



COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

AUDIENCIA TEMÁTICA REGIONAL: DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

28 de marzo de 2011

I. Introducción

Buenas tardes Comisionados, Comisionadas y público presente. Antes de presentar a las participantes de esta audiencia, queremos agradecer a la Ilustre Comisión el otorgamiento de la misma que es de suma relevancia para las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres de la región.

Esta audiencia ha sido solicitada por organizaciones de 12 países de la región que trabajan en la defensa y promoción de los derechos reproductivos. En representación de ellas nos encontramos las siguientes personas:

- Mariela Belski de la Asociación por los Derechos Civiles (ADC) de Argentina
- Sergia Galván, de la Colectiva Mujer y Salud de República Dominicana y coordinadora de la Campaña 28 de septiembre por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe
- Margarita Rivas, de la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico de El Salvador
- Marta María Baldón, de Ibas Centroamérica con sede en Nicaragua y
- Vanessa Coria, del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) de México

Se señalarán algunos signos comunes que hemos encontrado en la región sobre los obstáculos que enfrentan las mujeres en el efectivo ejercicio del derecho a la salud reproductiva, los cuales tienen su origen en la discriminación histórica sufrida por la mujer en América Latina y el Caribe, por el hecho de vivir el proceso biológico del embarazo.

El abordaje integral de los derechos reproductivos debe incluir el análisis de la interrupción legal del embarazo en condiciones seguras desde el marco de los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, nos referiremos de manera exclusiva a las consecuencias que tiene la penalización de la interrupción del embarazo en el goce de los derechos reproductivos de las mujeres en la región, incluyendo el derecho a la vida, a la integridad personal, al más alto nivel de salud reproductiva, a la

intimidad, a la dignidad, a la libertad personal y al derecho a vivir libres de violencia y discriminación.

Un primer signo que identificamos, es la interpretación restringida del derecho a la salud que han adoptado la mayoría de los países de la región, que tiene como consecuencia, que se excluya la salud sexual y salud reproductiva de la política pública de salud.

II. Marco Normativo

Observamos con preocupación la falta de marcos jurídicos adecuados que garanticen el derecho de las mujeres a la salud reproductiva, pues en la región existen 5 países que tienen totalmente penalizado el aborto (Chile, Nicaragua, República Dominicana, El Salvador y Honduras). Como resultado de este marco de restricción absoluta, niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres, son obligadas a continuar con sus embarazos resultados de violación, afectando severamente su salud física, mental y emocional o a morir a causa de ello.

En otros países, los códigos penales establecen algunas causales de excepción con diferentes grados de no punibilidad, pero aún están muy restringidas a circunstancias extremas como son los casos de violación sexual, peligro para la vida de la mujer, o daños a su salud física (Brasil, Bolivia, Ecuador, Costa Rica, Guatemala, Argentina, Uruguay, Haití, Paraguay, Perú, entre otros). Sólo Cuba, Puerto Rico y la Ciudad de México permiten la interrupción del embarazo temprano.

Sin embargo, en muchas ocasiones se presentan serios obstáculos para que las mujeres accedan a la interrupción legal del embarazo en estas circunstancias como las siguientes:

1. Falta de implementación de protocolos de atención para la interrupción legal del embarazo, pues en la mayoría de los países de la región no existen protocolos que permitan acceder al aborto en los casos establecidos en la ley, y en aquellos en los que sí existe, su implementación es casi nula.

La falta de implementación de estos protocolos impacta de modo negativo en el acceso al aborto permitido, ya que al no existir estándares de aplicación los médicos padecen confusión y desconcierto cuando deben asistir a mujeres o adolescentes que solicitan abortar en los casos permitidos por ley.

2. En los casos de violación sexual, las mujeres no reciben información sobre la posibilidad de quedar embarazadas, tampoco se les suministra la anticoncepción de emergencia para prevenir el embarazo. Una vez confirmado el embarazo, tienen que cumplir una serie de requisitos para acceder a su interrupción, como: solicitud por escrito del procedimiento, valoración previa de medicina legal, orden y/o remisión de la fiscalía, autorización u orden judicial, y en ocasiones hasta se requiere de la prueba de la violación o de una condena

previa contra el victimario. Aún llenando los requisitos, en muchas ocasiones la autorización u orden judicial se emite tardíamente sobrepasando el límite de gestación permitido por la ley. A esto se les suman las presiones psicológicas que reciben del personal de salud, de la fiscalía o de otras autoridades para disuadirlas de tomar esta decisión y, en ocasiones, se enfrentan a la negativa del servicio de médicos objetores de conciencia, donde el Estado no asume su responsabilidad de garantizar el acceso al aborto legal a través de personal de salud que no sean objetores.

3. En los casos de interrupción del embarazo por riesgo para la vida o salud de la mujer, se han identificado los siguientes obstáculos: **a)** es generalizado que se den interpretaciones restrictivas de la causal salud y que no se admitan razones mentales o psicosociales para la identificación del riesgo en la salud de la mujer, **b)** falta de información sobre los riesgos a su vida y su salud por enfermedades que pueden agravarse con el embarazo; **c)** la certificación médica se vuelve un obstáculo, exigiendo un escrito por un médico especialista que advierta específicamente el peligro para la vida o la salud de la mujer y que recomiende la necesidad de la interrupción del embarazo; **d)** al igual que en el caso de violación, se somete a las mujeres a largas e infundadas esperas.

Paradójicamente, la penalización de la interrupción del embarazo, no inhibe su práctica. “La mayor parte de las legislaciones han intentado resolver el problema del aborto [...] mediante su prohibición, lo cual se ha traducido en graves consecuencias económicas, sociales, de salud pública y de justicia social para las mujeres de estos países, sin lograr la disminución de la alta tasa de aborto que existe en la región.”ⁱⁱ

Según datos de la OMS, del total de abortos que se practican en condiciones inseguras en el mundo, el 95.4% ocurre en países en vías de desarrollo con leyes restrictivasⁱⁱ. En Latinoamérica y el Caribe ocurren anualmente entre 3.9 y 4.2 millones de abortos inseguros.ⁱⁱⁱ

Las cifras nos indican que la penalización del aborto ha generado que las mujeres recurran a la interrupción del embarazo ilegal, clandestino e inseguro, teniendo graves repercusiones para su vida, su salud y su entorno familiar y social^{iv}. Esta problemática afecta de manera especial a las niñas y mujeres jóvenes pobres, de bajo nivel educativo o que viven en zonas rurales.^v

III. Morbi-mortalidad materna: Violación al derecho a la integridad física y a la vida

Una de las principales y más graves consecuencias de la penalización del aborto es la morbi-mortalidad materna, a pesar que es una de las causas más fáciles de tratar y totalmente prevenibles^{vi}. De acuerdo con cifras estimadas de la OMS a nivel mundial mueren, por lo menos 66,500 mujeres cada año como consecuencia del aborto

inseguro. En América Latina y el Caribe el 11% de las muertes maternas es consecuencia de abortos inseguros^{vii} y éste se encuentra dentro de las primeras 5 causas.

Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, presentan el doble de probabilidad de morir a causa de complicaciones durante el embarazo que las mujeres entre los 20 y 24 años, y las menores de 15 años, presentan cuatro veces más esta probabilidad.^{viii} El embarazo y el aborto en adolescentes, es un problema grave de salud pública.

Además, “más de un millón de mujeres y niñas latinoamericanas son hospitalizadas cada año para recibir tratamiento por complicaciones de aborto inseguro...”^{ix} Las complicaciones derivadas de aborto más frecuentes son las “no especificadas”, infecciones genital y pelviana, hemorragias excesivas o tardías, lesión de órganos de la pelvis y tejidos, e insuficiencia renal, entre otras.

IV. Violaciones al derecho a la integridad psíquica y moral – salud mental

Sin embargo, las implicaciones a los derechos humanos de las mujeres, adolescentes y jóvenes van más allá del daño a su integridad física, pues en contextos de absoluta penalización o de negación de los servicios de la interrupción legal del embarazo, las consecuencias repercuten en su integridad psíquica y moral, sin que el daño pueda ser visible, tanto por la maternidad forzada como por la estigmatización y el rechazo social que sufren al recurrir a un aborto clandestino e inseguro.^x

V. Violación al principio de no discriminación por razones económica

Otra consecuencia de la penalización es que se propicia un “mercado clandestino” o ilegal de servicios de interrupción del embarazo, que en muchas ocasiones se convierte en una práctica discriminatoria y de injusticia social, pues las mujeres que pertenecen a las clases más desprotegidas, son las que recurren a la interrupción del embarazo de más alto riesgo, mientras que las que cuentan con recursos económicos pueden acceder a él en condiciones sanitarias de calidad. Así, la penalización tiene profundas raíces en la discriminación por razones económicas.^{xi}

VI. Obligación de los Estados de adoptar medidas de prevención

Estamos convencidas que es fundamental que los Estados establezcan medidas efectivas para prevenir embarazos no deseados, además de crear políticas públicas para atender el aborto clandestino e inseguro y prevenir daños a la salud y la vida de las mujeres.

Ello es necesario, porque las mujeres abortan a pesar de la penalización existente y a pesar del dilema personal que puede implicar tomar esta decisión; porque muchas mueren o quedan con secuelas físicas irreversibles, y porque hay embarazos que aunque son deseados presentan complicaciones y es médicamente recomendable un aborto.

El panorama que observamos en la región, es que para abordar el problema en todas sus dimensiones, las políticas públicas son escasas o insuficientes.

La gran mayoría de los Estados de la región, ante influencias moralistas, religiosas y fundamentalistas en torno a la sexualidad, en general, mantienen políticas públicas bastante limitadas y sesgadas sobre la educación para la sexualidad^{xii} y el acceso universal a los métodos de anticoncepción. Esta situación se exagera respecto de la anticoncepción de emergencia.

La generalización del uso de anticonceptivos representa una alternativa para evitar un embarazo no deseado o no previsto, así como para reducir la práctica del aborto,^{xiii} pues “la elevada demanda insatisfecha de anticonceptivos, [...] constituye uno de los principales factores que determinan el aborto inseguro”^{xiv}.

Entre los principales obstáculos que contribuyen a un menor uso de los anticonceptivos se encuentran: 1) la falta de conocimientos de estos; 2) los efectos secundarios atribuidos de manera incorrecta a algunos métodos modernos; 3) la falta de disponibilidad y gratuidad y 4) las barreras culturales e institucionales.^{xv}

En pleno siglo XXI y a pesar de los adelantos científicos, hay países de la región, como Honduras y Costa Rica, donde está prohibida o limitada la anticoncepción de emergencia.^{xvi}

Estas medidas limitan el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y por ello es necesario que los gobiernos asuman compromisos mediante políticas públicas que contengan estrategias de educación para la sexualidad y la promoción anticonceptiva.

Esto a fin de garantizar, el abastecimiento de métodos anticonceptivos.

VII. Violación a la libertad personal y a la intimidad

Por último, deseamos resaltar que las repercusiones de la penalización han llegado al extremo de afectar la libertad de las mujeres y su derecho a la privacidad. Actualmente hemos documentado casos donde el personal de salud que atiende a las mujeres, principalmente jóvenes y de escasos recursos, que llegan con hemorragias por abortos espontáneos, partos prematuros o complicaciones del parto o de abortos inducidos, temen ser acusados de cómplices o partícipes de la comisión de un delito. Ante este temor o se niegan a atenderlas y las remiten a otros hospitales, o una vez que las estabilizan y dan un mínimo tratamiento, violan el secreto profesional y las denuncian ante las fiscalías o ministerios públicos por el delito de aborto.

Algunas de estas mujeres han perdido su libertad, inclusive en casos donde no habría responsabilidad penal, como en el caso de abortos espontáneos o complicaciones de partos prematuros. Estas mujeres se han tenido que enfrentar a un sistema de justicia

represor y sumamente discriminatorio, que viola su presunción de inocencia. Varias de estas mujeres son procesadas por el delito de aborto y en los casos más graves se les reclasifica el delito por homicidio calificado o en razón de parentesco, siendo condenadas a sanciones que van hasta los 40 años de prisión. Esta situación, disuade a las mujeres a recurrir a los servicios de salud cuando se encuentran en estas circunstancias, corriendo el riesgo de perder la vida o afectar permanentemente su salud.

Las situaciones descritas hacen imperante que los Estados aborden desde los derechos humanos el problema del embarazo no deseado para evitar la incidencia en abortos clandestinos e inseguros que pongan en riesgo la salud y la vida de las mujeres, niñas y adolescentes. Es deber de los Estados generar políticas públicas y marcos jurídicos adecuados que velen por el goce y ejercicio pleno de los derechos humanos, sin discriminación en razón de género, edad, raza, etnia y cualquier otra condición social.

A continuación le daré la palabra a Sergia Galván quien ilustrará la situación descrita con casos que consideramos son paradigmáticos de la misma.

VIII. CASOS

El primer caso se refiere a MARIA EDIS HERNÁNDEZ MÉNDEZ DE CASTRO: analfabeta, madre de 2 hijos de 7 y 9 años, vivía en una zona rural del departamento de Morazán en El Salvador lejos de la capital, bajo extrema pobreza, su esposo emigró ilegalmente a Estados Unidos en busca de mejorar su situación. A principio del 2007 María Edis acudió a una unidad pública de salud por malestares generalizados. Tras descubrirse varios nódulos en el cuello, realizó 4 consultas en la Unidad de Salud donde sólo recibió como medicación ACETAMINOFEN, para tratar el dolor.

En julio de 2007 se embarazó, y a los 7 meses de gestación presentó complicaciones obstétricas que propiciaron un parto prematuro sin asistencia médica. Fue llevada al hospital en condiciones graves, en estado de shock y preclamcia.

El personal del hospital público la denunció por aborto, y fue llevada a la cárcel. El día 11 de agosto 2008, fue juzgada y condenada por HOMICIDIO AGRAVADO a 30 años de prisión, por el Tribunal de Sentencia de San Francisco Gotera del departamento de Morazán. Estando en la cárcel, le diagnosticaron cáncer linfático, sin embargo, permaneció recluida sin tener la posibilidad de recibir tratamiento de quimioterapia. En condiciones graves y bajo la custodia carcelaria, después de cumplir dos años y dos meses en prisión, fue trasladada al hospital capitalino donde 4 meses después falleció a causa de esta enfermedad.

En México la situación de criminalización de mujeres por causas relacionadas con el aborto es similar. En el estado de Guanajuato se documentaron por el Centro las

Libres, las situaciones de 7 mujeres recluidas por “Homicidio en Razón de parentesco en agravio de un producto en gestación” que presentaban patrones similares. Una de ellas estaba sentenciada con la pena máxima de 30 años de prisión.

Una de ellas es MONTROYA, de 19 años de edad, quien en su relato de los hechos dijo lo siguiente: *“Yo no sabía que estaba embarazada porque siempre tuve mi regla, [...] un día amanecí con vómito y dolor de estómago, tenía una semana de retraso[,] pensé que los malestares eran porque ya tendría mi regla [...] por la tarde[,] cuando fui al baño[,] me di cuenta que ya estaba reglando, sentí mucha sangre y coágulos, duró toda la semana, mi mamá me llevó al seguro para que me revisarán, la doctora me denunció[,] dijo que había tenido un aborto”*. Montoya fue sentenciada a 26 años de prisión por homicidio en razón de parentesco y pasó 5 años en la cárcel.

Esta situación también se ha constatado en estados como Puebla y Baja California, a pesar de que esta última entidad, reconoció su responsabilidad ante la Comisión por obstáculos al acceso a la interrupción legal del embarazo por violación en el caso Paulina.

En Brasil, se han denunciado aproximadamente 10.000 mujeres por el delito de aborto.

En República Dominicana, sistemáticamente se han cerrado clínicas y se ha condenado al personal médico y empleadas administrativas así como a mujeres y sus acompañantes. Se ha llegado incluso a utilizar militares infiltrados a efectos de documentar lo que sucedía en esas clínicas para luego proceder con las denuncias y procesamientos correspondientes.

Otro caso es el de Ana María Acevedo de veinte años de edad, madre de tres hijas e hijas y originaria de un pueblo de Santa Fe, en Argentina, falleció en mayo de 2007 por consecuencia de la negación de la interrupción del embarazo. Ana María se encontraba enferma de cáncer maxilar y presentaba un embarazo de tres o cuatro semanas cuando ella y su familia solicitaron un aborto terapéutico, que fue denegado por las/os profesionales del Hospital Iturraspe. Los médicos no sólo le negaron el acceso al aborto legal, sino que le suspendieron la medicación para el tratamiento de cáncer que estaba contraindicado para mujeres embarazadas por afectar al feto. Esto le provocó meses de un dolor insoportable. La paciente fue forzada a sostener su embarazo hasta la semana 24. Cuando el parto finalmente se llevó a cabo, Ana María entró en coma farmacológico y días después murió y su hijo tampoco sobrevivió.

Otro caso que queremos relatar es el de **M**. En Pernambuco, Brasil, **M**, de 9 años de edad, de familia pobre, fue llevada por su madre a la unidad de salud Casa de Saúde Sao José, con vómito, dolores de cabeza y abdomen. Después de ser atendida le dijeron que tenía un embarazo gemelar de 15 semanas de gestación. La niña fue entrevistada por el servicio social y de psicología del hospital, donde relató que desde

los 6 años de edad era violada por su padrastro, hecho conocido por su madre. Fueron informadas sobre la posibilidad de interrupción del embarazo. Después de exámenes clínicos más detallados, se verificó que el cuadro clínico de la niña era preocupante y podría generar un parto prematuro extremo inviable. La madre de M decidió interrumpir el embarazo y firmó un compromiso. La unidad de salud exigió el consentimiento del padre, el cual no aceptó, por lo que la unidad de salud se negó a realizar el procedimiento.

La madre y M buscaron otra institución que aceptara interrumpir el embarazo, pero el obispo de la ciudad intentó impedirlo, al no lograrlo, decidió excomulgar a la madre y a todas las personas involucradas en el caso, incluso al personal del hospital.

IX. PETICIONARIO

En atención a esta situación solicitamos a la Comisión que:

1. En el Informe que realiza la Relatoría de Derechos de las Mujeres sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales con perspectiva de género, se incorpore un capítulo específico sobre salud reproductiva y acceso a la interrupción legal del embarazo, en donde se elaboren estándares de regulación que puedan servir de guía a los Estados a la hora de definir, modificar o crear leyes, normativas o protocolos en esta materia.
2. Que en el comunicado de prensa de este periodo de sesiones, manifieste su preocupación por la situación descrita, como ya lo han hecho organismos de Naciones Unidas, en el que inste a los Estados a adoptar las medidas legislativas o de otra índole necesarias, para que garanticen el acceso a la interrupción legal del embarazo a fin de proteger los derechos reproductivos de las niñas, adolescentes, y mujeres de la región.
3. Asimismo, y conforme a los “Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” elaborados por la Comisión, se inste a los Estados a producir y generar información estadística que permita monitorear el cumplimiento de sus obligaciones en relación con el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres relacionadas con los servicios de interrupción legal del embarazo.
4. Que en sus visitas in situ a los países de la región, contemple en su agenda de trabajo, la recopilación de información con sociedad civil y gobierno, sobre el impacto de la penalización de la interrupción del embarazo en la vida y la salud de las mujeres así como las medidas adoptadas para evitarlas. Especialmente urgente en aquellos países que prohíben absolutamente el aborto (Chile, Nicaragua, Honduras, El Salvador y República Dominicana) o donde las mujeres están siendo criminalizadas con penas excesivas de cárcel (México y Brasil, entre otros).

5. Que en sus próximos periodos de sesiones, éste siga siendo un tema de preocupación de la Comisión para privilegiar audiencias en esta materia, y que en los casos o medidas cautelares que se sometan a su consideración, éstos sean prioritarios y se les brinde un abordaje integral que permita desarrollar estándares conformes con una interpretación extensiva de los derechos humanos de las mujeres, libres de prejuicios de género.

ⁱ Guillaume, Agnés y Lerner, Susana, “*El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*”, Capítulo 1: : Marco Jurídico del aborto en América Latina y el Caribe. (París – México 2007) de la colección “Les Numériques du CEPED” disponible en http://www.cepel.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/chapitre1.html

ⁱⁱ UNFPA, *El aborto inseguro en América Latina*, 2008.

ⁱⁱⁱ *Ibidem*.

^{iv} Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), *Mujeres del mundo : leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas : América Latina y El Caribe suplemento 2000*, New York, USA, 2000, disponible en http://www.reproductiverights.org/pub_bo_wowlam.html ;

^v Guillaume, Agnés y Lerner, Susana, *op.cit.*, Capítulo 3: Las estimaciones sobre el aborto: dificultades y limitaciones.

^{vi} Ipas, *Asegurando el acceso de las mujeres latinoamericanas a los servicios de aborto seguro: Una estrategia clave para lograr los objetivos de la CIPD y Beijing, así como los objetivos de desarrollo del milenio*, EE.UU, 2009, pág. 3.

^{vii} *Ibidem*.

^{viii} *Ibidem*.

^{ix} *Ibidem*

^x Guillaume, Agnés y Lerner, Susana, *op.cit.*

^{xi} Guillaume, Agnés y Lerner, Susana, *op.cit.* Capítulo 1: Marco Jurídico del aborto en América Latina y el Caribe.

^{xii} La entendemos como un derecho y como una dimensión insustituible para la construcción de oportunidades y competencias para la vida y el bienestar de todo ser humano a partir de su nacimiento.

^{xiii} Guillaume, Agnés y Lerner, Susana, *op.cit.* Capítulo 8: Aborto y anticoncepción.

^{xiv} *Ibidem*.

^{xv} *Ibidem*.

^{xvi} Centro de Derechos de Mujeres, *Informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Prohibición de la Anticoncepción de Emergencia en Honduras como consecuencia del Golpe Militar*, enero 2011.