alojado en el abdomen en un sitio denominado fondo de saco de Douglas. La conducta médica claramente indicada para esta situación es la extracción del embrión, antes de que se produzcan complicaciones que lleven a la muerte materna o dañen otros órganos, afectando gravemente su salud. En un acto violatorio a los derechos de la mujer afectada, profesionales de la salud del mencionado centro asistencial se han negado a realizar el procedimiento correspondiente, aparentemente alegando motivos basados en convicciones religiosas. La afectada ha recurrido a un amparo constitucional para proteger su derecho a la vida y a la salud. La jueza a cargo solicitó un dictamen del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, instancia integrada por activistas de sectores autodenominados “provida”, con posiciones fundamentalistas con relación al tema del aborto. Este Comité, como era de esperarse, sostuvo la posición de no apoyar la interrupción del embarazo. CLADEM y otras organizaciones presentaron un Amicus Curiae, aportando al proceso judicial a los efectos de lograr la interrupción del embarazo de la víctima.

El caso quedó a cargo de la jueza de la Niñez y la Adolescencia, Gloria Benítez, quien resolvió no otorgar el amparo al hospital de San Lorenzo, pues la mujer ya se hallaba en IPS, por lo que decidió rechazar el amparo por estar fuera de su jurisdicción. Benítez se limitó a explicar que al momento de solicitarse el amparo, la mujer no corría peligro y se encontraba estable, y dejó el caso a cargo de los médicos. Antes de la decisión de la magistrada, los médicos de IPS decidieron realizar el aborto terapéutico a la mujer, pero su abogada Natalia Torres anunció que su cliente decidió esperar la resolución.

- Perú

En este país, está restringido el acceso a toda la gama de MACs, ya que no es gratuita la provisión de los preservativos femeninos, anticoncepción de emergencia (AHE o PAHE) y anticonceptivos inyectables para lactancia. Tampoco lo son los tratamientos de la infertilidad (prevención, diagnóstico y tratamiento). La

¹⁴⁰ <http://www.ultimahora.com/medicos-ips-interrumpieron-embarazo-ectopico-mujer-que-pidio-amparo-hacerlo-n477798.html>

atención en general es mediocre y mala en regiones rurales, para mujeres indígenas o afros, o en situación de pobreza.¹⁴¹

Además, Perú incumple con los ANP reconocidos en su legislación; a las mujeres se les hace muy difícil acceder a un ANP en un establecimiento público, lo que las desalienta a hacerlo.

En el caso de MM c/ Perú, en el que el Estado Peruano acepta su responsabilidad por la violación de los derechos a la igualdad y no discriminación, a la integridad física, psicológica y moral, a la protección judicial y al debido proceso legal protegido por la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención de Belém do Pará en el año 2000. Pero a la fecha el Acuerdo de Solución Amistosa que contempla el compromiso del Estado peruano de adoptar medidas para reparar el daño moral y material a la víctima (sanciones al médico; la propiedad de un inmueble y el otorgamiento de un puesto de venta y mercaderías para que la víctima pueda reiniciar las actividades comerciales que ejercía, así como asistencia médica gratuita), y también a todas las mujeres víctimas de violencia sexual, reparando, sancionando y previniendo que casos similares sucedan, y dando seguimiento a la implementación de servicios especializados de atención a nivel nacional, aún no se ha cumplido con todos los compromisos. Por esta razón el caso continúa abierto y con el seguimiento y exigencia de las organizaciones copeticionantes a que se cumplan con todos los acuerdos suscritos por el Estado.

Deseamos señalar que Perú viene incumpliendo con el caso Mamerita Mestanza, litigado desde 1999 por ante la CIDH/OEA¹⁴² por esterilización forzada¹⁴³. Si bien el Estado peruano asumió su responsabilidad por la violación del derecho a la vida, a la integridad personal, a la igualdad ante la ley, así como violaciones a los Arts. 3, 4, 7, 8 y 9 de la Convención de Belém Do Pará, a los Arts. 3 y 10 del Protocolo del Salvador y a los Arts. 12 y 14 de la CEDAW y suscribió un acuerdo de solución amistosa, comprometiéndose a investigar y sancionar, penal y administrativamente a los responsables. Compromiso que se extendió a los representantes del Ministerio Público y del Poder Judicial que omitieron desarrollar los actos tendientes a esclarecer los hechos denunciados por el viudo. Igualmente a indemnizar por el daño moral y daño emergente al esposo e hijos de la Sra. Mestanza, a darles un seguro de salud, a la educación de sus hijos, así como a entregar dinero para la compra de una casa; compromiso que a la fecha no se ha cumplido estando en pleno proceso de exigir al Estado cumpla con los acuerdos en el ASA.

En el informe que presenta el Estado Peruano respecto de la investigación, hace referencia a que en su opinión, sí se está cumpliendo el deber de investigación, pues considera que ***“En ciertas circunstancias puede resultar difícil la investigación de hechos que atenten contra los derechos de la persona. La de investigar, es como la de prevenir, una obligación de medio o comportamiento que no es INCUMPLIDA, por el solo hecho de que la investigación no produzca un resultado satisfactorio”***, presentado por el

¹⁴¹ Balance regional CLADEM, op cit

¹⁴² En 15 de junio de 1999 el caso es llevado a la CIDH/OEA por DEMUS, APRODEH, CEJIL, CRLP (actual CRR) y CLADEM, y el 3 de octubre de 2000 se aprueba el informe de admisibilidad del mismo, para seguir con el análisis de fondo de la cuestión, referida a las violaciones de la Convención Americana y a la Convención de Belém do Pará. El 2 de marzo de 2001, durante el 110° período ordinario de sesiones de la CIDH, se convino en un acuerdo previo de solución amistosa. El 26 de agosto de 2003 se suscribe el Acuerdo de Solución Amistosa, mediante el cual el Estado reconoció su responsabilidad en la violación de los derechos de Mamérita Mestanza y se obligó a adoptar medidas de reparación en beneficio de las víctimas, investigar y sancionar a los responsables en el fuero común, y adoptar medidas de prevención para evitar que estos hechos se repitieran en el futuro. www.cladem.org/litigio

¹⁴³ En el marco del 131° período de sesiones de la CIDH, en 11 de marzo de 2008 se llevó a cabo una reunión de trabajo sobre el caso, solicitada por las copeticionarias, con el fin de seguir monitoreando el cumplimiento del acuerdo. www.cladem.org/litigio

Estado en fecha 25 de febrero del año 2014, para justificar que no se pudo encontrar elementos que justifiquen un proceso a Alberto Fujimori y otros por el caso 12. 191 Mamerita Mestanza.”

Finalmente, por el principio de complementariedad entre los mecanismos y sistemas de derechos humanos, señalar que en el **Caso KLL c/ Perú sobre aborto en caso de malformación fetal grave en el que, en el año 2002 CLADEM denuncia** al Comité de Derechos Humanos - CDH/ONU, por violación de los derechos a un recurso efectivo; a la igualdad entre hombres y mujeres; a la vida; a no ser sometida a tratos celes inhumanos o degradantes; a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada; a las medidas de protección que la condición de menor requiere y a la igualdad ante la ley (arts. 2, 3, 6, 7, 17, 24 y 26 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos).

Se encuentra pendiente de cumplimiento el dictamen emitido por el Comité de Derechos Humanos en el octubre de 2005, en que entre otras cosas establece la obligación del Estado peruano de proporcionar a KL un recurso efectivo que incluya una indemnización por las violaciones de sus derechos cometidas, además de adoptar medidas para evitar que sucedan situaciones semejantes en el futuro. Entre los fundamentos: a) El sufrimiento y las secuelas psicológicas severas acentuadas por su situación de menor de edad, al no concederle el beneficio del aborto terapéutico (cf. CP Peruano; art. 7 y Observación General N° 20); b) El conocimiento por parte de las autoridades del riesgo vital que corría KL y su negativa posterior que pudo haber puesto en peligro su vida, porque no contó con un recurso eficaz para oponerse a tal decisión (art. 2); c) La interferencia arbitraria en la vida privada, al negársele poner fin a su embarazo según su decisión, injerencia injustificada (art. 17); c) La falta de atención especializada, durante y después de su embarazo, necesaria por su condición de menor de edad (art. 24). De conformidad con el apartado a) del párrafo 3 del artículo 2 del Pacto. Si bien se ha avanzado en las situaciones previstas, el caso continúa con seguimiento hasta que el Estado cumpla con los compromisos asumidos.

- **Puerto Rico**

Puerto Rico, país asociado a EEUU por su situación política de territorio de los Estados Unidos tiene una jurisprudencia por un caso federal que aplica el derecho al aborto. Se trata del caso *Roe v. Wade*, sentencia de la Corte Suprema de EEUU 410 U.S.113 (1973). Esto fue reconocido por el Tribunal Supremo de Puerto Rico en el caso *Pueblo v. Duarte Mendoza*, 109 DPR 596 (1980). Sin embargo, a nivel local el Código Penal de Puerto Rico (Ley Núm. 146 del 30 de julio de 2012) contradice la citada jurisprudencia, lo cual viola los más elementales principios de coherencia legislativa. A pesar de que por jurisprudencia federal (Estados Unidos) las mujeres tienen el derecho libre a practicarse el aborto, en el Código Penal de Puerto Rico no se ha despenalizado.

El contenido central del fallo *Roe v. Wade* de la Corte Suprema EEUU es que el aborto debe ser permitido a la mujer, por cualquier razón, hasta el momento en que el feto se transforme en “viable” es decir, sea potencialmente capaz de vivir fuera del útero materno, sin ayuda artificial. La viabilidad se coloca cerca de los siete meses (28 semanas) pero puede ocurrir antes, incluso en las 24 semanas. Antes de esta “línea de la viabilidad”, la Corte sostuvo que el aborto debe estar disponible cuando sea necesario para proteger la salud de la mujer.

El Código Penal de Puerto Rico, en cambio, penaliza el aborto con tres años de reclusión, salvo indicación terapéutica hecha por un médico debidamente autorizado, Esta misma pena recibe la mujer que trata de abortar, salvo que fuera necesario para salvar su vida o su salud; y quienes hagan anuncios ofreciendo procedimientos para abortar.

Sin embargo, la enmienda Hyde (Estados Unidos) aprobada en 1977 dispone la posibilidad de que el Estado pague por servicios de aborto para aquellas mujeres con embarazos producto de una violación, incesto o con condiciones que ponen en riesgo su salud y vida.

Pero como se ve, la contradicción legislativa genera vacíos en la ejecución de abortos en tiempo y forma, y lesiona los DSR de las mujeres puertorriqueñas.

Uruguay¹⁴⁴

En 2008 se aprobó la Ley N° 18.426 de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, mediando veto presidencial parcial, al aborto. El 22 de octubre de 2012, después de un largo proceso de lobby desde las organizaciones feministas se aprobó la Ley No. 18987 que **suspende la penalización en los casos que se realicen dentro de las 12 semanas de embarazo** y siguiendo el procedimiento que la ley establece, reglamentada por el Decreto 604 de 22/12/2012. Fuera de ese caso se penaliza el aborto excepto en los siguientes¹⁴⁵:

- a) Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer.
- b) Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.
- c) Cuando fuera producto de una violación acreditada con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación.

La ley es un avance en la conquista de los derechos de las mujeres. Sin embargo, su implementación y la resistencia de los sectores médicos ha significado, en los hechos, serios obstáculos para los DSR. De acuerdo a la información recabada por la Línea telefónica que presta servicios de información a mujeres que quieren interrumpir sus embarazos (0800 8843), los principales obstáculos son:

- Dificultades para conciliar con el trabajo. No está prevista “licencia médica” durante el proceso, que implica demoras y múltiples consultas.
- Persistencia de sanción social.
- A pesar que muchas mujeres inician el procedimiento antes de las 12 semanas de embarazo, no logran culminarlo en el tiempo establecido (falla del proceso medicamentoso).
- Críticas, infantilización, insensibilidad desde el personal de salud, en general frente a los miedos que manifiestan las mujeres.

¹⁴⁴ Fuentes:

Comunicado Cladem Uruguay enero 2013. La Diaria prensa (La Objeción de Conciencia y el IVE)
Mujeres en el Horno, Comunicado de prensa del 28 de septiembre de 2014 en <http://mujeresenelhorno.org/?q=content/d%C3%ADa-de-lucha-por-la-despenalizaci%C3%B3n-del-aborto-en-am%C3%A9rica-latina>
Noticias sobre Objeción de conciencia: <http://www.elobservador.com.uy//noticia/289926/tca-fallo-a-favor-de-ginecologos-que-presentaron-recurso-contrale-ley-de-despenalizacion-del-aborto/>
<http://www.informarte.com.uy/2014/10/15/tca-deja-en-suspenso-10-articulos-de-la-ley-de-aborto/>
http://www.uypress.net/uc_55325_1.html

¹⁴⁵ En todos los casos el médico tratante dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas, debiendo la mujer prestar consentimiento informado, excepto cuando en el caso previsto en el literal A) del presente artículo, la gravedad de su estado de salud lo impida.

- La objeción de conciencia, especialmente en algunos departamentos del interior del país. El caso paradigmático es el Departamento de Salto en diciembre 2012¹⁴⁶, donde la totalidad de los ginecólogos/as (12) hicieron objeción de conciencia. El Ministerio de Salud Pública, propuso como alternativa en primer término el traslado de las mujeres a otros departamentos para realizar el procedimiento y a partir de setiembre de 2013 ha conseguido que una ginecóloga asista a las mujeres de Salto yendo a ese departamento a atender una vez por semana.
- El día 15 de octubre de 2014 trascendió en las noticias, la decisión adoptada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo respecto a la petición de médicos/as, objetores de conciencia para la suspensión del Decreto Reglamentario de la ley. Esta petición busca legitimar la objeción de conciencia en las etapas previas a la indicación de misoprostol.
- Como medida cautelar, se suspendieron varios artículos del Decreto Reglamentario, fundándose en el riesgo de daño irreparable a quienes formulen objeción de conciencia. El pronunciamiento permite inferir que el Tribunal- en el marco de su competencia anulará el Decreto.
- Las organizaciones de mujeres nos vemos enfrentadas a seguir bregando por la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, para garantizar la aplicación de las dos leyes vigentes aunque medie objeción desde la primera consulta de las mujeres.

Muy recientemente, con fecha 14 de octubre 2014, un fallo del Tribunal para lo Contencioso Administrativo de Uruguay (TCA) hizo lugar al recurso presentado en 2013 un grupo de médicos de Salto, mencionado más arriba¹⁴⁷. El mismo planteó que la reglamentación (por decreto) de la ley de interrupción voluntaria del embarazo limita el alcance del derecho de objeción de conciencia para el personal de salud. La objeción de conciencia fue, desde su sanción, uno de los aspectos más polémicos de esta ley; y el recurso presentado por los médicos impugna 11 de sus 42 artículos¹⁴⁸. El fallo del TCA suspende su aplicación hasta tanto se pronuncie sobre el recurso de impugnación presentado. A la fecha, numerosas organizaciones sociales y científicas, especialmente del campo de la medicina, se han pronunciado en contra de este fallo y decididos a continuar con la plena aplicación de todos los artículos de la ley de IVE. Los comunicados apuntan a que “Todos los servicios creados por estas leyes deben estar disponibles en las instituciones de salud del territorio nacional; exigimos que estos servicios sean accesibles y brindados en tiempo y forma para todas las mujeres que así lo requieran.”

VII.- PETICIONES A LA CIDH

Hemos finalizado el proceso de revisión a 20 años de la CIPD, y la Asamblea General de la ONU ha decidido mantener el seguimiento de su Plan de Acción y sus objetivos más allá del 2015. Luego de ser ratificados los acuerdos de El Cairo en sucesivas conferencias mundiales y regionales, la región se encuentra frente al desafío de dar seguimiento a su cumplimiento y a sus consecuentes avances en la superación de las desigualdades de género.

La mencionada falta de voluntad política de la mayoría de los países de la región se evidencia en la persistente discriminación hacia las mujeres por motivos de género. Esto se traduce en falta de presupuestos

¹⁴⁶ <http://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/sociedad/uruguay-el-aborto-y-la-objecion-de-conciencia-presentada-por-ginecologos>

¹⁴⁷ <http://www.elpais.com.uy/informacion/aborto-tca-suspende-articulos-ley.html>

¹⁴⁸ El recurso presentado argumentó que la reglamentación limita la invocación de objeción de conciencia a recetar el fármaco abortivo o hacer el legrado, y los obliga a participar en todos los procedimientos previos y posteriores a la interrupción del embarazo.

para desarrollar acciones que incentiven la mejora y calidad de vida de las mujeres, la educación y la salud que es parte de la vida cotidiana de las mujeres adultas, niñas y adolescentes. En particular, la salud sexual y reproductiva.

Por ello, solicitamos respetuosamente a la CIDH que analice el problema y recomiende a los Estados de la región:

1.- Instar a los Estados a cumplir con los Instrumentos Internacionales, y la Jurisprudencia emanada de los Órganos Internacionales referidos al tema, así como también los dictámenes, resoluciones, acuerdos de solución amistosa y sentencias que aseguren la investigación y sanción del patrón de violación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres. En los casos de vulneración, garantizar la reparación y garantías de no repetición.

2.- Instar a los Estados a que revisen su legislación, normas y prácticas que restringen el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y salud reproductiva sin ningún tipo de discriminación, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales.

3.- Exhortar a los Estados a promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos por todos los medios a su alcance, para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia, avanzando hacia un cambio cultural que modifique los estereotipos jerárquicos de género hoy vigentes y dejando de lado el doble estándar por sexo en materia de sexualidad.

4.- Promover que los Estados asignen mayor presupuesto y mayor prioridad en recursos humanos y materiales a las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, atendiendo en particular una perspectiva de DDHH, interculturalidad y género.

5.- Instar a los Estados a que reafirmen que el pleno goce de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos de las mujeres exige una vida libre de violencia de género y la necesidad de avanzar en políticas públicas de prevención del abuso sexual, así como lograr sanciones efectivas y ejemplares que desalienten la comisión de este tipo de hechos punibles.

6.- Estimular que los Estados combatan la discriminación y los prejuicios jerárquicos, sexistas y patriarcales que persisten en las prácticas de los sistemas de salud y de educación cuando se trata de los DSR de las mujeres, capacitando al personal de los sistemas de salud, educación, seguridad y justicia.

7.- Instar a que los Estados presten especial atención a la población vulnerabilizada: de zonas rurales, en situación de pobreza, pueblos indígenas y afrodescendientes, adolescentes y jóvenes, con discapacidad y pertenecientes a los grupos GLTBBI, promoviendo una especial atención a sus necesidades específicas.

8.- Asegurar que los Estados provean una Educación Sexual Integral en los establecimientos educativos desde niveles primarios, a fin de asegurar que niños/as, adolescentes y jóvenes puedan ejercer su derecho a cuidar su salud, ejercer su autonomía reproductiva, gozar de la sexualidad sin riesgos ni coerciones, y prevenir/defenderse del abuso sexual infantil.

9.- Recomendar a los Estados la revisión de la legislación punitiva del aborto, ya que ella sólo provoca sufrimiento y muerte de las mujeres, en particular de las pobres, jóvenes, de etnias discriminadas y/o con bajos niveles educativos, cumpliendo de esta manera las disposiciones del Consenso de Montevideo en la materia. Asegurar la realización adecuada y humanitaria, en tiempo y forma, de los abortos permitidos por las leyes nacionales o locales.

10.- Promover el avance hacia la laicidad de los estados de la región, siguiendo las recomendaciones de los Consensos de Montevideo, Brasilia, Quito y otros documentos nacionales, regionales e internacionales relacionados.

11.- Instar a los Estados a brindar información, estadísticas accesibles, de buena calidad y actualizadas, que monitoreen el cumplimiento de los compromisos internacionales, regionales y su legislación interna. En particular, monitorear la maternidad en la adolescencia y dentro de ella, el tramo de edad de 10 a 14 años.

12.- Estimular que los Estados realicen campañas para sensibilizar y promover la responsabilidad paterna, evitar el abandono parental y la evasión del deber legal de otorgar alimentos para sus hijos.

13.- Instar al Estado de Honduras a remover la prohibición ministerial del uso de las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia;

14.- Asegurar que los Estados prevengan y sancionen toda forma de persecución y criminalización a defensoras/es de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en las Américas y garantizar condiciones para la promoción y defensa de este derecho, libre de toda forma de discriminación, violencia y represión.

15.- Que la CIDH, en su próximo informe a la Asamblea General, llame la atención sobre la necesidad de incluir el tema de los DDSSyDDRR en su agenda y recomiende a la Relatoría sobre derechos de las mujeres la inclusión del tema en su agenda de manera prioritaria.

16. Finalmente, que CIDH realice seguimiento sobre la situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, incluyendo requerimientos periódicos de informes a los Estados sobre las acciones específicas tomadas para el cumplimiento de sus obligaciones de garantía, promoción y protección, y en ese marco incluya visitas periódicas de las Relatorías a los países de la región con mayor vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres.

octubre 2014

“Los derechos sexuales y reproductivos están fundados en derechos humanos reconocidos en tratados internacionales de derechos humanos, normas regionales, constituciones nacionales y otras normas pertinentes de derechos humanos. Para hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos es necesario respetar los derechos relativos a la integridad física y mental –incluido el derecho a la vida–, a la libertad y la seguridad de la persona, a no sufrir tortura ni otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, y a la intimidad y el respeto de la vida familiar, así como los derechos relativos a la libertad de conciencia y expresión y a no sufrir discriminación. Estos derechos se corresponden directamente con los principios en que se sustentan los derechos sexuales y reproductivos: la integridad física y mental de la persona, su autonomía y el derecho a no sufrir discriminación por motivos de género, raza, origen nacional, orientación sexual, discapacidad o situación socioeconómica.

Los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para hacer efectivos los derechos humanos de toda persona. El respeto de estos derechos es fundamental para la dignidad humana y para el disfrute del bienestar físico, emocional, mental y social. Su

realización mejora la vida y las relaciones personales y ayuda a conseguir la igualdad de género y el empoderamiento. Todas las personas deben poder disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos sin coacción, discriminación ni violencia.”