



EL
ABORTO
EN EL
SISTEMA
INTERNACIONAL
DE
DERECHOS HUMANOS
MÉXICO, 2019

	■ Introducción	
01	■ SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS	1
	■ ÓRGANOS DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS (NU)	3
	· Consejo de Derechos Humanos (CDH)	4
	Resoluciones	5
	Examen Periódico Universal (EPU)	9
	Procedimientos especiales, documentos de los relatores especiales	11
	a) Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica	12
	b) Violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias	14
	c) Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	18
	d) Situación de derechos humanos y libertades fundamentales de las personas indígenas	24
	e) Derechos de los pueblos indígenas	25
	f) Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental	25
	g) Libertad de religión o de creencia	36
	■ ÓRGANOS CREADOS A PARTIR DE LOS TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS	38
· Comité de Derechos Humanos (CCPR)	39	
Observaciones generales	40	
Informes periódicos	41	
· Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)	42	
Observaciones generales	43	
Informes periódicos	47	
Quejas individuales	48	
· Comité de los Derechos del Niño (CRC por sus siglas en inglés)	50	
Observaciones generales	51	
· Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés)	52	
Observaciones generales	53	
Informes periódicos	56	
Quejas individuales	59	
■ COMISIÓN DE POBLACIÓN Y DESARROLLO	61	
02	■ SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS	63
	■ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS	65
	· Jurisprudencia	66
	■ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)	67
	· Informes temáticos	68
· Comunicados de prensa	73	

INTRODUCCIÓN

En México, los servicios de aborto son legales en los supuestos establecidos en los Códigos Penales de cada uno de los 32 estados del país. El aborto en los casos de embarazos producto de una violación es el único supuesto que está legalmente permitido en todo el país. En la Ciudad de México, es legal la interrupción del embarazo hasta la doceava semana de gestación, con independencia de las razones por las que la mujer solicite el servicio.

Además del marco jurídico, es indispensable que existan las condiciones financieras, materiales, estructurales y de prestadores de servicios de salud capacitados para garantizar la prestación de servicios de aborto en condiciones seguras y de calidad para las mujeres en México.

Desde una perspectiva de derechos humanos, las acciones y omisiones de los Estados (a través de sus autoridades y servidores públicos) que conllevan la negación de los servicios de aborto y obliga a las niñas y mujeres a continuar con un embarazo forzado o a recurrir a un aborto inseguro, poniendo en riesgo su salud y su vida, han sido reconocidas internacionalmente como violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres.

El aborto y la definición y alcance de las obligaciones específicas de los Estados respecto de la prestación de este servicio de salud han sido materia de criterios desarrollados por los órganos de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos que dan seguimiento, evalúan y juzgan el cumplimiento de los tratados y convenciones de derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte.

Estos criterios incluyen recomendaciones particulares a los Estados como: proveer de información y servicios

de salud sexual y reproductiva a adolescentes y adultos para evitar embarazos no deseados; implementar políticas de prevención de la violencia en contra de las niñas y mujeres; eliminar las barreras que obstaculizan a las niñas y mujeres el acceso a servicios de aborto seguros como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el mundo, particularmente en los países en desarrollo, y modificar las leyes que penalizan el aborto en circunstancias como la violación y cuando la salud y la vida de la mujer están en riesgo.

El conocimiento de estos criterios es una herramienta útil e indispensable para comprender la responsabilidad y las obligaciones internacionales y Constitucionales del Estado mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos reproductivos de las mujeres en la prestación de los servicios de aborto.

En la práctica, los criterios pueden ser utilizados, por ejemplo, para: justificar la implementación de políticas de salud reproductiva y campañas informativas; producir informes y documentos que justifiquen la provisión de los servicios de aborto; como contenido de argumentos ante medios de comunicación; así como en la producción de documentos para reportar evidencia y denuncias por negaciones de servicios de aborto.

El principal objetivo de este documento es facilitar el acceso a los criterios emitidos por los órganos de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos en materia de aborto a través de un formato de fácil consulta para las y los prestadores de servicios de salud y tomadores de decisión involucrados en la implementación de servicios de salud reproductiva en México.

EL
ABORTO
EN EL
SISTEMA
INTERNACIONAL
DE
DERECHOS HUMANOS
MÉXICO, 2019

01

**SISTEMA UNIVERSAL
DE PROTECCIÓN
DE DERECHOS HUMANOS**



1. ÓRGANOS DEL SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS (NU)

El nombre de Naciones Unidas fue utilizado por primera vez el 1 de enero de 1942 cuando, en el contexto de la segunda guerra mundial, 26 Estados aprobaron la declaración de las Naciones Unidas en la cual se comprometían a continuar la lucha contra las Potencias del Eje (Alemania, Japón e Italia).

Las Naciones Unidas surgió el 24 de octubre de 1945 con la firma de la Carta de la Organización de las Naciones Unidas, por 51 Estados miembros. Actualmente, 193 Estados son miembros de las Naciones Unidas.

Las Naciones Unidas tiene la facultad de tomar medidas sobre problemas globales como la paz y seguridad, el cambio climático, el desarrollo sostenible, los derechos humanos, el desarme, el terrorismo, las emergencias humanitarias y de salud, entre otros. Los Estados expresan su opinión en la Asamblea General y a través de otros órganos y comisiones.

A. Consejo de Derechos Humanos (CDH)

El CDH es un organismo intergubernamental creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (NU) el 15 de marzo de 2006, que sustituyó a la Comisión de Derechos Humanos.

Está compuesto por 47 Estados Parte de las NU, que son elegidos por la Asamblea General, por períodos de tres años. Su función principal es la formulación de recomendaciones sobre las violaciones de los derechos humanos.

Para cumplir con su función, el CDH realiza reuniones multilaterales de discusión durante por lo menos 10 semanas cada año, responde a emergencias de derechos humanos y realiza recomendaciones sobre cómo implementar los derechos humanos en la práctica.

También cuenta con mecanismos como el Examen Periódico Universal (EPU), para examinar la situación de los derechos humanos en los 193 Estados Parte de las NU; el Método de Denuncias, para recibir denuncias presentadas por individuos y organizaciones por violaciones de los derechos humanos; los Procedimientos Especiales, para designar relatores especiales, expertos independientes y grupos de trabajo como sus representantes, y su Comité Asesor.

A solicitud, el CDH también puede establecer comisiones internacionales para investigar y responder a violaciones de los derechos humanos, ayudar a exponer dichas violaciones y llevarlas ante la justicia.

I) Resoluciones

■ Informe del Consejo de Derechos Humanos, Resoluciones 39/10. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos en situaciones humanitarias, A/73/53/Add.1, 10 al 28 de septiembre de 2018.

Reconociendo que las vulneraciones del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva, en particular la insuficiencia de servicios obstétricos de emergencia y la práctica de abortos en condiciones de riesgo, pueden provocar muchos casos de morbilidad materna, entre otras cosas por fístula obstétrica, por lo que en muchas regiones del mundo las mujeres y las niñas en edad de procrear padecen problemas de salud o mueren, especialmente en situaciones humanitarias, y que para reducir considerablemente la mortalidad materna y neonatal, y erradicar la fístula obstétrica, es preciso ampliar de manera drástica y sostenible el tratamiento y los servicios de atención de la salud de calidad, incluidos los servicios obstétricos de emergencia de alta calidad y el número de matrones y cirujanos de fístula capacitados y competentes,

Profundamente preocupado porque las mujeres y las niñas que viven situaciones humanitarias están expuestas de manera desproporcionada a un alto riesgo de ver vulnerados sus derechos, en particular de ser víctimas de trata, violencia sexual

y de género, violación sistemática, esclavitud sexual, esterilización forzada, embarazo forzado y prácticas nocivas como el matrimonio infantil, precoz y forzado; a la falta de servicios, información con base empírica y educación en materia de salud sexual y reproductiva accesibles y apropiados, en particular educación sexual integral adaptada al desarrollo evolutivo del niño; a la falta de acceso a servicios de atención perinatal, incluida la asistencia cualificada en el parto, y de atención obstétrica de emergencia; a la pobreza; al subdesarrollo; a todos los tipos de malnutrición; a la falta de acceso a medicamentos y equipo médico; a la escasez de recursos humanos y materiales en los sistemas de atención de la salud; a la escasez de recursos humanitarios y de financiación que afecta a los hospitales; a necesidades de asistencia técnica, fomento de la capacidad y capacitación; y a la falta de acceso al agua y al saneamiento, lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados, abortos practicados en condiciones de riesgo, y mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad,

1. Insta a todos los Estados a que eliminen la mortalidad materna prevenible y a que respeten, protejan y hagan efectivos la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con la Plataforma de Acción de Beijing y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y sus conferencias de examen y documentos finales, y el derecho a tener pleno control y decidir de manera libre y responsable sobre todas las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, sin discriminación, coacción ni violencia, mediante,

entre otras cosas, la eliminación de las barreras jurídicas y la elaboración y aplicación de políticas, buenas prácticas y marcos jurídicos que respeten la autonomía corporal y aseguren el acceso universal a servicios, información con base empírica y educación en materia de atención de la salud sexual y reproductiva con un enfoque basado en los derechos humanos, incluida la planificación familiar, métodos anticonceptivos modernos, seguros y efectivos, anticonceptivos de emergencia, acceso universal a la atención de la salud, que incluya servicios de atención de la salud materna de calidad, como la asistencia calificada en el parto y la atención obstétrica de emergencia, abortos sin riesgo con arreglo al derecho internacional de los derechos humanos y siempre que no se contravenga la legislación nacional, y la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual, el VIH y los cánceres del sistema reproductor, así como la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales de salud para todas las mujeres y niñas, incluidas las adolescentes.

■ Informe del Consejo de Derechos Humanos, Resoluciones 38/1. Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, A/73/53, 18 de junio a 6 de julio de 2018.

Reafirmando que el pleno disfrute de todos los derechos humanos por las mujeres incluye su derecho

a ejercer el control y decidir de manera libre y responsable sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación, ni violencia, y que las relaciones en pie de igualdad en lo que concierne a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la dignidad, la integridad y la autonomía física de la persona, exigen respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida respecto de la conducta sexual y sus consecuencias,

7. Insta a los Estados a que promuevan y protejan la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con la Plataforma de Acción de Beijing y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y los documentos finales de sus conferencias de examen, y respeten, protejan y hagan efectivo el derecho de todas las mujeres a tener pleno control y decidir libre y responsablemente sobre todas las cuestiones relacionadas con su sexualidad y su salud sexual y reproductiva, sin discriminación, coacción, ni violencia mediante, entre otras cosas, la eliminación de las barreras jurídicas y la preparación y aplicación de políticas, buenas prácticas y marcos jurídicos que respeten la autonomía física y aseguren el acceso universal a servicios, información con base empírica y educación en materia de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, métodos anticonceptivos modernos, seguros y efectivos, anticonceptivos de emergencia, programas de prevención de los embarazos en la adolescencia, atención de la salud materna como la asistencia

especializada en el parto y la atención obstétrica de emergencia, abortos sin riesgo con arreglo al derecho internacional de los derechos humanos y siempre que no se contravenga la legislación nacional y la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual, el VIH y los cánceres del sistema reproductor, así como la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

■ Informe del Consejo de Derechos Humanos, Resoluciones 33/18. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos en situaciones humanitarias, A/71/53/Add.1, 29 de septiembre de 2016.

Lamentando los numerosos factores que pueden ser causa de mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, como la falta de servicios de atención de la salud accesibles y apropiados, de información y de educación, el acceso insuficiente a atención obstétrica de urgencia, la pobreza, todos los tipos de malnutrición; las prácticas nocivas, como los matrimonios infantiles, precoces y forzados y la mutilación genital femenina, la denegación de servicios de anticoncepción, el aborto en condiciones de riesgo, la discriminación contra la mujer, la desigualdad de género, y los estereotipos basados en el género,

Reafirmando que los Estados Parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales tienen la obligación de adoptar medidas para lograr la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva como elemento integrante de ese derecho, y que también tienen la obligación de garantizar el ejercicio de este derecho sin discriminación alguna,

Reconociendo que, de conformidad con la Plataforma de Acción de Beijing y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y sus conferencias de examen y documentos finales, la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para la efectividad progresiva del derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y que una atención y unos servicios integrales de salud sexual y reproductiva comprenden los elementos interrelacionados y esenciales de disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad, sobre la base de la no discriminación y la igualdad formal y sustantiva, incluida la necesidad de hacer frente a las formas de discriminación múltiples e interrelacionadas,

Reafirmando que los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho de éstas a ejercer el control y decidir de manera libre y responsable sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación, ni violencia, y que las relaciones en pie de igualdad entre mujeres y hombres en lo que concierne a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto mutuo, consentimiento.

1. Insta a todos los Estados a renovar su compromiso político de eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad en los ámbitos local, nacional, regional e internacional, y a redoblar sus esfuerzos para luchar contra las formas de desigualdad múltiples e interrelacionadas y para eliminar todas las barreras de acceso a las instalaciones, los servicios, los productos y la información en materia de salud sexual y reproductiva, así como a la educación, a fin de asegurar el cumplimiento pleno y efectivo de sus obligaciones en materia de derechos humanos y de los compromisos a ese respecto contenidos en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y los documentos finales de sus procesos de examen, incluidos los compromisos relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, así como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, teniendo en cuenta los objetivos relativos al mejoramiento de la salud materna y la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, y otros objetivos conexos, asegurando el acceso universal a servicios de atención de la salud de calidad en relación con la maternidad y la salud sexual y reproductiva, entre otras cosas mediante asistencia y cooperación internacionales, asignando los recursos internos necesarios a los sistemas de salud y proporcionando la información y los servicios de salud necesarios en relación con el ejercicio del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

■ Informe del Consejo de Derechos Humanos, Resoluciones 21/16. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos en situaciones humanitarias, A/67/53/Add.1, 21º período de sesiones, 10 a 28 de septiembre y 5 de noviembre de 2012.

1. Solicita a todos los Estados que renueven su compromiso político de eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad en los ámbitos local, nacional, regional e internacional y que redoblen sus esfuerzos en pro del cumplimiento pleno y efectivo de sus obligaciones en materia de derechos humanos, de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y sus procesos de examen, incluidos los compromisos relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, y la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los objetivos relativos al mejoramiento de la salud materna y la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, entre otras cosas asignando los recursos internos necesarios a los sistemas de salud y proporcionando la información y los servicios de salud necesarios para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

II) Examen Periódico Universal (EPU)

El EPU es un mecanismo del Consejo de Derechos Humanos para la revisión del estado de los derechos humanos en cada uno de los 193 Estados Parte de las NU cada 4.5 años. 42 Estados son revisados por año.

Como parte del proceso, los Estados tienen la oportunidad de reportar las acciones que han realizado para mejorar la situación de derechos humanos en su país y cumplir con sus obligaciones, así como los obstáculos y barreras que enfrentan.

De acuerdo con la información proporcionada, el Grupo de Trabajo del mecanismo se reúne tres veces al año para que los Estados Parte expresen logros positivos, preocupaciones y emitan recomendaciones a los Estados bajo revisión. Los Estados reciben aproximadamente 180 recomendaciones cada uno.

Posteriormente, los Estados deben indicar cuáles recomendaciones apoyan y reportar las medidas y acciones llevadas a cabo para implementarlas. Como parte del proceso, los Estados pueden solicitar apoyo a otros Estados para mejorar su capacidad de respuesta y compartir mejores prácticas.

Actualmente, todos los Estados Parte han sido revisados. El tercer ciclo de revisión para cada país inició en 2017. El último proceso de revisión a México se realizó durante la 31va sesión del Grupo de Trabajo del 5 al 16 de noviembre de 2018.

■ Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México, A/HRC/40/8, 27 de diciembre de 2018.

132. México examinará las recomendaciones que figuran a continuación y les dará respuesta a su debido tiempo, pero a más tardar en el 40vo período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos:

132.62 Respetar y defender la vida desde la concepción hasta la muerte natural introduciendo enmiendas a las constituciones de los estados para garantizar una protección similar en los ámbitos federal y local (Santa Sede);

132.175 Garantizar la igualdad de acceso al aborto legal, al menos en los casos de peligro para la vida o la salud, a todas las mujeres en todos los estados mexicanos (Azerbaián).

132.177 Garantizar en todo el país el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, oportunos y de gran calidad a todas las personas, sin discriminación (Canadá).

132.178 Armonizar la legislación federal y de los estados para despenalizar el aborto y garantizar el acceso al aborto legal y sin riesgo al menos en los casos de violación, incesto o peligro para la vida o la salud de la niña (Dinamarca); revisar y armonizar la legislación federal y de los estados para despenalizar el aborto y permitir el aborto legal al menos en los casos de violación, incesto o peligro para la vida o la salud de la mujer (Georgia), armonizar la legislación

federal y de los estados para despenalizar el aborto al menos en los casos de violación, incesto o peligro para la salud o la vida de las mujeres (Eslovenia).

132.193 Modificar la legislación, las políticas y las prácticas que discriminan a las mujeres y las niñas, en especial garantizando el acceso legal y sin riesgo al aborto (Nueva Zelanda).

■ Observaciones sobre las conclusiones y/o recomendaciones, compromisos voluntarios y respuestas del Estado examinado, Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México, A/HRC/40/8/Add.1, 12 de febrero de 2019.

4. Tras la Tercera Evaluación ante el Mecanismo de Examen Periódico Universal (MEPU), el Gobierno de México llevó a cabo un proceso amplio de consultas con las dependencias y entidades competentes de la Administración Pública Federal, así como con los Poderes Legislativo y Judicial, en el que se revisaron las 264 recomendaciones recibidas como resultado de la Evaluación.

5. Las consultas concluyeron que son aceptables todas las recomendaciones realizadas a México por los Estados, con excepción de las siguientes dos, de las cuales sólo se tomará nota:

(b) La recomendación número 62, referente a respetar y defender la vida desde la concepción hasta la muerte natural, según las enmiendas de las constituciones estatales, promoviendo una protección similar a nivel federal y local. Como se señaló al concluir el segundo ciclo de revisión, México no puede

aceptar una recomendación que es inconsistente con el marco constitucional y la legislación penal mexicana, tanto a nivel federal como estatal, que regulan la terminación del embarazo, sin responsabilidad penal, en diversos supuestos, notablemente casos de violación. Adicionalmente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha resuelto que negar el acceso a la interrupción del embarazo a una mujer víctima de violación sexual, constituye una violación a sus derechos humanos y que la interrupción legal del embarazo derivado de una violación sexual, debe ser atendida por las instituciones de salud como caso urgente (Amparos en revisión 601/2017 y 1170/2017).

6. El Gobierno de México, en coordinación con los tres poderes y niveles de gobierno, así como con las organizaciones de la sociedad civil y la academia, tiene el firme compromiso de dar atención puntual a las 262 recomendaciones aceptadas, promoviendo los cambios estructurales y legales pertinentes, y adoptando las políticas públicas necesarias para propiciar condiciones de pleno e irrestricto respeto a los derechos humanos.

■ Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México, A/HRC/25/7, 11 de diciembre de 2013.

148. México examinará las recomendaciones que figuran a continuación, formuladas durante el diálogo interactivo, y les dará respuesta a su debido tiempo, pero a más tardar en el 25vo período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, que se celebrará en marzo de 2014:

148.153 Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva con objeto de asegurar que las mujeres, que cumplan los requisitos establecidos para los servicios de aborto legal, puedan acceder a servicios seguros, oportunos, de calidad y gratuitos en todos los estados de México (Países Bajos).

148.154 Intensificar los esfuerzos para garantizar el acceso universal a los servicios de salud, la información y la educación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en particular para los adolescentes (Uruguay).

■ Opiniones sobre las conclusiones y/o recomendaciones, compromisos voluntarios y respuestas del Estado examinado, Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, México, A/HRC/25/7/Add.1, 14 de marzo de 2014.

Derecho a la salud

Servicios de salud sexual y reproductiva

56. Se aceptan las recomendaciones 148.153 y 148.154. Se han llevado a cabo acciones para mejorar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, como los Servicios Amigables para Adolescentes, el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud y el Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia.

III) Procedimientos Especiales, Documentos de los Relatores Especiales

Los Procedimientos Especiales del HRC son:

i) expertos independientes, ii) relatores especiales y; iii) grupos de trabajo en derechos humanos designados por el HRC para cumplir con el mandato de reportar y asesorar sobre derechos humanos, desde la perspectiva de un tema específico o país. Para noviembre de 2018, había 48 mandatos temáticos (7 grupos de trabajo, 9 expertos independientes y 32 relatores especiales) y 12 mandatos de países.

La creación del mecanismo surge a partir de que las NU asumen su responsabilidad no solo de promoción sino también de responder a las alegaciones de las violaciones a los derechos humanos en un país en específico mediante la organización de visitas para buscar evidencia, recolectar información, investigar lugares específicos, recibir peticiones y escuchar testigos y posteriormente reportar a la Asamblea General. El primer antecedente del uso de estos procedimientos es de 1967 con la creación, mediante resoluciones de la Comisión de los Derechos Humanos de las NU, de los dos primeros mandatos de Procedimientos Especiales: el Grupo de Trabajo Ad-Hoc de Expertos en Sud África y un Relator Especial sobre el Apartheid.

Las funciones de los Procedimientos Especiales son definidas en las resoluciones que crean o extienden sus mandatos. En general, con el apoyo de la Oficina de las NU del Alto Comisionado de los Derechos Humanos (OHCHR), los expertos visitan países; actúan en casos individuales y en asuntos de naturaleza más amplia enviando comunicaciones a los Estados y otros agentes para notificar sobre la identificación de presuntas violaciones o abusos.

Como parte de sus funciones, también realizan informes temáticos y reportes especiales a través de los cuales contribuyen al desarrollo de los estándares de derechos humanos, se involucran en su promoción, y brindan asesoría para la cooperación técnica.

Los Procedimientos Especiales reportan anualmente sus actividades al HRC y a la Asamblea General sobre sus hallazgos y recomendaciones.

A) Grupo de Trabajo Sobre la Cuestión de la Discriminación Contra la Mujer en la Legislación y en la Práctica

- Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, Análisis temático sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer en el área de la salud y la seguridad, con un enfoque en la instrumentalización de los cuerpos de las mujeres, A/HRC/32/44, 8 de abril de 2016.

48. Las mujeres son desproporcionadamente vulnerables al VIH/SIDA debido a varios factores, incluida la violencia por razón de género y la falta de autonomía para negociar prácticas sexuales seguras y responsables y adoptar decisiones informadas en relación con la salud. Incluso cuando las mujeres que viven con el VIH/SIDA tienen acceso a los servicios de salud, a menudo se enfrentan al estigma y la discriminación por parte de los profesionales de la atención a la salud, con conductas que van desde el abuso hasta la denegación de los servicios. Las leyes, las políticas y las prácticas que impiden que las mujeres que viven con el VIH tengan hijos mediante, por ejemplo, el aborto forzado y la esterilización forzada, constituyen una forma extrema de discriminación.

53. En algunos países las mujeres migrantes pueden ser sometidas a pruebas de embarazo obligatorias a su llegada; si la prueba es positiva, son despedidas o deportadas. Además, en ocasiones se obliga a las trabajadoras domésticas inmigrantes a someterse a pruebas de embarazo durante su empleo; si están embarazadas pierden su puesto de trabajo o han de buscar la forma de interrumpir el embarazo, a veces recurriendo a prácticas peligrosas, especialmente en los países que tipifican como delito el aborto provocado. Algunas mujeres migrantes han sido acusadas de “relaciones sexuales ilícitas” cuando quedan embarazadas, incluso después de una violación. Son recluidas en centros de detención en condiciones deplorables a la espera de su deportación o se les imponen penas severas, incluida la pena de muerte, en los países donde las relaciones sexuales fuera del matrimonio están tipificadas como delito.

Criminalizar y restringir la prestación y el acceso a servicios seguros y lícitos para la interrupción del embarazo

79. Criminalizar la interrupción del embarazo es una de las formas más perjudiciales de instrumentalizar y politizar el cuerpo y la vida de las mujeres, y las expone a riesgos para su vida o su salud con el propósito de preservar su función como agentes reproductores y privarlas de autonomía en la adopción de decisiones sobre su propio cuerpo. El 40% de las mujeres de todo el mundo están sometidas a leyes restrictivas. En algunos países, las leyes contra el aborto son tan regresivas que las mujeres son encarceladas por haber sufrido un aborto espontáneo, lo que supone un costo intolerable para las mujeres, sus familias y sus sociedades.

80. Como demuestran los datos de la OMS, penalizar la interrupción del embarazo no hace que esta sea menos necesaria. Por el contrario, es probable que aumente el número de mujeres que recurren a soluciones clandestinas y peligrosas. Los países de Europa Septentrional, donde las mujeres conquistaron el derecho a la interrupción del embarazo en los años 70 y 80 y tienen acceso a información y a todos los métodos anticonceptivos, son los que tienen las tasas más bajas de interrupción del embarazo. En última instancia, la criminalización daña gravemente la salud y los derechos humanos de la mujer al estigmatizar un procedimiento médico seguro y necesario. En los países donde el aborto provocado está restringido por la ley o no está disponible, la interrupción segura del embarazo es un privilegio

de los ricos; las mujeres con recursos limitados no tienen más remedio que acudir a proveedores y prácticas de riesgo. Esto se traduce en una grave discriminación contra las mujeres económicamente desfavorecidas, extremo que el Grupo de Trabajo ha subrayado durante sus visitas a los países.

81. Es importante recordar que el uso de métodos anticonceptivos eficaces puede reducir la incidencia de los embarazos no deseados. Con todo, los anticonceptivos no pueden eliminar por completo la necesidad de las mujeres de tener acceso a la interrupción del embarazo, por ejemplo, en caso de violación. Además, ningún método anticonceptivo es eficaz al 100% para evitar el embarazo.

82. Por otro lado, las restricciones al acceso a la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo y los servicios correspondientes pueden disuadir a las mujeres de buscar atención médica profesional, lo que tiene consecuencias negativas para su salud y su seguridad. Cabe citar como ejemplos de esas restricciones: la penalización de los profesionales médicos que prestan esos servicios; la prohibición del acceso a información sobre la interrupción legal del embarazo; el requisito de autorización de uno o más profesionales médicos, un comité hospitalario, un progenitor, un tutor o el cónyuge; **la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios sin proporcionar alternativas;** la imposición de períodos de espera obligatorios, y la exclusión de los servicios de interrupción del embarazo de la cobertura de los seguros de salud. Ninguno de esos requisitos se justifica por motivos de salud.

83. Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han instado a los Estados a despenalizar el acceso a la interrupción del embarazo y a liberalizar las leyes y políticas con el fin de garantizar el acceso de las mujeres a servicios seguros. Los órganos creados en virtud de tratados, incluido el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han pedido a los Estados, a través de su jurisprudencia, sus observaciones y recomendaciones generales y sus observaciones finales, que revisen la legislación nacional a fin de despenalizar la interrupción del embarazo y garantizar el derecho de la mujer a la interrupción del embarazo cuando exista una amenaza para su vida o salud, o cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o un incesto. El Comité contra la Tortura y el Comité de Derechos Humanos han determinado que, en algunos casos, obligar a una mujer a llevar a término un embarazo no deseado equivale a un trato cruel e inhumano.

106. El Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones a los Estados:

a) Reconocer el derecho de la mujer a no tener embarazos no deseados y asegurar el acceso a medidas asequibles y eficaces de planificación familiar. Observando que muchos países donde las mujeres tienen derecho al aborto voluntario con apoyo de medidas de planificación familiar asequibles y eficaces, tienen las tasas de aborto más bajas del mundo, los Estados deben permitir a las mujeres poner fin a un embarazo de forma voluntaria durante el primer trimestre, o más tarde en los casos concretos antes mencionados.

b) Abandonar el recurso al derecho penal para castigar a la mujer por poner fin a un embarazo, y proporcionar a las mujeres y las niñas tratamiento médico en caso de aborto espontáneo y de complicaciones de abortos practicados en condiciones no seguras.
[...]

B) Violencia en Contra de la Mujer, sus Causas y Consecuencias

■ Reporte del Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Ertuk, México, E/CN.4/2006/61/Add.4, 13 de enero de 2006.

25. También son motivo de preocupación los informes de investigaciones lentas y poco profesionales sobre casos de violación que a menudo conducen a abortos ilegales e inseguros que ponen en peligro la salud reproductiva y la vida de las mujeres. Según se informa, **la muerte relacionada con el aborto es la cuarta causa más alta de muerte entre las mujeres en México.** Las leyes sobre el aborto difieren de un estado a otro, pero en general, la violación constituye un motivo para el aborto legal en los primeros meses del embarazo. Sin embargo, la policía a menudo no investiga con prontitud los casos de violación, lo que dificulta que las víctimas obtengan un certificado de manera oportuna para permitir que las instituciones de salud realicen un aborto. Además, según se informa, el médico puede negarse a realizar el aborto por considerar que es “inmoral”. La Relatora Especial fue informada sobre el caso de Paulina, quien fue violada y quedó embarazada a la edad de 13 años. A pesar de una

orden judicial para realizar un aborto, el médico responsable primero se negó y luego convenció a sus padres de que serían responsables en caso de que Paulina muriera o quedara estéril debido al aborto.

■ Reporte de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Ms. Radhika Coomaraswamy. Políticas y prácticas que impactan los derechos reproductivos de las mujeres y contribuyen, causan o constituyen violencia en contra de la mujer, E/CN.4/ 1999/68/Add.4, 21 de enero de 1999.

21. La violación puede ocasionar un profundo trauma emocional que se manifiesta en sí mismo en depresión, inhabilidad para concentrarse, dormir y desórdenes del sueño y alimentación, sentimientos de enojo, humillación y culpa, así como severos problemas sexuales, incluyendo problemas de excitación, miedo al sexo y una disminución en la función sexual. La incidencia de embarazo adulto asociada a violación está estimada en 4.7 por ciento. Para una mujer embarazada por violación, el aborto puede ser negado legalmente, obstruido en la práctica o no aceptado por la propia mujer por razones religiosas o culturales, por lo tanto, conformándose el trauma físico y emocional con un constante recordatorio físico de la violación.

23. La sexualidad y la reproducción es una de las muchas maneras en la que los agresores buscan ejercer poder y control sobre las mujeres agredidas. En ejercitar sus derechos reproductivos y buscar servicios de salud reproductiva, las mujeres agredidas a menudo arriesgan su seguridad física y psicológica, haciéndolas vulnerables a un incremento

en la violencia. Las mujeres agredidas han acudido a extremos para prevenir embarazos no deseados de sus agresores cuando su acceso a anticonceptivos es limitado, en algunos casos acudiendo a abortos clandestinos e inseguros.

B. Violencia en el contexto de políticas de salud reproductiva

44. La violencia en contra de las mujeres puede ocurrir en el contexto de las políticas de salud reproductiva. La violencia y las violaciones a la salud reproductiva pueden resultar en una forma directa de acción estatal, vía políticas de reproducción dañinas, o de la falla del Estado para cumplir con sus obligaciones principales para empoderar a las mujeres.

45. En el contexto de las políticas de salud reproductiva, los reportes indican que las políticas estatales contribuyen a la violencia en contra de las mujeres, manifestada en abortos forzados, esterilización forzada y anticonceptivos, embarazo forzado y abortos inseguros. Potencialmente, si no es que de hecho, resultando en la muerte de la víctima, todas éstas prácticas violan el derecho a la vida de las mujeres. De hecho, la Organización Mundial de la Salud estima que 75,000 mueren al año por sangrado excesivo o infecciones provocadas por abortos inseguros. **Abortos forzados, anticoncepción forzada, embarazo forzado y el aborto inseguro constituyen violaciones a la integridad física de las mujeres y la seguridad de la persona.** En casos en los que, por ejemplo, las autoridades estatales utilizan la fuerza física y/o detienen a una mujer para obligarla a recibir estos tratamientos médicos, estas

prácticas pueden conllevar tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes.

(d) Negación de anticonceptivos/embarazo forzado

57. Mientras que la esterilización forzada es una forma de violencia en el contexto de la salud reproductiva, también lo es la restricción y la prohibición al acceso a anticoncepción voluntaria. Actuar deliberadamente limitando a las mujeres el uso de anticoncepción o de tener un aborto constituye violencia en contra de las mujeres al someter a las mujeres a embarazos excesivos y nacimientos en contra de su voluntad, resultando en un incremento de riesgos de mortalidad y morbilidad materna prevenibles.

58. La presión social, combinada con la amenaza de violencia doméstica, puede resultar en restricciones a la habilidad de las mujeres para ejercer su autonomía sexual y reproductiva. La habilidad de una mujer para procrear hijos está relacionada con la continuidad de las familia, clanes y grupos sociales, y, como tal, ha sido objeto de regulación por las familias, instituciones religiosas y autoridades gubernamentales. La importancia de la procreación para una comunidad puede poner una enorme presión en las mujeres para tener hijos. El estigma social asociado al uso de controles de natalidad – i.e. las implicaciones de que una mujer que use anticonceptivos es promiscua, o la creencia que el uso de anticonceptivos es una amenaza a la masculinidad de su pareja- puede servir, en efecto, para limitar el acceso de las mujeres a anticonceptivos.

(e) Aborto

59. En los países donde el aborto es ilegal o donde no hay disponibilidad de abortos seguros, las mujeres sufren graves consecuencias de salud, incluso la muerte. Las mujeres con embarazos no deseados se ven obligadas a recurrir a procedimientos que ponen en peligro la vida cuando un aborto realizado en condiciones adecuadas sería seguro.

60. De los países con una población mayor de 1 millón, 52 países permiten el aborto para salvar la vida de una mujer, 23 para preservar la salud física, 20 para preservar la salud mental, 6 por razones económicas y sociales y 49 a petición. **Muchos países como Austria, Francia, Italia, los Países Bajos y Canadá han promulgado leyes liberales sobre el aborto, que son consistentes con el derecho de las mujeres a la libertad, la salud, la vida y la seguridad.** Sin embargo, países como Chile, Nepal y El Salvador consideran que el aborto es un crimen. Por ejemplo, el Código Penal de El Salvador, que entró en vigencia en enero de 1998, considera al aborto como un “crimen relacionado con la vida de un ser humano en formación”, elimina todas las circunstancias excepcionales en las que se permitía el aborto anteriormente y aumenta las penas por aborto. En Alemania, el Estado puede disciplinar a las mujeres e incluso aplicar sanciones penales para exigir que las mujeres lleven a término sus embarazos no deseados.

61. La OMS estima que hay aproximadamente 40 millones de abortos al año, de los cuales 26 a 31 millones son legales y 20 millones son ilegales y, por lo tanto, inseguros. Las mujeres con medios

económicos pueden tener acceso a abortos seguros, mientras que las mujeres pobres deben recurrir a abortos clandestinos en condiciones extremadamente inseguras. Incluso cuando los abortos son legales, la escasez de instalaciones disponibles y el costo potencialmente prohibitivo de los abortos legales puede obligar a las mujeres a buscar abortos clandestinos por parte de profesionales no capacitados que utilizan métodos de aborto rudimentarios.

63. No solo existe una necesidad urgente de un aborto seguro y asequible, sino que también se necesitan garantías de que los abortos se mantengan confidenciales, especialmente dado el estigma asociado con el aborto en ciertas culturas.

64. La falta de servicios de aborto seguros, confidenciales y asequibles puede tener graves consecuencias para las mujeres con embarazos no deseados. Casi 20,000 mujeres indias mueren cada año debido a abortos inseguros. Intentos de inducir el aborto mediante el uso de hierbas o raíces vía vaginal, la inyección de ácidos en el útero, el uso de sosa cáustica, arsénico, dosis dobles de píldoras anticonceptivas y la inserción de sondas quirúrgicas, tallos de plantas, alambres y palillos de dientes tienen consecuencias dañinas para la salud reproductiva y pueden no resultar en abortos exitosos.

65. Los abortos rudimentarios pueden tener complicaciones de salud graves, como reacciones alérgicas o incluso la muerte por colapso renal o respiratorio debido a fluidos altamente tóxicos. La OMS estima que, a nivel mundial, 75,000 mujeres mueren cada año por sangrado excesivo o infección

causada por abortos inseguros. Un número mucho mayor contrae infecciones que causan fiebre, dolor y, en muchos casos, infertilidad, que puede ser devastadora en las culturas en las que el valor de una mujer depende de su capacidad para producir hijas e hijos. La mayoría de las mujeres que se someten a un aborto inseguro requieren algún tipo de atención médica posterior; sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo no brindan atención médica de emergencia a las mujeres que padecen complicaciones de aborto y, como resultado, el tratamiento a menudo se retrasa y es ineficaz, con consecuencias de riesgo de muerte.

2. Violaciones resultantes del incumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones mínimas básicas.

66. Así como la acción directa del Estado puede resultar en violencia contra las mujeres, la inacción de un Estado o el incumplimiento de sus obligaciones mínimas básicas puede resultar en mayor violencia contra las mujeres. El hecho de que el gobierno no tome medidas positivas para garantizar el acceso a servicios de atención médica adecuados que permitan a las mujeres parir los embarazos deseados y abortar de forma segura los embarazos no deseados, puede constituir una violación del derecho a la vida de una mujer, además de la violación de sus derechos reproductivos. En la misma línea, el hecho de que el gobierno no proporcione las condiciones que les permitan a las mujeres controlar su fertilidad y maternidad, así como llevar a término los embarazos voluntarios, constituye una violación del derecho de la mujer a la seguridad de la persona.

(ii) Mortalidad materna.

69. El hecho de que el gobierno no prevenga la mortalidad materna compromete el derecho a la vida de la mujer y su derecho a la seguridad personal (...).

70. Las muertes maternas son muertes de mujeres embarazadas o que han estado embarazadas durante los 42 días anteriores. Los riesgos y complicaciones relacionados con el embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de muerte materna. La mayoría de las muertes maternas son prevenibles. Si bien algunos países han tomado medidas para reducir la mortalidad materna, se estima que se producen más de 585,000 muertes entre mujeres en edad reproductiva debido a complicaciones prevenibles en el embarazo, el parto o abortos inseguros. Estas no son desventajas naturales inevitables del embarazo, sino situaciones prevenibles que los gobiernos están obligados a remediar a través de sus sistemas político, sanitario y legal. El 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo. De éstos, los países del sur de Asia contribuyen con el mayor número de muertes maternas, seguidos por los países africanos y latinoamericanos. Una de cada 10,000 mujeres muere en el norte de Europa, en comparación con 1 de cada 21 mujeres en África. El riesgo de muerte por complicaciones relacionadas con el embarazo o durante el parto es de 1 de cada 48 mujeres en el mundo en desarrollo, frente a 1 de cada 1,800 mujeres en el mundo desarrollado.

82. Los Estados deben ejercer la diligencia debida para prevenir la violencia contra las mujeres a fin de proteger sus derechos humanos, incluidas,

entre otras, leyes específicas para combatir la violación, la violencia doméstica, el tráfico y la prostitución forzada, la mutilación genital femenina, los abortos selectivos por sexo y el infanticidio femenino.

C) Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

■ Informe de seguimiento del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, México, H/HRC/34/54/Add.4, 17 de febrero de 2017.

E. Derechos Sexuales y Reproductivos

88. El Relator ha recibido información positiva por parte del Estado sobre la modificación de la Norma Oficial Mexicana sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres NOM-046-SSA2-2005. Ahora las autoridades sanitarias no deben exigir a las víctimas de violación una autorización judicial o denuncia previa para acceder a un aborto; basta con la presentación de una solicitud por escrito en la que señale bajo protesta de decir verdad que el embarazo fue producto de una violación sexual. Sin embargo, todavía existen 13 entidades federativas en las que su Código Penal local establece el requisito de la autorización, y otras 13 que requieren la denuncia previa. Además, preocupa que las normas que protegen la vida desde la concepción generen obstáculos para la aplicación de esta norma y limiten el acceso de las mujeres a los servicios de salud. La implementación de esta nueva Norma Oficial Mexicana debe ser efectiva a nivel estatal.

■ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57, 5 de enero de 2016.

B. Tortura y malos tratos a mujeres, niñas y personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero privadas de libertad

14. Muchas jurisdicciones han tipificado delitos, por ejemplo: el aborto, ciertos “atentados contra la moral” (como el adulterio y las relaciones extramatrimoniales) y la brujería y la hechicería, que se dirigen o afectan exclusivamente y de manera desproporcionada a las mujeres, las niñas y otras personas en función de la orientación sexual real o aparente de estas últimas o de su identidad de género. Además de vulnerar por sí mismos el derecho internacional de los derechos humanos, esos delitos contribuyen significativamente al hacinamiento en las instituciones penitenciarias, lo que repercute negativamente en todos los aspectos de la vida de las personas privadas de libertad y genera malos tratos o torturas.

1. Mujeres privadas de libertad

Asistencia sanitaria y saneamiento

25. La mayoría de las políticas y servicios sanitarios de las prisiones no han sido diseñados para satisfacer las necesidades de salud específicas de las mujeres y no tienen en cuenta la prevalencia de problemas de salud mental y de abuso de sustancias adictivas entre las reclusas, la elevada incidencia de la exposición a diferentes formas de violencia y las

cuestiones de salud sexual y reproductiva propias de las mujeres.

D. Tortura y malos tratos a mujeres, niñas y personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales en entornos sanitarios

42. Las mujeres son vulnerables a la tortura y los malos tratos cuando buscan asistencia médica por su disconformidad real o aparente con las funciones que determina la sociedad para cada sexo (observación general núm. 2). La discriminación ejercida contra mujeres, niñas y otras personas por motivos de sexo, género, orientación sexual real o aparente o identidad de género y características sexuales a menudo subyace en la tortura y los malos tratos cometidos contra ellas en entornos sanitarios. Esto es especialmente cierto cuando dichas personas tratan de recibir tratamientos, como el aborto, que pueden ser contrarios a las funciones y expectativas que la sociedad ha asignado a su género. El derecho internacional de los derechos humanos reconoce en grado creciente que los abusos y los malos tratos infligidos a mujeres que tratan de obtener servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género (A/HRC/22/53). Los proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer una autoridad considerable sobre sus pacientes, lo que sitúa a las mujeres en una posición de indefensión, mientras que la falta de marcos jurídicos y normativos que permitan a las mujeres ejercer su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva las hace más vulnerables a la tortura y los malos tratos.

Acceso al aborto y tratamientos conexos

43. El aborto practicado en condiciones de riesgo ocupa el tercer lugar entre las principales causas de muerte materna en todo el mundo. Cuando el aborto está restringido por ley, la mortalidad materna aumenta, pues las mujeres se ven obligadas a someterse a abortos clandestinos en condiciones peligrosas y antihigiénicas. También aparecen consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo cuando las mujeres se someten a abortos en condiciones de riesgo y cuando se ven obligadas a llevar el embarazo a término contra su voluntad (A/66/254). Estas políticas restrictivas tienen unas repercusiones desproporcionadas en las mujeres y niñas marginadas y desfavorecidas. **La existencia de leyes muy restrictivas, que prohíben los abortos incluso en casos de incesto, violación, deficiencia fetal o cuando está en riesgo la vida o la salud de la madre, vulneran el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tortura o malos tratos (A/HRC/22/53 y CEDAW/C/OP.8/PHL/1).** Sin embargo, algunos Estados siguen restringiendo con prohibiciones absolutas del aborto el derecho de las mujeres a abortar de manera legal y sin riesgos. Restringir el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo provoca muertes innecesarias de mujeres (CAT/C/PER/CO/4).

44. En otros casos, las mujeres y las niñas se enfrentan a considerables dificultades para acceder a los servicios de aborto legal por las trabas administrativas y burocráticas, la negativa por parte de los profesionales sanitarios a respetar los protocolos

médicos que garantizan los derechos jurídicos, así como por las actitudes negativas y la incompetencia o el desinterés oficiales (A/HRC/22/53). **Denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres y niñas a actitudes humillantes y sentenciosas en esas situaciones de extrema vulnerabilidad y en las que es esencial acceder en el plazo debido a la asistencia sanitaria equivale a tortura y malos tratos.** Los Estados tienen la obligación afirmativa de reformar las leyes restrictivas sobre el aborto que perpetúan la tortura y los malos tratos al negar a las mujeres el acceso al aborto y la asistencia en condiciones de seguridad. **Sigue siendo motivo de preocupación que se limite o se condicione el acceso a la asistencia médica en los abortos, especialmente cuando se niega tal asistencia con el fin intolerable de imponer un castigo u obtener una confesión (A/HRC/22/53).** En particular, la práctica de obtener confesiones, para emplearlas en juicios, de mujeres que precisan asistencia médica urgente tras haberseles practicado un aborto clandestino es constitutiva de tortura o malos tratos.

E. Violación y violencia sexual

51. Está demostrado que la violación y otras formas de violencia sexual pueden constituir tortura y malos tratos. La violación equivale a tortura cuando es infligida por un funcionario público, a instigación suya o con su consentimiento o aquiescencia (A/HRC/7/3). **Los Estados son responsables de los actos de particulares cuando no actúan con la diligencia debida para impedirlos, detenerlos o sancionarlos, o para ofrecer reparación a las víctimas.** Además de

los traumas físicos, el dolor y el sufrimiento psíquico infligido a las víctimas de violación y otras formas de violencia sexual suelen ser duraderos debido, entre otras cosas, a la estigmatización y el aislamiento que llevan aparejados. Esto es particularmente cierto en los casos en que la víctima es rechazada o formalmente proscrita de su familia o su comunidad. Las víctimas también pueden tener dificultades para establecer o mantener relaciones íntimas y sufrir muchas otras consecuencias, como enfermedades de transmisión sexual, infertilidad, embarazos no deseados, abortos espontáneos e interrupciones forzadas del embarazo o denegación de los servicios abortivos (A/HRC/7/3).

IV. Conclusiones y recomendaciones

68. Los Estados tienen una obligación mayor de prevenir y combatir la violencia de género y la discriminación contra las mujeres, las niñas y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales que equivale a tortura y malos tratos y es ejercida en contextos diversos tanto por el Estado como por otros agentes. Para evaluar la intensidad del dolor y el sufrimiento que experimentan las víctimas de la violencia de género, los Estados han de examinar todas las circunstancias, incluida la condición social de las víctimas; los marcos jurídicos, normativos e institucionales discriminatorios vigentes que refuerzan los estereotipos de género y exacerban los daños; y las repercusiones duraderas sobre el bienestar físico y psicológico de las víctimas, su disfrute de otros derechos humanos y su capacidad para perseguir sus objetivos en la vida. Es fundamental ofrecer medidas de reparación integrales, que

incluyan indemnizaciones monetarias, medidas de rehabilitación y satisfacción y garantías de no repetición. Estas deben ir acompañadas de medidas y reformas diversas encaminadas a combatir la desigualdad y las condiciones jurídicas, estructurales y socioeconómicas que perpetúan la discriminación por razones de género. En caso oportuno, también se han de ofrecer medidas urgentes y provisionales de reparación para cubrir las necesidades inmediatas de las víctimas de la violencia de género, como su rehabilitación y el acceso a los servicios de salud física y mental.

69. Los Estados han de derogar todas las leyes que favorezcan la opresión discriminatoria y patriarcal de la mujer, como las que no contemplan la violación conyugal en el delito de violación, las que prevén el perdón para los violadores que se casen con su víctima y las leyes que tipifican como delito el adulterio. Además, los Estados han de despenalizar las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo y derogar todas las leyes que criminalizan a las personas por su orientación sexual, real o aparente, o su identidad o expresión de género. Se han de elaborar en todos los niveles políticas y programas integrales y coordinados para combatir la discriminación y la violencia por motivos de género, que incluyan cursos de formación para funcionarios públicos que tengan en cuenta las cuestiones de género y el lanzamiento de campañas de concienciación y educación pública.

72. En lo que respecta a los malos tratos en entornos sanitarios, **el Relator Especial exhorta a los Estados a que:**

a) Adopten medidas concretas para establecer marcos jurídicos y normativos que permitan realmente a las mujeres y las niñas reivindicar su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva;

b) **Despenalicen el aborto y garanticen el acceso al aborto legal y seguro, como mínimo en los casos de violación, incesto y deficiencia fetal grave o mortal, y cuando la vida o la salud física o mental de la madre esté en peligro;**

c) Establezcan pautas claras sobre la aplicación de las leyes internas relativas al aborto y velen por que se interpreten en un sentido amplio; y controlen la aplicación práctica de las leyes para que las personas ejerzan en la práctica su derecho de acceso a los servicios jurídicos;

d) Garanticen el tratamiento inmediato e incondicional a las personas que solicitan atención médica urgente, aunque sea como consecuencia de un aborto ilegal;

[...]

■ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, México, A/HRC/28/68/Add.3, 29 de diciembre de 2014.

B. Recomendaciones

86. Asegurar que todas las mujeres gocen sin discriminación de sus derechos reproductivos, incluyendo el acceso al aborto seguro cuando la ley lo permite, velando por que no exista discriminación y obstáculos como requerimientos de denuncia penal o autorizaciones judiciales previas.

■ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, México, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.

3. Identidades estigmatizadas

36. En un informe de 2011 (A/HRC/19/41), la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos examinó las leyes y las prácticas discriminatorias y los actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género en entornos de atención de la salud. Señaló que había salido a la luz un patrón de violaciones de los derechos humanos que requería una respuesta. Con la aprobación en junio de 2011 de la resolución 17/19, el Consejo de Derechos Humanos expresó formalmente su “grave preocupación” por los actos de violencia y discriminación por motivos de orientación sexual y de identidad de género.

37. Muchas políticas y prácticas que dan lugar a malos tratos en entornos de atención de la salud se deben a la discriminación dirigida contra los marginados. La discriminación desempeña un papel

destacado en un análisis de las violaciones de los derechos reproductivos como formas de tortura o malos tratos porque bajo su superficie suele haber prejuicios basados en el sexo y el género. El titular del mandato declaró, con respecto a una definición de la tortura que incluyese la perspectiva de género, que el elemento de propósito se cumplía siempre cuando se trataba de la violencia específica contra la mujer en el sentido de que era inherentemente discriminatoria y de que uno de los propósitos posibles enumerados en la Convención era la discriminación (A/HRC/7/3, párr. 68).

B. Conculcación de los derechos reproductivos

45. El Relator Especial, en numerosas ocasiones, ha respondido a diversas iniciativas en la esfera de la incorporación del género y la lucha contra la violencia contra la mujer, entre otras cosas, examinando formas específicas de tortura ligadas al género para garantizar la aplicación del marco de protección contra la tortura teniendo en cuenta las cuestiones de género. El Relator Especial intenta complementar esos esfuerzos identificando las prácticas relacionadas con los derechos reproductivos en entornos de atención de la salud que, a su juicio, constituyen tortura o malos tratos.

46. Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género. Ejemplos de esas violaciones son: el maltrato y

la humillación en entornos institucionales; las esterilizaciones involuntarias; la denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y la atención posaborto; las esterilizaciones y abortos forzados; la mutilación genital femenina; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como las denuncias de mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto.

47. En el asunto *R. R. v. Poland*, por ejemplo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinó que se había conculcado el artículo 3 en el caso de una mujer a quien se había denegado el acceso a las pruebas genéticas prenatales cuando una ecografía reveló una posible anomalía fetal. El Tribunal reconoció que “la demandante se encontraba en una situación de gran vulnerabilidad” y que la dilación deliberada, la confusión y la falta de un asesoramiento adecuado, así como la información proporcionada a la demandante, “entorpecieron el acceso de R. R. a las pruebas genéticas”. El acceso a la información sobre la salud reproductiva es imprescindible para que una mujer pueda ejercer su autonomía reproductiva, y sus derechos a la salud y a la integridad física.

48. Algunas mujeres pueden sufrir múltiples formas de discriminación a causa de su sexo u otros motivos relacionados con su condición o identidad. Un problema cada vez más generalizado es la esterilización involuntaria de mujeres de

minorías étnicas y raciales, mujeres de comunidades marginadas y mujeres con discapacidad a causa de la noción discriminatoria según la cual no son “aptas” para tener hijos. La esterilización forzada es un acto de violencia, una forma de control social y una violación del derecho a no ser sometido a torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. El titular del mandato ha afirmado que “los abortos y las esterilizaciones forzadas practicadas por funcionarios del Estado siguiendo leyes o políticas coercitivas de planificación de la familia pueden constituir tortura”.

49. Para muchas víctimas de violación, el acceso a un procedimiento de aborto sin riesgo es prácticamente imposible debido a un laberinto de trabas administrativas y a la negligencia y la obstrucción oficiales. En la decisión histórica de K. N. L. H. c. el Perú, el Comité de Derechos Humanos consideró la denegación del aborto terapéutico una violación del derecho de la persona a no ser víctima de malos tratos. En la demanda P. and S. v. Poland, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró que “el estigma asociado al aborto y a la violencia sexual(...) caus[aba] mucha angustia y sufrimiento, tanto física como mentalmente”.

50. El Comité contra la Tortura ha expresado reiteradamente su preocupación por el hecho de que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos. En numerosas ocasiones, los órganos de las Naciones Unidas han expresado su preocupación al denegarse o restringirse el acceso a los

cuidados posteriores al aborto, a menudo con fines inaceptables como imponer un castigo u obtener una confesión. El Comité de Derechos Humanos señaló explícitamente que las violaciones del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos incluían el aborto forzoso, así como la denegación del acceso a un aborto en condiciones seguras a las mujeres que han quedado embarazadas a raíz de una violación y manifestó su inquietud acerca de los obstáculos impuestos al aborto cuando era legal.

5. Derechos reproductivos

90. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a que velen por que las mujeres tengan acceso a la atención médica de emergencia, incluidos los cuidados posteriores al aborto, sin temor a sanciones penales o represalias. **Los Estados cuya legislación nacional autorice los abortos en diversas circunstancias deberán velar por la disponibilidad real de los servicios sin consecuencias adversas para la mujer o el profesional de la salud.**

D) Situación de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de las Personas Indígenas

■ Reporte del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas indígenas, Rodolfo Stavenhagen, misión a México, E/CN.4/2004/80/Add.2, 23 de diciembre de 2003.

E. Derechos de las mujeres indígenas, niños y migrantes

46. La situación de las mujeres y los niños indígenas es motivo de especial preocupación. Chiapas, Guerrero y Oaxaca son los estados más atrasados en materia de salud reproductiva. En Oaxaca, una investigación de 100 mujeres indígenas reveló un total de 209 violaciones de los derechos sexuales y reproductivos relacionados con el embarazo, el parto, el posparto, el aborto y el cáncer cervical. El riesgo de morir en el parto es más del doble de alto para una mujer indígena que para una mujer no indígena. Las mujeres en Chiapas han sufrido de manera desproporcionada la violencia en sus diferentes formas.

E) Derechos de los Pueblos Indígenas

■ Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Derechos de las mujeres y niñas indígenas, Victoria Tauli Corpuz, A/HRC/30/41, 6 de agosto de 2015.

28. A ese respecto, la tendencia apunta a que las niñas indígenas resulten más desfavorecidas que los niños indígenas. Además de los factores que afectan a las tasas de deserción escolar indígena generales, las niñas pueden enfrentarse a varios otros obstáculos. En primer lugar, la función que desempeñan en sus comunidades se traduce con frecuencia en la expectativa de que ayuden con las tareas domésticas y de cuidados. En segundo lugar, cabe la posibilidad de que las niñas indígenas deban contraer matrimonio, en cuyo caso su función de esposas y a veces de procreadoras las obliga a abandonar la escuela. En tercer lugar, las niñas indígenas pueden verse expuestas al riesgo de sufrir violencia sexual en los largos trayectos que deben

recorrer para llegar a la escuela, como demuestra el informe de la visita al Perú del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación de la mujer en la legislación y en la práctica. Lo que esa barrera representa para la educación se ve agravado en algunos Estados por leyes que prohíben a las mujeres y niñas recurrir a servicios de aborto, aun cuando el embarazo haya sido producto de una violación.

33. Un problema de salud grave que depende específicamente del género es el tema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Las mujeres indígenas se enfrentan a muchas barreras para gozar de sus derechos sexuales y reproductivos, como la falta de un asesoramiento adecuado culturalmente sobre salud sexual y reproductiva; el acceso geográfico a los servicios y la falta de suministros tales como anticonceptivos; una atención sanitaria de mala calidad y, en algunos casos, leyes que prohíben el aborto, incluso en casos de embarazo producto de una violación. Esta situación hace que las tasas de mortalidad materna sean superiores al promedio; que la proporción de niñas indígenas en los índices de embarazo en la adolescencia sea excesiva; que el uso voluntario de anticonceptivos sea bajo, y que las tasas de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA sean elevadas.

F) Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental

■ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental, derecho a la salud de los adolescentes, A/HRC/32/32, 4 de abril de 2016.

16. Las políticas formuladas para niños o jóvenes que se aplican a todos, no suelen ocuparse de los adolescentes, en particular los de 10 a 14 años. La falta de conocimientos o comprensión de sus singulares necesidades de salud puede hacer que los adolescentes no tengan visibilidad. Estos hacen frente a múltiples obstáculos en relación con los servicios de salud, incluidos los siguientes: leyes y políticas restrictivas; la falta de disponibilidad de anticonceptivos o abortos en condiciones seguras; servicios inaccesibles debido a la falta de información, la distancia o el costo; la falta de garantías de intimidad y confidencialidad; el requisito de notificación a los padres y su consentimiento; la prestación de servicios de manera irrespetuosa, hostil, prejuiciosa o carente de solidaridad; y la discriminación contra determinados grupos de adolescentes, incluidos aquellos con discapacidad, los que trabajan y viven en la calle o se dedican al comercio sexual, y los que pertenecen a grupos históricamente marginados. Los Estados tienen obligaciones positivas de derechos humanos destinadas a garantizar los derechos de los adolescentes y a trabajar con ellos de manera significativa para determinar sus necesidades y prioridades.

B. Prestación efectiva de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

90. Estas políticas deben ser compatibles con las normas de derechos humanos y reconocer que el acceso desigual de los adolescentes constituye discriminación. Debe garantizarse a todos los adolescentes el acceso confidencial, no discriminatorio y adaptado a sus necesidades a la información, los bienes y los servicios sobre salud

sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, las formas modernas de anticoncepción, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, la atención materna, las infecciones de transmisión sexual, el diagnóstico y el tratamiento, y el aborto en condiciones seguras. Los servicios de salud sexual y reproductiva de los adolescentes deben ser cordiales, favorables a los adolescentes y no críticos, y garantizar la intimidad y la confidencialidad. Los proveedores de servicios de salud también deberían considerar la posibilidad de establecer horarios de atención especiales y ubicaciones alternativas para los adolescentes, en particular con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva.

92. Se alienta firmemente a los Estados a que despenalicen el aborto, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, y adopten medidas para garantizar el acceso a servicios de aborto legales y sin riesgo. Las leyes penales relativas al aborto producen numerosas muertes, resultados deficientes en materia de salud mental y física, y la violación de la dignidad, y constituyen infracciones de las obligaciones de los Estados de garantizar el derecho de las niñas adolescentes a la salud. Además, la información sobre el aborto y el acceso a los servicios correspondientes deben estar disponibles, y ser accesibles, de buena calidad y no discriminatorios, al menos en las siguientes circunstancias: cuando la vida o la salud de la madre están en peligro, cuando la madre es víctima de violación o incesto, y cuando el feto tiene complicaciones graves o fatales. La atención posterior al aborto debe estar disponible y ser accesible para todas las niñas adolescentes, independientemente de la condición jurídica del aborto.

113. Respecto de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, el Relator Especial recomienda a los gobiernos que:

[...]

b) Despenalicen el aborto y garanticen a todos los adolescentes el acceso confidencial, no discriminatorio y que responda a las necesidades de los adolescentes a la información, los bienes y los servicios sobre salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, la atención materna, las infecciones de transmisión sexual, el diagnóstico y el tratamiento, así como las formas modernas de anticoncepción, incluidos anticonceptivos de emergencia, y servicios de aborto en condiciones seguras y posteriores al aborto;

[...]

■ Informe provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, de conformidad con las resoluciones 15/22 y 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, criminalización de la salud sexual y reproductiva, A/66/254, 3 de agosto de 2011.

12. El uso flagrante de la coacción física por el Estado u otros actores no estatales, como en los casos de esterilización, aborto, anticoncepción o embarazo forzados, se ha condenado desde hace tiempo como una forma injustificable de coerción sancionada por

el Estado y una violación del derecho a la salud. De igual modo, cuando se utiliza el derecho penal como instrumento para regular la conducta de una persona y sus decisiones en el contexto del derecho a la salud sexual y reproductiva, la voluntad del Estado se impone por la fuerza, anulando la del individuo.

14. La aplicación de algunas leyes penales y otras restricciones jurídicas podría impedir el acceso a determinados bienes de salud sexual y reproductiva, como los métodos anticonceptivos, prohibir directamente un servicio determinado, como el aborto, o prohibir el suministro de información sexual y reproductiva mediante programas educativos escolares o por otros medios. En la práctica, estas disposiciones afectan a una gran variedad de personas, entre las que figuran las mujeres que desean abortar o utilizar métodos anticonceptivos; los amigos o familiares que ayudan a las mujeres que desean abortar; los profesionales que practican abortos; los docentes que imparten educación sexual; los farmacéuticos que suministran métodos anticonceptivos; los empleados de instituciones establecidas para prestar servicios de planificación de la familia; los activistas de derechos humanos que defienden el derecho a la salud sexual y reproductiva; y los adolescentes que desean tener acceso a métodos anticonceptivos para mantener relaciones sexuales consentidas.

Efectos de las leyes penales y otras restricciones jurídicas en la salud sexual y reproductiva

1. Penalización del aborto y otras restricciones jurídicas conexas

21. Las leyes penales que castigan y restringen el aborto inducido son el ejemplo paradigmático de las barreras inaceptables que impiden a las mujeres ejercer su derecho a la salud y, por consiguiente, deben eliminarse. Estas leyes atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva. Asimismo, generan invariablemente efectos nocivos para la salud física, al ser causa de muertes evitables, morbilidad y mala salud, y para la salud mental, entre otras cosas porque las mujeres afectadas se arriesgan a caer en el sistema de justicia penal. La promulgación o el mantenimiento de leyes que penalicen el aborto puede constituir una violación de la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud.

22. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha condenado enérgicamente las leyes que restringen el aborto, especialmente las que prohíben y penalizan el aborto en todas las circunstancias (véase CEDAW/C/CH/CO/4, párr. 19). También ha confirmado que ese tipo de legislación no impide que las mujeres recurran a abortos ilegales practicados en condiciones peligrosas, y ha calificado las leyes que restringen el aborto de violación de los derechos a la vida, la salud y la información. Al Comité de los Derechos del Niño le preocupan también los efectos de las leyes que restringen severamente el aborto en el derecho a la salud de las niñas adolescentes. El Comité contra la Tortura también ha afirmado que las leyes que penalizan el aborto deberían volver a evaluarse, ya que dan lugar a violaciones del derecho de la mujer a no verse sometida a tratos inhumanos y

degradantes. El Comité de Derechos Humanos llegó a la conclusión de que la igualdad entre hombres y mujeres exigía la igualdad de trato en el ámbito de la salud y la eliminación de la discriminación en el suministro de bienes y servicios, e hizo hincapié en la necesidad de examinar la legislación relativa al aborto para evitar que se violasen los derechos de la mujer (véase CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, párrs. 20, 28 y 31). El anterior Relator Especial sobre el derecho a la salud pidió que se eliminaran las disposiciones que castigaban a las mujeres que abortaban (E/CN.4/2004/49, párr. 30).

23. En los Estados en que está penalizado el aborto puede haber supuestos en que este no constituya delito. No obstante, en los casos más extremos el aborto está penalizado sin excepción (situación que solo existe en unos pocos países), o solo se autoriza cuando la vida de la mujer corre peligro. Aproximadamente el 25% de la población mundial vive en regímenes jurídicos que prohíben el aborto excepto en los casos de violación o incesto, y cuando es necesario para salvar la vida de la mujer. Algunos regímenes menos restrictivos permiten el aborto por motivos de salud física y mental y por motivos socioeconómicos, como la pobreza y el número de hijos. Por último, el aborto está totalmente despenalizado en 56 Estados, si bien siguen fijándose límites en función de las semanas de gestación.

24. Existen restricciones jurídicas de otra índole que también dificultan el acceso al aborto legal. **Las leyes de objeción de conciencia levantan barreras que dificultan el acceso, ya que permiten que los profesionales de la salud y el personal auxiliar, como los recepcionistas y farmacéuticos, se nieguen**

a prestar servicios de aborto, a proporcionar información sobre procedimientos y a derivar a las interesadas a centros y proveedores de servicios alternativos. Cabe citar además las siguientes restricciones: leyes que prohíben la financiación pública del aborto; asesoramiento y plazos de espera obligatorios para las mujeres que desean interrumpir un embarazo; obligación de obtener la aprobación de más de un profesional de la salud; obligación de obtener el consentimiento paterno o conyugal; y leyes que exigen a los profesionales de la salud denunciar los casos “sospechosos” de tratarse de abortos ilegales cuando una mujer acude a recibir atención después de un aborto, incluido un aborto espontáneo. Estas leyes dificultan el acceso de las mujeres pobres, desplazadas y jóvenes a abortos sin riesgo y a la atención posterior al aborto. Estos regímenes restrictivos, que no tienen equivalente en otros ámbitos de la atención de la salud sexual y reproductiva, contribuyen a reforzar el estigma del aborto como práctica objetable.

25. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha confirmado que los motivos jurídicos determinan en gran medida la trayectoria de una mujer con un embarazo no deseado hacia un aborto en condiciones seguras o peligrosas. Dado que las restricciones jurídicas influyen considerablemente en las condiciones en que se practica un aborto, es probable que en los regímenes más restrictivos se produzcan más abortos en condiciones peligrosas. El porcentaje de abortos que se practican en condiciones peligrosas y la proporción entre abortos en condiciones peligrosas y abortos sin riesgo están directamente relacionados con el grado de restricción o punición de las leyes que rigen el aborto.

Se calcula que casi un 13% de las muertes derivadas de la maternidad registradas en todo el mundo obedece a abortos practicados en condiciones peligrosas. Otros 5 millones de mujeres y niñas sufren lesiones a corto y largo plazo debidas a abortos practicados en condiciones peligrosas, entre las que figuran hemorragias, septicemias, traumatismos de vagina, útero y órganos abdominales, desgarros en el cuello del útero, peritonitis, infecciones del sistema reproductor, enfermedad inflamatoria de la pelvis y dolor pélvico crónico, conmoción e infertilidad.

26. Entre las circunstancias que llevan a que se practiquen abortos en condiciones peligrosas figuran las siguientes: acceso limitado a información, en particular en relación con cuándo y cómo pueden practicarse los abortos legales; abortos practicados por una persona no cualificada en condiciones insalubres o por un profesional de la salud sin los medios adecuados; aborto provocado por la propia mujer o por un curandero mediante la inserción de un objeto en el útero, la ingesta de una sustancia peligrosa o un masaje violento; e ingestión de medicamentos recetados incorrectamente sin el debido seguimiento y sin información adicional. La penalización del aborto crea y perpetúa estas condiciones inseguras. En los regímenes más liberales, las mujeres pueden recibir legalmente los servicios y el tratamiento de profesionales de la salud en circunstancias seguras y adecuadas desde el punto de vista médico, incluido el uso de píldoras abortivas, que provocan abortos autoinducidos en condiciones seguras y en una fase temprana del embarazo.

27. La penalización del aborto es una clara expresión de la injerencia del Estado en la salud sexual y reproductiva de la mujer, ya que restringe el control de la mujer sobre su cuerpo y podría exponerla a riesgos para la salud innecesarios. La prohibición del aborto también obliga a las mujeres a llevar a término embarazos no deseados y a dar a luz cuando no desean hacerlo. Los Estados tienen la obligación de impedir que se niegue a las mujeres el acceso a servicios posteriores al aborto cuando lo necesiten, independientemente de si el aborto se ha practicado de forma legal.

28. Los Estados también están obligados a adoptar medidas de protección contra la vulneración del derecho a la salud por terceras partes. En los Estados en que el aborto está prohibido no pueden existir reglamentaciones de salud y seguridad públicas relativas al aborto, como normas sobre capacitación y certificación de los profesionales de la salud, por lo que aumentan las posibilidades de que se practiquen abortos en condiciones peligrosas. **La despenalización del aborto, junto con una reglamentación adecuada y la prestación de servicios seguros y accesibles, es el método más expeditivo para proteger íntegramente el derecho a la salud contra posibles violaciones cometidas por terceras partes. Los Estados también deben adoptar medidas para proteger a quienes desean prestar servicios de aborto y conexos frente al acoso, las agresiones, los secuestros y los asesinatos perpetrados por actores no estatales (por motivos religiosos o de otra índole).**

29. Los Estados deben adoptar medidas para asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de aborto legales, seguros y de calidad. No obstante, la despenalización del aborto no implica la disponibilidad inmediata de la posibilidad de abortar en condiciones seguras, a menos que los Estados creen las condiciones necesarias para ello, entre las que figuran el establecimiento de **clínicas accesibles y asequibles; la prestación de servicios de capacitación adicional para médicos y personal sanitario; el establecimiento de requisitos de certificación; y la disponibilidad del equipo y los medicamentos más seguros y modernos.**

30. Las mujeres tienen derecho a recibir del Estado una atención de la salud en pie de igualdad como parte de su derecho a la salud. Independientemente de la condición jurídica del aborto, las mujeres tienen derecho a acceder a bienes, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva. En particular, tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto, incluidos los practicados en condiciones peligrosas y los abortos espontáneos. **Esa atención debe ser incondicional, aun cuando el aborto conlleve sanciones penales, no deberá depender de la posterior cooperación de la mujer en el enjuiciamiento penal, y en ningún caso podrá utilizarse como prueba contra ella ni contra quienes hayan practicado el aborto.** La legislación no debe obligar al personal sanitario a denunciar a las autoridades policiales o judiciales a las mujeres que hayan recibido atención relacionada con el aborto.

31. La prohibición absoluta conforme al derecho penal priva a la mujer del acceso a procedimientos que, en algunos casos, podrían salvarles la vida. Incluso los abortos clandestinos practicados en entornos relativamente seguros e higiénicos podrían ser inasequibles para las mujeres más vulnerables. En lugar de ello, **las mujeres pobres y marginadas solo pueden recurrir a abortos autoinducidos en condiciones peligrosas.** Cuando el aborto solo está permitido en casos muy concretos, como cuando la vida de la mujer corre peligro, la penalización podría llegar a bloquear el acceso a la información sobre los servicios de aborto legales. Con frecuencia, las mujeres no conocen esas excepciones debido a que el estigma que rodea a la cuestión del aborto impide que una información tan necesaria como esa se difunda y reciba la debida consideración. La existencia de restricciones jurídicas que limitan la disponibilidad de información relativa al aborto también se debe a que las leyes penales a menudo contienen disposiciones que prohíben explícitamente la producción y distribución de esa información.

32. La mala calidad de los bienes y servicios de salud es uno de los problemas más graves derivados de los regímenes jurídicos que penalizan el aborto. En esas circunstancias, la falta de normas estatales y profesionales que regulen la práctica médica conlleva la realización de abortos por personal no cualificado en condiciones insalubres para eludir la acción de la justicia. Por el contrario, cuando es realizado por profesionales de la salud cualificados en condiciones adecuadas, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros. **La penalización también impide a los profesionales**

tener acceso a información fidedigna y, cuando la legislación contempla excepciones, el efecto inhibitorio generado por el estigma que acarrea el aborto puede disuadir al personal sanitario de solicitar información y capacitación al respecto.

Por consiguiente, el personal sanitario que opta por practicar abortos en esas circunstancias puede estar insuficientemente informado y capacitado en relación con los procedimientos adecuados y la atención posterior al aborto, lo cual resta calidad a los abortos legales y reduce su disponibilidad.

33. En ocasiones, los profesionales de la salud han denegado a las mujeres el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva autorizados por la ley, o simplemente se han negado a tratar a mujeres que sufrían complicaciones derivadas de un aborto clandestino practicado en otro lugar. Debido al estigma que pesa sobre el aborto, los trabajadores del sector de la salud también han proporcionado información errónea a las mujeres, afirmando, por ejemplo, que a una mujer solo se le permite abortar legalmente una vez.

34. La marginalización y la vulnerabilidad de las mujeres a consecuencia del estigma y la discriminación relacionados con el aborto perpetúan e intensifican las violaciones del derecho a la salud. El estigma que acarrea el aborto impide a las mujeres recurrir al aborto, e impide a quienes abortan solicitar tratamiento cuando se presentan complicaciones médicas. La escasez de datos sobre el aborto (solo se tiene constancia de entre un 35% y un 60% de los abortos practicados) es uno de los indicadores de

la magnitud del estigma asociado al aborto. Si bien son muchos los factores sociales y culturales que generan y agravan los estigmas, su penalización perpetúa la discriminación y genera nuevas formas de estigmatización. Por ejemplo, la infertilidad de una mujer puede achacarse erróneamente a un aborto anterior. La “culpa” se atribuye así a la mujer, en lugar de reconocerse que la infertilidad puede obedecer a varias afecciones inconexas.

35. El estigma resultante de la penalización crea un círculo vicioso. La tipificación como delito del aborto empuja a las mujeres a buscar abortos clandestinos, posiblemente en condiciones peligrosas. El estigma resultante de un aborto ilegal y, por consiguiente, de una conducta delictiva, perpetúa la noción de que el aborto es una práctica inmoral y de que el procedimiento es intrínsecamente peligroso, lo que a su vez refuerza la continua penalización de esta práctica.

36. La penalización del aborto también afecta gravemente a la salud mental. La necesidad de recurrir a servicios de salud ilegales y la intensa estigmatización del procedimiento del aborto y de las mujeres que se someten a él pueden tener efectos perniciosos para la salud mental de la mujer. La presión acumulada y el estigma asociado al aborto han llegado a empujar a algunas mujeres al suicidio. En las jurisdicciones en que la violación no puede alegarse como motivo de interrupción de un embarazo, las mujeres y las niñas que han quedado embarazadas a consecuencia de una violación y desean interrumpir su embarazo se ven obligadas a llevarlo a término o a recurrir a un aborto ilegal. Ambas opciones pueden

ocasionar una profunda angustia. Al optar por una de ellas, la amenaza general de ser investigadas, juzgadas y sancionadas dentro del sistema de justicia penal tiene considerables efectos negativos para la salud emocional y el bienestar de las mujeres que deciden abortar y de las que no lo hacen. Asimismo, si bien se han estudiado ampliamente los efectos psicológicos de recurrir a un aborto ilegal o de llevar a término un embarazo no deseado, no existen pruebas que demuestren que el aborto voluntario conlleve secuelas a largo plazo para la salud mental.

65. Al aplicar un enfoque basado en el derecho a la salud, los Estados deben llevar a cabo reformas encaminadas a desarrollar y aplicar políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos. En este contexto, el Relator Especial exhorta a los Estados a:

[...]

h) Despenalizar el aborto y derogar las leyes conexas, como las relativas a la facilitación del aborto;

i) Como medida provisional, considerar la posibilidad de que las autoridades competentes formulen políticas y protocolos que impongan una moratoria a la aplicación de las leyes penales relativas al aborto, incluida la obligación jurídica impuesta a los profesionales de la salud de denunciar a las mujeres a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley;

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

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

l) Asegurar que la población disponga de información precisa y fundamentada en pruebas en relación con el aborto y con los supuestos en que la legislación lo permite, **y que los profesionales de la salud conozcan bien la legislación relativa al aborto y sus excepciones;**

m) Asegurar que el alcance de las exenciones por objeción de conciencia esté bien definido y su uso bien reglamentado, **y garantizar la derivación de pacientes y la prestación de servicios alternativos cuando un profesional de la salud formule una objeción de conciencia;**

[...]

■ Informe del Relator Especial, Anand Grover, sobre el derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental, A/64/272, 10 de agosto de 2009.

57. La Declaración de Beijing refuerza la necesidad de protecciones especiales que garanticen el derecho de las mujeres al consentimiento informado. **Las mujeres tienen derecho a dar libremente su consentimiento o a rechazar servicios los cuales deben ser no coercitivos y respetuosos de su autonomía, privacidad y confidencialidad, y a recibir información de personal debidamente capacitado.**

Toda exigencia de autorización previa de un tercero infringe la autonomía de la mujer. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar exentos de coerción, discriminación o falta de información. Los Estados deben garantizar la inexistencia de cualquier forma de coerción en los servicios de salud reproductiva, comprendidos los procedimientos de prueba de infecciones de transmisión sexual o del embarazo en tanto que condición previa para el empleo. La Plataforma de Beijing recalca el derecho de las mujeres a adoptar decisiones en materia de reproducción sin discriminación, coerción ni violencia, y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo protege el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y los intervalos entre ellos. La esterilización forzosa, cuando se perpetra dentro de un ataque generalizado o sistemático, es un crimen contra la humanidad.

■ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, A/61/338, 13 de septiembre de 2006.

7. En 2000, el número estimado de muertes derivadas de la maternidad en todo el mundo ascendía a 529,000; el 95% de esas muertes tuvo lugar en África y Asia. En los países desarrollados, únicamente una de cada 2.800 mujeres muere durante el parto (en algunos países la cifra es de una por cada 8.700), en tanto que en África muere una de cada 20. En algunos países llega a morir una de cada diez. Las mujeres que viven en la pobreza y en las zonas rurales y las pertenecientes a minorías étnicas o poblaciones indígenas son las que se encuentran en una situación de más riesgo. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son las principales causas de muerte de las mujeres de entre 15 y 19 años de edad en los países en desarrollo. Alrededor del 80% de los fallecimientos derivados de la maternidad en todo el mundo obedecen a complicaciones obstétricas, principalmente hemorragias, septicemias, abortos practicados en condiciones de riesgo, preeclampsia y eclampsia y partos prolongados u obstruidos. Las complicaciones dimanantes de los abortos practicados en condiciones de riesgo representan el 13% de los fallecimientos derivados de la maternidad en todo el mundo y el 19% en América del Sur. Se estima que el 74% de las muertes derivadas de la maternidad podrían evitarse si todas las mujeres tuvieran acceso a las intervenciones necesarias para hacer frente a las complicaciones del embarazo y el parto, particularmente a la atención obstétrica de emergencia.

13. El derecho al más alto nivel posible de salud entraña que las mujeres tienen derecho a servicios relacionados con el embarazo y el período

posterior al nacimiento y a otros servicios e información sobre la salud sexual y la salud reproductiva. Esos derechos abarcan la realización de intervenciones técnicas clave para evitar la mortalidad derivada de la maternidad, lo que incluye el acceso a una partera capacitada, la atención obstétrica de emergencia, la educación e información sobre la salud sexual y la salud reproductiva, servicios de práctica del aborto en condiciones seguras en los casos en que el aborto no sea contrario a la ley y otros servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva.

■ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, E/CN. 4/ 2006/ 48, 3 de marzo de 2006.

Establece un enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos, como forma de medir y supervisar la realización progresiva del derecho a la salud.

Los indicadores incluyen: supuestos bajo los cuales el aborto es legal; porcentaje de centros que brindan servicios de aborto y médicos capacitados para brindar servicios de aborto y acceso a la información sobre aborto.

■ Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, sobre el derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental, E/CN/2004/49, 16 de febrero de 2004.

11. La mala salud sexual y reproductiva representa casi el 20% de la carga global de la mala salud de las mujeres, y el 14% de los hombres. Se estima que, en el año 2000, 529,000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, la mayoría de las cuales podían evitarse; el 99% de las muertes maternas se registran en los países en desarrollo. En los Estados en transición y en los países en desarrollo, más de 120 millones de parejas no utilizan ningún medio contraceptivo aunque no quieran tener hijos o deseen espaciar los partos. Alrededor de 80 millones de mujeres sufren embarazos involuntarios todos los años; de ellas, unos 45 millones abortan. De estas mujeres que abortan, aproximadamente 19 millones lo hacen en condiciones inseguras que son causa de 68,000 fallecimientos, equivalente al 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. Aparte de la mortalidad, el aborto en malas condiciones produce niveles elevados de morbilidad.

13. Como es natural, no todos los casos de mala salud sexual y reproductiva suponen una violación del derecho a la salud u otros derechos humanos. **La mala salud constituye una violación de los derechos humanos cuando es causada, en su totalidad o en parte, por el hecho de que un responsable -típicamente un Estado- incumple su deber de respetar, proteger o cumplir una obligación relativa a los derechos humanos.** Hay obstáculos que impiden el disfrute de la salud sexual y reproductiva a los individuos. Desde una perspectiva de los derechos humanos, cabe hacerse la siguiente pregunta fundamental: los responsables de los derechos humanos ¿hacen todo lo que pueden por dismantelar estas barreras para la salud?

14. De los numerosos obstáculos a la salud sexual y reproductiva, muchos están interrelacionados y se encuentran profundamente arraigados. Estos obstáculos se presentan en diferentes niveles: los cuidados clínicos, el nivel de los sistemas sanitarios, y los factores determinantes de la salud. Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de la mujer. La modesta condición social de las jóvenes y las mujeres suele contribuir a su mala salud sexual y reproductiva. Muchas mujeres sufren violencia durante el embarazo que puede provocar abortos y nacimientos prematuros, y el peso insuficiente de los recién nacidos.

Algunas opiniones tradicionales en materia de sexualidad obstaculizan la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como el suministro de información fiable, y tienen un efecto especialmente nocivo para los adolescentes. La pobreza guarda relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. Con demasiada frecuencia la mejora de los servicios públicos de salud beneficia sobre todo a los más ricos.

15. El planteamiento de estas cuestiones desde una perspectiva de los derechos humanos puede profundizar el análisis y contribuir a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas. Es esencial que las normas jurídicas en materia de derechos humanos impongan a los responsables la obligación de hacer todo lo que puedan para dismantelar las barreras a

la salud sexual y reproductiva. A este respecto, las normas de derechos humanos ofrecen posibilidades de informar a personas vulnerables y comunidades desfavorecidas, y potenciar su capacidad. Antes de seguir examinando estas cuestiones en el contexto particular del derecho a la salud, conviene hacer algunas observaciones sobre los enfoques de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer respecto de los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva.

30. Los abortos en malas condiciones causan la muerte de unas 68,000 mujeres al año, lo que representa un atentado de proporciones gigantescas contra el derecho a la vida y a la salud. Las mujeres que han quedado embarazadas involuntariamente deberían recibir información fiable y asesoramiento adecuado, con indicación de los lugares y plazos en los que pueda ponerse fin legalmente al embarazo. **No basta con que los abortos sean legales, también han de ser seguros: los sistemas de salud pública deben capacitar y equipar a los encargados de prestar los servicios sanitarios y tomar otras medidas para garantizar que los abortos no son sólo seguros, sino también accesibles.**

En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto. Hay que acabar con las disposiciones que castigan a las mujeres que abortan.

46. El Relator Especial insta a los países que suministran asistencia a que en sus políticas y programas adopten un enfoque basado en los

derechos. Por ejemplo, los fondos que proporcionan deberían destinarse a promover el acceso a una amplia variedad de servicios que son necesarios para el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, entre ellos los servicios y la información para reducir la incidencia de los abortos en malas condiciones.

G) Libertad de Religión o de Creencias

■ Informe de la Relatora Especial sobre la libertad de religión o de creencias, Sra. Asma Jahangir, A/HRC/4/21, 26 de diciembre de 2006.

37. La libertad de religión o de creencias es un derecho humano fundamental cuyo ejercicio no puede suspenderse sino sólo regularse bajo condiciones estrictas. **Este derecho, como otros derechos humanos, no puede invocarse para justificar la violación de otros derechos humanos y libertades.** Este principio está previsto, por ejemplo, en el párrafo 1 del artículo 5 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y, en algunos casos, puede aplicarse a situaciones de abusos cometidos en nombre de la religión. El Comité de Derechos Humanos señala en su Observación General No 28 que “no se puede invocar el artículo 18 [del Pacto] para justificar la discriminación contra la mujer aduciendo la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; por lo tanto, los Estados Parte deberían proporcionar información acerca de la situación de la mujer en lo que toca a su libertad de pensamiento, conciencia y religión, e indicar qué medidas han adoptado o se proponen adoptar para erradicar y prevenir la vulneración de estas libertades respecto de la mujer y proteger sus derechos contra la discriminación” (párr. 21).

46. De acuerdo con este razonamiento, la Relatora Especial interpreta en sentido amplio el campo de aplicación de la libertad de religión o de creencias, teniendo en cuenta que las manifestaciones de esa libertad pueden estar sujetas a las limitaciones prescritas por la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades fundamentales de los demás. Rosalyn Higgins, actual Presidenta de la Corte Internacional de Justicia y que era miembro del Comité de Derechos Humanos cuando se redacta la Observación General No. 22, se opuso decididamente “a la idea de que los Estados puedan decidir libremente lo que se entiende por auténtica creencia religiosa. Los fieles de una religión son quienes deben definir sus creencias; en lo relativo a las manifestaciones, el objeto del párrafo 3 del artículo 18 es precisamente impedir que menoscaben los derechos de los demás” (CCPR/C/SR.1166, párr. 48). Abdelfattah Amor hizo una declaración similar en su informe de 1997 a la Comisión de Derechos Humanos. En ese informe, el segundo titular del mandato subrayó que, aparte de los medios jurídicos disponibles para luchar contra actividades delictivas, “no corresponde ni al Estado ni a ningún otro grupo o comunidad tomar las riendas de la conciencia popular para favorecer, imponer o censurar una creencia religiosa o una convicción” (E/CN.4/1997/91, párr. 99).



2. ÓRGANOS CREADOS A PARTIR DE LOS TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS

Además de la Declaración de los Derechos Humanos, el sistema de derechos humanos de las NU está compuesto por nueve tratados internacionales.

Los tratados son monitoreados por Comités creados de acuerdo con las disposiciones del tratado que monitorean. Actualmente, las NU tienen 10 Comités de expertos independientes. 9 de ellos son responsables de monitorear la implementación de los tratados y el décimo es el Subcomité para la Prevención de la Tortura, establecido a partir del Protocolo Opcional de la Convención contra la Tortura.

Los Comités están facultados para publicar su interpretación sobre las disposiciones y artículos del tratado que monitorean, en la forma de Observaciones Generales, dirigidas a todos los países que han adoptado el tratado. Las Observaciones pueden incluir desde interpretaciones exhaustivas de ciertas disposiciones hasta guías sobre la información que los Estados deben reportar sobre determinados artículos de los tratados y análisis de temas específicos como, por ejemplo, la función de las instituciones nacionales de derechos humanos.

Los Estados también deben reportar con regularidad a los Comités la manera en la que los derechos son implementados. Inicialmente, los reportes deben ser anuales después de adoptar el tratado y, posteriormente, de acuerdo con los períodos de revisión establecidos por cada Comité. Los Comités examinan cada reporte y expresan sus preocupaciones y recomendaciones a los Estados Parte en forma de observaciones finales.

A. Comité De Derechos Humanos (CCPR)

El CCPR es el órgano responsable de monitorear la implementación de la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y fue ratificada por el Estado mexicano en 1981.

Además de recibir y evaluar los reportes de los Estados cada cuatro años, el CCPR también tiene un mecanismo para considerar reportes inter-Estados y examinar quejas individuales respecto de violaciones a la Convención por Estados Parte.

El Comité normalmente se reúne tres veces al año en Ginebra, Suiza.

Observaciones Generales

■ Observación General No. 36 (2018) sobre el artículo 6 de la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida, CCPR/C/GC/36, 30 de octubre de 2018.

8. Aunque los Estados Parte pueden adoptar medidas diseñadas para regular las interrupciones voluntarias del embarazo, tales medidas no deben dar lugar a la violación del derecho a la vida de una mujer o niña embarazada, o de sus otros derechos en virtud del Pacto. Por lo tanto, las restricciones sobre la capacidad de las mujeres o las niñas para buscar un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas, someterlas a dolores o sufrimientos físicos o mentales, que violen el artículo 7, discriminarlas o interferir arbitrariamente con su privacidad. **Los Estados Parte deben proporcionar acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada estén en riesgo, o donde llevar a término un embarazo causaría un dolor o sufrimiento considerable a la mujer o la mujer embarazada, especialmente cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto, o no es viable.** Además, los Estados Parte no pueden regular el embarazo o el aborto en todos los demás casos de manera contraria a su deber de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que realizar abortos inseguros, y deben revisar sus leyes de aborto en consecuencia. **Por ejemplo, no deben tomar medidas como criminalizar embarazos de mujeres solteras o aplicar sanciones penales contra mujeres y niñas que abortan o contra proveedores de servicios médicos que las ayuden a hacerlo, ya**

que tomar tales medidas obliga a mujeres y niñas a recurrir a un aborto inseguro. Los Estados Parte no deben introducir nuevas barreras y deben eliminar las barreras existentes que niegan el acceso efectivo de mujeres y niñas al aborto seguro y legal, incluidas las barreras causadas como resultado del ejercicio de la objeción de conciencia por parte de proveedores médicos individuales. Los Estados Parte también deben proteger eficazmente las vidas de mujeres y niñas contra los riesgos para la salud física y mental asociados con los abortos inseguros. En particular, deben garantizar el acceso de mujeres y hombres, y especialmente de niñas y niños, a información y educación de calidad y basada en evidencia sobre salud sexual y reproductiva y a una amplia gama de métodos anticonceptivos asequibles, y prevenir la estigmatización de las mujeres y niñas que buscan el aborto. Los Estados Parte deben garantizar la disponibilidad y el acceso efectivo a la atención de salud prenatal y postaborto de calidad para mujeres y niñas, en cualquier circunstancia y de forma confidencial.

■ Observación General No. 28 La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3), Comité de Derechos Humanos, 68° período de sesiones, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), 29 de marzo de 2000.

5. La desigualdad que padecen las mujeres en el mundo en el disfrute de sus derechos está profundamente arraigada en la tradición, la historia y la cultura, incluso en las actitudes religiosas. (...) Los Estados Partes deben cerciorarse de que no se utilicen

las actitudes tradicionales, históricas, religiosas o culturales como pretexto para justificar la vulneración del derecho de la mujer a la igualdad ante la ley y al disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos previstos en el Pacto.

10. Los Estados Parte, al presentar informes sobre el derecho a la vida, amparado en el artículo 6, deberán aportar datos (...) sobre las medidas que hubiesen adoptado para ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida.

11. El Comité, a fin de evaluar el cumplimiento del artículo 7 del Pacto, así como del artículo 24, en que se prevé la protección especial del niño, necesita información sobre (...) si el Estado Parte da a la mujer, que ha quedado embarazada como consecuencia de una violación, acceso al aborto en condiciones de seguridad. Los Estados Parte deberán asimismo presentar al Comité información acerca de las medidas para impedir el aborto o la esterilización forzados.

20. Los Estados Parte deben presentar información que permita al Comité evaluar los efectos de las leyes y prácticas que limiten el ejercicio por la mujer, en pie de igualdad con el hombre, del derecho a la vida privada y otros derechos amparados por el artículo 17. Constituye un ejemplo de esa situación el caso en que se tiene en cuenta la vida sexual de una mujer al decidir el alcance de sus derechos y de la protección que le ofrece la ley, incluida la protección contra la violación. Otro ámbito en que puede ocurrir que los Estados no respeten la vida privada de la mujer (...) cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se

someten a abortos. En esos casos, pueden estar en juego también otros derechos amparados en el Pacto, como los previstos en los artículos 6 y 7.

Informes periódicos

■ Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Examen de los informes presentados por los Estados Parte en virtud del artículo 40 del Pacto, México, CCPR/C/MEX/CO/5, 7 de abril de 2010.

10. Al Comité le preocupa que, pese a la Norma Federal 046 (NOM-046) emitida por el Ministerio de Salud y el dictamen de la Suprema Corte de Justicia sobre la constitucionalidad de la despenalización del aborto en 2008, el aborto sea aún ilegal en todas las circunstancias conforme a las constituciones de muchos estados (arts. 2, 3, 6 y 26 del Pacto).

El Estado Parte debe armonizar la legislación sobre el aborto en todos los estados en consonancia con el Pacto y asegurar la aplicación de la Norma Federal 046 (NOM-046) en todo su territorio. Asimismo, debe tomar 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 (art. 6 del Pacto).

B. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)

El CESCR es el órgano responsable de monitorear la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entró en vigor el 3 de enero de 1976 y fue ratificado por el Estado mexicano en 1981.

Además de recibir y evaluar los reportes de los Estados cada cinco años, el CESCR también tiene un mecanismo para considerar reportes inter-Estados y examinar quejas individuales respecto de violaciones a la Convención por Estados Parte.

El Comité normalmente se reúne dos veces al año en Ginebra, Suiza.

Observaciones Generales

■ Observación General No. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016.

10. El derecho a la salud sexual y reproductiva también es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos. Está íntimamente ligado a los derechos civiles y políticos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como los derechos a la vida; a la libertad y la seguridad de la persona; a no ser sometido a tortura ni otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; a la privacidad y el respeto por la vida familiar; y a la no discriminación y la igualdad. Por ejemplo, la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia o la negativa a practicar abortos son causa muchas veces de mortalidad y morbilidad materna, que, a su vez, son una violación del derecho a la vida o la seguridad, y, en determinadas circunstancias, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

13. Velar por que haya personal médico y profesional capacitado y proveedores calificados que estén formados para prestar todos los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva es un componente de vital importancia para asegurar la disponibilidad. **Se debe disponer también de medicamentos esenciales, incluida una amplia gama de métodos anticonceptivos, como los preservativos y los anticonceptivos de emergencia, medicamentos para la asistencia en casos de aborto** y después del aborto, y medicamentos, incluidos los medicamentos

genéricos, para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

14. La no disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en la ideología, como **la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios. Se debe disponer en todo momento de un número suficiente de proveedores de servicios de atención de la salud dispuestos a prestar esos servicios y capaces de hacerlo en establecimientos públicos** y privados a una distancia geográfica razonable.

21. Los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que tendrán una base empírica y que serán adecuados y estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico. **Esto requiere un personal de atención de la salud formado y capacitado, así como medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado.**

No incorporar o rechazar los avances y las innovaciones tecnológicas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como los medicamentos en relación con el aborto, la asistencia médica para la procreación y los avances en el tratamiento del VIH y el sida, pone en peligro la calidad de la atención.

28. La realización de los derechos de la mujer y la igualdad de género, tanto en la legislación como en la práctica, requiere la derogación o la modificación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Es necesario eliminar todos los obstáculos al acceso

de las mujeres a servicios, bienes, educación e información integrales en materia de salud sexual y reproductiva. A fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas, se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia cualificada en los partos, particularmente en las zonas rurales y alejadas, y medidas de prevención de los abortos en condiciones de riesgo. La prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten medidas legales y de políticas para garantizar a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces y una educación integral sobre la sexualidad, en particular para los adolescentes; liberalicen las leyes restrictivas del aborto; garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asistencia de calidad posterior a casos de aborto, especialmente capacitando a los proveedores de servicios de salud; y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva.

34. Los Estados Parte tienen la obligación de eliminar la discriminación contra las personas y grupos y de garantizar su igualdad por lo que respecta al derecho a la salud sexual y reproductiva. Ello requiere que los Estados deroguen o reformen las leyes y las políticas que anulen o menoscaben la capacidad de personas y grupos determinados para hacer efectivo su derecho a la salud sexual y reproductiva. Hay muchas **leyes, políticas y prácticas que socavan la autonomía y el derecho a la igualdad y la no discriminación en el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, la penalización del aborto** o las leyes restrictivas al respecto. Los Estados Parte deben

velar también porque todas las personas y los grupos tengan acceso en pie de igualdad a toda la información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, en particular mediante la eliminación de todos los obstáculos a los que determinados grupos puedan verse confrontados.

40. La obligación de respetar requiere que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas. Los Estados no deben limitar ni denegar a nadie el acceso a la salud sexual y reproductiva, en particular mediante leyes que tipifiquen como delito los servicios y la información de salud sexual y reproductiva, y se debe mantener la confidencialidad de los datos sobre la salud. Los Estados deben reformar las leyes que impidan el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Por ejemplo, las leyes que penalizan el aborto, las leyes que no garantizan la protección de la confidencialidad de la condición seropositivo, del estatus de exposición al VIH y a de su transmisión, las leyes que criminalizan las relaciones sexuales consentidas entre adultos, y la identidad o la expresión transgénero.

41. La obligación de respetar requiere también que los Estados deroguen, y se abstengan de promulgar, leyes y políticas que obstaculicen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto incluye los requisitos de autorización de terceros, como: los padres, el cónyuge y los tribunales para acceder a los servicios y la información en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para el

aborto y la anticoncepción; el asesoramiento sesgado y los plazos de espera obligatorios para divorciarse, volver a casarse o acceder a los servicios de interrupción del embarazo; las pruebas obligatorias del VIH; y la exclusión de servicios específicos de salud sexual y reproductiva de la financiación pública o de los fondos de asistencia extranjeros. La difusión de información errónea y la imposición de restricciones en relación con el derecho de las personas a tener acceso a información sobre la salud sexual y reproductiva vulneran también el deber de respetar los derechos humanos. Los Estados nacionales y donantes deben abstenerse de censurar, retener o tergiversar la información sobre la salud sexual y reproductiva o de penalizar su suministro, tanto entre el público como entre particulares. Esas restricciones impiden el acceso a la información y los servicios, y pueden alimentar el estigma y la discriminación.

45. La obligación de cumplir requiere que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo, apropiadas para dar plena efectividad al derecho a la salud sexual y reproductiva. Los Estados deben tener como objetivo asegurar el acceso universal sin discriminación a todas las personas, entre ellas las que pertenezcan a grupos desfavorecidos y marginados, a toda una serie de servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de buena calidad, en particular la atención de la salud materna; la información y los servicios de anticoncepción; la atención para el aborto sin riesgo; y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, los cánceres del aparato reproductor, las infecciones de

transmisión sexual y el VIH/SIDA, en particular con medicamentos genéricos. **Los Estados deben garantizar la atención de la salud física y mental a las víctimas de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, en particular el acceso a servicios de prevención posterior a las agresiones, anticonceptivos de emergencia y servicios de aborto sin riesgo.**

49. Los Estados Parte tienen la obligación básica de asegurar, por lo menos, la satisfacción de los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud sexual y reproductiva. En ese sentido, los Estados Parte se deben guiar por los instrumentos y la jurisprudencia contemporáneos en materia de derechos humanos, así como las directrices y los protocolos internacionales más recientes establecidos por organismos de las Naciones Unidas, en particular, la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Las obligaciones básicas son, al menos, las siguientes: [...]

e) Adoptar medidas para prevenir los abortos en condiciones de riesgo y prestar asistencia y ayuda psicológica con posterioridad a los abortos a quienes lo necesiten; [...]

56. Las violaciones a la obligación de respetar [los derechos] se producen cuando el Estado, mediante leyes, políticas o actos, socava el derecho a la salud sexual y reproductiva. Esas violaciones comprenden la injerencia del Estado con la libertad de la persona para controlar su propio cuerpo y la capacidad para adoptar decisiones libres, informadas y responsables en ese sentido. También se producen cuando el

Estado deroga o suspende leyes y políticas que son necesarias para el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva.

57. Cabe mencionar como ejemplos de violaciones de la obligación de respetar: el establecimiento de obstáculos legales que impiden el acceso de las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva, como la criminalización de las mujeres que se sometan a un aborto y de las relaciones sexuales consentidas entre adultos. El hecho de prohibir o denegar en la práctica el acceso a los servicios y medicamentos necesarios para disfrutar de la salud sexual y reproductiva, como los relativos a la anticoncepción de emergencia, también viola la obligación de respetar. Las leyes y políticas que prescriben intervenciones médicas involuntarias, coactivas o forzadas, incluida la esterilización forzada o las pruebas obligatorias del VIH/SIDA, la virginidad o el embarazo, también violan la obligación de respetar.

59. Las violaciones de la obligación de proteger se producen cuando un Estado no adopta medidas efectivas para impedir que terceros menoscaben el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva. Ello comprende el hecho de que no se prohíban todas las formas de violencia y coacción cometidas por particulares y entidades privadas ni se adopten medidas para prevenirlas, incluida la violencia doméstica, la violación (incluida la violación conyugal), la agresión, los abusos y el acoso sexual, en particular durante situaciones de conflicto, posteriores a conflictos y de transición; la violencia contra las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales o las mujeres que traten

de obtener asistencia en casos de aborto o posterior al aborto; las prácticas nocivas como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y forzado, la esterilización forzada, el aborto forzado y el embarazo forzado; y la cirugía y los tratamientos médicamente innecesarios, irreversibles e involuntarios practicados en niños intersexuales.

■ Observación General No. 20, la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009.

29. La edad es un motivo prohibido de discriminación en diversos contextos. El acceso desigual de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva equivale a discriminación.

■ Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

Informes Periódicos

- Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de México, E/C.12/MEX/CO/5-6, 17 de abril de 2018.

Salud sexual y reproductiva

62. Preocupa al Comité que la legislación relativa a la interrupción voluntaria del embarazo varía entre las diferentes entidades federativas, generando graves discrepancias en cuanto a su acceso y afectando de manera desproporcionada a las mujeres con menores ingresos y pertenecientes a los grupos más desfavorecidos y marginados. Asimismo, le preocupa que, aun cuando algunas entidades federativas permiten la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas circunstancias,

persisten las dificultades en cuanto a su acceso efectivo. El Comité también nota con preocupación la falta de información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y de calidad, así como las persistentes altas tasas de embarazo entre las adolescentes (art. 12).

63. El Comité recomienda al Estado Parte que:

(a) Lleve a cabo una armonización de la legislación relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, eliminando la criminalización de la mujer en las entidades federativas respectivas a fin de hacerla compatible con otros derechos de la mujer, incluyendo el derecho a la salud, con el objeto de asegurar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de igualdad.

(b) Adopte las medidas necesarias para garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las circunstancias permitidas, incluso mediante la adopción de protocolos médicos adecuados.

[...]

- Examen de los informes presentados por los Estados Parte de conformidad con los artículos 16 y 17 del pacto, Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, México, E/C.12/MEX/CO/4, 9 de junio de 2006.

25. Preocupa al Comité la elevada tasa de mortalidad materna causada por los abortos practicados en condiciones de riesgo, en particular en el caso de las niñas y las jóvenes, las informaciones relativas a la obstrucción del acceso al aborto legal después de una violación, por ejemplo, por haberse proporcionado informaciones erróneas, o por la falta de directrices claras, la conducta abusiva de los fiscales públicos y del personal sanitario con las víctimas de las violaciones que quedan embarazadas, y los obstáculos jurídicos en los casos de incesto, así como la falta de acceso a la educación y los servicios sobre la salud reproductiva, sobre todo en las zonas rurales y en las comunidades indígenas.

44. El Comité recomienda al Estado Parte que asegure y supervise el pleno acceso de las mujeres víctimas de violación al aborto legal (...), vele por que todos tengan plenamente acceso, especialmente las niñas y las jóvenes, a la educación y los servicios de salud reproductiva, sobre todo en las zonas rurales y las comunidades indígenas, y asigne recursos suficientes con ese fin.

■ Examen de los informes presentados por los Estados Parte de conformidad con los artículos 16 y 17 del pacto, Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, México, E/C.12/Add.41, 8 de diciembre de 1999.

29. Al Comité también le inquieta notar que la cuarta causa más importante de mortalidad femenina son los abortos ilícitos.

43. El Comité pide que el Estado Parte vigile estrechamente la mortalidad de la mujer y tome medidas para disminuir la mortalidad provocada por el aborto ilegal. En particular, el Comité recomienda que el Estado Parte intensifique su campaña educativa con relación a la salud sexual y genésica de la mujer e incorpore estos temas en los planes de estudios de las escuelas.

Quejas Individuales

■ Comunicación 1153/2003, Dictamen, CCPR/C/85/D/1153/2003, 22 de noviembre de 2005. (Caso KL vs Perú, negativa de aborto no punible, feto anencefálico, menor de edad)

6.3 La autora alega que, debido a la negativa de las autoridades médicas a efectuar el aborto terapéutico, tuvo que soportar el dolor de ver a su hija con deformidades evidentes y saber que moriría en muy poco tiempo. Esta fue una experiencia que sumó más dolor y angustia a la ya acumulada durante el período en que estuvo obligada a continuar con su embarazo. La autora acompaña un certificado psiquiátrico del 20 de agosto de 2001, que establece el estado de profunda depresión en la que se sumió y las severas repercusiones que esto le trajo, teniendo en cuenta su edad. El Comité observa que esta situación podía preverse, ya que un médico del hospital diagnosticó que el feto padecía de anencefalia, y sin embargo, el director del hospital estatal se negó a que se interrumpiera el embarazo. La omisión del Estado, al no conceder a la autora el beneficio del aborto terapéutico, fue, en la opinión de

Comité, la causa el sufrimiento por el cual ella tuvo que pasar. El Comité ha señalado en su Observación General No.20 que el derecho protegido en el artículo 7 del Pacto no solo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral y que esta protección es particularmente importante cuando se trata de menores. (...) En consecuencia, el Comité considera que los hechos que examina revelan una violación del artículo 7 del Pacto. A la luz de esta decisión, el Comité no considera necesario, en las circunstancias del caso, tomar una decisión relativa al artículo 6 del Pacto.

6.4 La autora afirma que, al negarle la posibilidad de una intervención médica para suspender el embarazo, el Estado Parte interfirió de manera arbitraria en su vida privada. El Comité nota que un médico del sector público informó a la autora que tenía la posibilidad de continuar con el embarazo o de suspenderlo de acuerdo con la legislación interna que permite que se practiquen abortos en caso de riesgo para la salud de la madre. (...) En las circunstancias del caso, la negativa de actuar conforme a la decisión de la autora, de poner fin a su embarazo, no estuvo justificada y revela una violación del artículo 17 del Pacto.



C. Comité de los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés)

El CRC es el órgano responsable de monitorear la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño, que entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y fue ratificada por el Estado mexicano ese mismo año.

También es responsable de monitorear los dos Protocolos Opcionales de la convención sobre el involucramiento de los niños en el conflicto armado (OPAC) y el de venta de niños, prostitución y pornografía infantil (OPSC).

En 2011, la Asamblea General aprobó un tercer Protocolo que permite a los niños de manera individual presentar quejas por violaciones específicas a sus derechos reconocidos en la Convención y los Protocolos.

Además de recibir y evaluar los reportes de los Estados cada cinco años, el CRC también tiene un mecanismo para considerar examinar quejas individuales y reportes de violaciones sistemáticas o graves respecto de los derechos reconocidos en la Convención y los Protocolos por Estados Parte.

El Comité normalmente se reúne tres veces al año en Ginebra, Suiza.

Observaciones Generales

■ Observación General No. 12, El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12, 20 de julio de 2009.

101. Es necesario que los Estados Parte introduzcan leyes o reglamentos para garantizar el acceso de los niños al asesoramiento y consejo médico confidencial sin el consentimiento de los padres, independientemente de la edad del niño, en los casos que sea necesario para la protección de la seguridad o el bienestar del niño. Es necesario que los niños tengan ese tipo de acceso, por ejemplo, en los casos en que estén experimentando violencia o maltrato en el hogar o necesiten educación o servicios de salud reproductiva, o en caso de que haya conflictos entre los padres y el niño con respecto al acceso a los servicios de salud. El derecho al asesoramiento y consejo es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad.

■ Observación General No. 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2003.

31. Los niños y adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Parte deben **adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por**

el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes. Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo. El Comité insta a los Estados Parte a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y c) elaborar políticas que permitan continuar su educación.

37. Los adolescentes que están explotados sexualmente, por ejemplo, mediante la prostitución y la pornografía, se encuentran expuestos a importantes riesgos de salud como son las ITS, el VIH/SIDA, los embarazos no deseados, los abortos peligrosos, la violencia y los agotamientos psicológicos. Tienen derecho a la recuperación física y psicológica y a la reinserción social en un entorno que fomente su salud, el respeto de sí mismo y su dignidad (art. 39). Es obligación de los Estados Parte promulgar y hacer cumplir leyes que prohíban toda forma de explotación sexual y del tráfico con ella relacionado; y colaborar con otros Estados Parte para eliminar el tráfico entre países; y proporcionar servicios adecuados de salud y asesoramiento a los adolescentes que han sido sexualmente explotados, asegurando que se les trata como víctimas y no como delincuentes.

D. Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)

El Comité CEDAW es el órgano responsable de monitorear la implementación de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de las Mujeres, que entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 y fue ratificada por el Estado mexicano ese mismo año.

Además de recibir y evaluar los reportes de los Estados cada cinco años, el CEDAW también tiene un mecanismo para considerar y examinar quejas individuales o de grupos de individuos e iniciar investigaciones por violaciones sistemáticas o graves respecto de los derechos reconocidos en la Convención.

El Comité normalmente se reúne tres veces al año en Ginebra, Suiza.

Observaciones Generales

▪ Recomendación General No. 37 sobre las dimensiones de género de la reducción del riesgo de desastres en el contexto del cambio climático, CEDAW/C/GC/37, 13 de marzo de 2018.

67. Los Estados Parte deben velar por que se elaboren políticas exhaustivas y se asignen recursos presupuestarios para promover, proteger y hacer efectivo el derecho de las mujeres a la salud, en particular a la salud sexual y reproductiva y a una educación sexual amplia adecuada a su edad, a la salud mental y psicológica, a la higiene y al saneamiento. Las disposiciones relativas a la atención prenatal y postnatal, como la atención obstétrica de urgencia y el apoyo a la lactancia materna, deben formar parte de las estrategias, los planes y los programas relacionados con el cambio climático y los desastres.

68. En particular, los Estados Parte deben:
[...]

d) Otorgar prioridad a la información y los servicios relacionados con la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva en el marco de los programas de preparación para casos de desastre y respuesta a ellos, incluido el acceso a los anticonceptivos de emergencia, la profilaxis después de la exposición al VIH, el tratamiento del SIDA y el aborto sin complicaciones, y reducir las tasas de mortalidad materna mediante servicios de maternidad sin riesgo, la atención sanitaria de matronas cualificadas y la asistencia prenatal;
[...]

▪ Recomendación General No. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, CEDAW/C/GC/35, 26 de julio de 2017.

18. Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, **la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.**

A. Medidas legislativas generales

29. El Comité recomienda que los Estados Parte apliquen las siguientes medidas legislativas:
[...]

c) Derogar, en particular en las leyes consuetudinarias, religiosas e indígenas, todas las disposiciones jurídicas que discriminan a la mujer y, de ese modo, consagran, alientan, facilitan, justifican o toleran toda forma de violencia por razón de género. En particular, se recomienda derogar lo siguiente:
[...]

i) Las disposiciones que permitan, toleren o condonen cualquier forma de violencia por razón de género contra la mujer, incluido el matrimonio infantil o forzado y otras prácticas tradicionales nocivas, las disposiciones que permitan realizar procedimientos médicos a mujeres con discapacidad sin su consentimiento informado y las disposiciones que penalicen el aborto, la condición de lesbiana, bisexual o transgénero y a las mujeres que ejercen la prostitución y el adulterio, o cualquier otra disposición penal que afecte a las mujeres de manera desproporcionada, en particular aquellas que conlleven la aplicación discriminatoria de la pena capital a las mujeres.
[...]

■ Recomendación General No. 34, sobre los derechos de las mujeres rurales, CEDAW/C/GC/34, 7 de marzo de 2016.

38. La mortalidad y la morbilidad maternas son desproporcionadamente elevadas en muchas zonas rurales. El matrimonio infantil expone a las niñas rurales al riesgo de tener embarazos precoces y contribuye significativamente a la mortalidad materna, en particular en los países en desarrollo. A nivel mundial, la presencia de parteros cualificados y personal médico es más baja en las zonas rurales que en las urbanas, y ello da lugar a una escasa atención prenatal, perinatal y posnatal. Existe una mayor necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar y anticoncepción debido a la pobreza, la falta de información y la limitada disponibilidad y accesibilidad de servicios. Es más probable que recurran al aborto en condiciones de riesgo las mujeres rurales que sus homólogas urbanas, una

situación que pone en riesgo su vida y su salud. Incluso en los países en los que el aborto es legal, las condiciones restrictivas, incluidos los periodos de espera irrazonables, a menudo dificultan el acceso de las mujeres rurales. Cuando el aborto es ilegal, la incidencia en la salud es aún mayor.

39. Los Estados Parte deberían salvaguardar el derecho de las mujeres y las niñas rurales a una atención sanitaria adecuada y garantizar:

a) La existencia de instalaciones y servicios sanitarios de alta calidad físicamente accesibles y asequibles para las mujeres rurales, incluidas las mujeres de edad, las mujeres cabezas de familia y las mujeres con discapacidad (prestados de forma gratuita cuando sea necesario), culturalmente aceptables para ellas y dotados de personal médico formado. Los servicios deberían ofrecer: atención primaria de la salud, que incluya la planificación familiar; acceso a los anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, y al aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto de alta calidad, independientemente de que sea legal; servicios prenatales, perinatales, posnatales y obstétricos; servicios de prevención y tratamiento del VIH, que incluyan intervenciones de emergencia tras una violación; servicios de salud mental; asesoramiento sobre nutrición y alimentación de lactantes y niños pequeños; mamografías y otros servicios de examen ginecológico; servicios de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles como el cáncer; acceso a medicamentos esenciales, incluidos analgésicos; y atención paliativa.

b) La financiación adecuada de los sistemas de atención sanitaria en las zonas rurales, en particular con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

c) La derogación de las leyes y normativas que dificultan el acceso de las mujeres rurales a la atención sanitaria, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular las leyes que penalizan el aborto o exigen períodos de espera o el consentimiento de terceros para practicarlo.
[...]

■ Recomendación General No. 24, La mujer y la salud, 20° período de sesiones, 1999.

12. Los Estados Parte deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como los siguientes:
[...]

d) La falta de respeto del carácter confidencial de la información sobre los pacientes afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos

incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física.
[...]

31. Los Estados Parte también deberían, en particular:
[...]

c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería **enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos.**
[...]

■ Recomendación General No. 19, La violencia contra la mujer, 11° período de sesiones, 29 de enero de 1992.

24. A la luz de las observaciones anteriores, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomienda que:
[...]

m) Los Estados Parte aseguren que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad.
[...]

Informes periódicos

■ Observaciones Finales sobre el noveno informe periódico de México, CEDAW/C/MEX/CO/9, 6 de julio de 2018.

41. El Comité reitera las preocupaciones que manifestó previamente (CEDAW/C/MEX/CO/7-8, párr. 30) y toma nota de los esfuerzos del Estado Parte por fortalecer y armonizar la Ley General de Víctimas en los planos federal y estatal en relación con el aborto en casos de violación, así como de la adopción de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Sin embargo, está preocupado por:
[...]

a) Las disposiciones de **las leyes penales estatales que restringen el acceso al aborto legal y siguen obligando a las mujeres y a las niñas a someterse a abortos en condiciones de riesgo que ponen en peligro su salud y su vida.**

b) La falta de coherencia entre los códigos penales de los estados, que obstaculiza la aplicación efectiva del artículo 35 de la Ley General de Víctimas y la Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, que legaliza el aborto en caso de violación.

c) Las modificaciones de la Ley General de Salud hechas en 2018, que contemplan la objeción de conciencia del personal médico y pueden plantear barreras al acceso de las mujeres al aborto sin riesgo

y a los anticonceptivos de emergencia, especialmente en las zonas rurales y remotas.
[...]

42. En consonancia con su recomendación general No. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, el Comité recomienda al Estado Parte que:

a) Ponga **mayor empeño en acelerar la armonización de las leyes y los protocolos federales y estatales sobre el aborto para garantizar el acceso al aborto legal y, aunque no haya sido legalizado, a los servicios de atención posterior al aborto.**

b) Armonice las leyes federales y estatales pertinentes con la Ley General de Víctimas y la Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, **e informe y capacite adecuadamente al personal médico para que pueda ofrecer atención especializada a las mujeres y las niñas víctimas de la violencia sexual**, lo que comprende la prestación de servicios esenciales de anticoncepción de emergencia y aborto.

c) Elabore los protocolos necesarios para poner en práctica las modificaciones de la Ley General de Salud, que permiten **la objeción de conciencia mientras no ponga en peligro la vida de la madre y no impida que las mujeres y las niñas accedan al aborto legal, y vele por que, en esos casos, las mujeres y las niñas sean derivadas a un profesional adecuado.**

[...]

■ Observaciones Finales, CEDAW/C/MEX/CO/7-8, 7 de agosto de 2012, México.

Armonización de la legislación y derogación de las leyes discriminatorias

13. El Comité observa los progresos legislativos federales del Estado Parte, como la reforma constitucional en materia de derechos humanos (2011). Sin embargo, le preocupa que los diferentes niveles de autoridad y competencias dentro de la estructura federal del Estado Parte acarreen una **aplicación diferenciada de la ley según se haya llevado a cabo o no una armonización adecuada de la legislación pertinente en el plano estatal, por ejemplo con respecto al principio de la no discriminación y la igualdad entre hombres y mujeres. El Comité observa con preocupación que esta situación da lugar a disposiciones discriminatorias contra las mujeres o a definiciones y sanciones distintas en relación, entre otras cosas, con la violación, el aborto**, las desapariciones forzosas, la trata de personas, las lesiones y el homicidio llamado “de honor”, así como sobre el adulterio en los 32 estados del Estado Parte. También preocupa al Comité la falta de una armonización sistemática de la legislación del Estado Parte, por ejemplo, las leyes civiles, penales y procesales en los planos federal y estatal, con la Ley General o las leyes locales sobre el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y con la Convención. También le preocupa la falta de mecanismos efectivos para aplicar y supervisar las leyes sobre el acceso de la mujer a una vida libre de violencia y la legislación y los reglamentos pertinentes en relación con el acceso de las mujeres

a los servicios de atención sanitaria y la educación. También preocupan al Comité los efectos de la reforma del sistema de justicia penal (2008) y su progresiva aplicación a la situación de las mujeres ante las autoridades judiciales, así como la falta de datos oficiales sobre el número de enjuiciamientos, fallos condenatorios y penas impuestos a los autores de actos de violencia contra la mujer.

14. El Comité insta a las autoridades federales del Estado Parte a:
[...]

b) Adoptar las medidas necesarias para eliminar las incoherencias en los marcos jurídicos entre los planos federal, estatal y municipal, entre otras cosas integrando en la legislación estatal y municipal pertinente el principio de la no discriminación y la igualdad entre hombres y mujeres y derogando las disposiciones discriminatorias contra las mujeres, de conformidad con el artículo 2 g) de la Convención, y proporcionando definiciones y sanciones coherentes, entre otras cosas sobre la violación, el aborto, las desapariciones forzosas, la trata de personas, las lesiones y los homicidios por motivos llamados “de honor”, así como sobre el adulterio.
[...]

32. El Comité observa que en la Ciudad de México el aborto está despenalizado, mientras que en el resto del país solo es legal en caso de violación. Observa también incongruencias en los marcos jurídicos de los 32 estados en cuanto a otros motivos jurídicos para practicar abortos. **Le preocupa que las enmiendas introducidas en las constituciones locales que**

protegen la vida desde el momento de la concepción hayan puesto en peligro el disfrute por la mujer de su salud y derechos sexuales y reproductivos, aún cuando esas enmiendas no hayan modificado los motivos jurídicos ya establecidos para practicar un aborto. Otro motivo de preocupación son los casos en que los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales han denegado el acceso al aborto legal a embarazadas que cumplan los restrictivos criterios reglamentarios y, a continuación, las denunciaron ante las autoridades judiciales, quienes a su vez las condenaron a largas penas de prisión por infanticidio o asesinato.

33. El Comité pide al Estado Parte que:

a) Armonice las leyes federales y estatales relativas al aborto a fin de eliminar los obstáculos que enfrentan las mujeres que deseen interrumpir un embarazo de forma legal y amplíe también el acceso al aborto legal teniendo en cuenta la reforma constitucional en materia de derechos humanos y la recomendación general No. 24 (1999) del Comité.

b) Informe a los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales que las enmiendas constitucionales locales no han derogado los motivos para interrumpir un embarazo de forma legal y les comunique también las responsabilidades que les incumben.

c) Se asegure de que en todos los estados las mujeres que tengan motivos legales que justifiquen la interrupción de un embarazo tengan acceso a servicios médicos seguros, y vele por la debida

aplicación de la Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005), en particular el acceso de las mujeres que han sido violadas a anticonceptivos de emergencia, al aborto y a tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. [...]

■ Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer: México, CEDAW/C/MEX/CO/6, 25 de agosto de 2006.

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

23. El Comité insta al Estado Parte a que amplíe la cobertura de los servicios de salud, en particular la atención de la salud reproductiva y los servicios de planificación de la familia, y a que trate de eliminar los obstáculos que impiden que las mujeres tengan acceso a esos servicios. Además, el Comité recomienda que se promueva e imparta ampliamente la educación sexual entre hombres y mujeres y

adolescentes de ambos sexos. El Comité pide al Estado Parte que **armonice la legislación relativa al aborto a los niveles federal y estatal. Insta al Estado Parte a aplicar una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguros en las circunstancias previstas en la ley**, y a una amplia variedad de métodos anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, medidas de concienciación sobre los riesgos de los abortos realizados en condiciones peligrosas y campañas nacionales de sensibilización sobre los derechos humanos de la mujer, dirigidas en particular al personal sanitario y también al público en general.

■ Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer Períodos de sesiones 18° y 19°, México, A/53/38/Rev.1, 14 de mayo de 1998.

399. El Comité señala los altos niveles de embarazo entre las adolescentes y el hecho de que las mujeres no tienen acceso fácil y rápido al aborto en todos los estados.

408. El Comité recomienda que el Gobierno evalúe la conveniencia de revisar la legislación que penaliza el aborto y sugiere que se evalúe la posibilidad de autorizar el uso del anticonceptivo RU486, tan pronto esté disponible, ya que es económico y de fácil uso.

426. El Comité recomienda que todos los estados de México revisen su legislación de modo que, cuando proceda, se garantice el acceso rápido y fácil de las mujeres al aborto.

Quejas Individuales

■ Comunicación No. 22/2009, Dictamen aprobado por el Comité en su 50° período de sesiones celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011, CEDAW/C/50/D/22/2009, 25 de noviembre de 2011 (Caso LC vs Perú, negativa de aborto terapéutico por violación, menor de edad).

8.11 El Comité recuerda las obligaciones que incumben al Estado parte con arreglo al artículo 12, según el cual ha de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, el acceso en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Recuerda también su Recomendación General No. 24, que, en su condición de instrumento interpretativo autorizado en relación con el artículo 12, establece que “la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria” (párr. 11). La recomendación señala igualmente que “el deber de los Estados Parte de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio. Los Estados Parte han de garantizar el cumplimiento de esas tres obligaciones en su legislación, sus medidas ejecutivas y sus políticas. Además, los Estados Parte deben establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales. El hecho de no hacerlo constituirá una violación del artículo 12” (párr. 13).

8.17 El Comité considera que, puesto que el Estado Parte ha legalizado el aborto terapéutico, debe establecer un marco jurídico apropiado que permita a las mujeres disfrutar de su derecho a aquél en condiciones que garanticen la necesaria seguridad jurídica, tanto para quienes recurren al aborto como para los profesionales de la salud que deben realizarlo. Es esencial que dicho marco jurídico contemple un mecanismo de toma de decisiones de manera rápida, con miras a limitar al máximo los posibles riesgos para la salud de la mujer embarazada, que la opinión de esta sea tenida en cuenta, que la decisión sea debidamente motivada y que se tenga derecho a recurrirla.

General

9.2 El Estado Parte debe:

a) Revisar su legislación con miras a establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico, en condiciones que protejan la salud física y mental de las mujeres (...).

b) Tomar medidas para que las disposiciones pertinentes de la Convención y la Recomendación General No. 24 del Comité, en relación con los derechos reproductivos, sean conocidas y respetadas en todos los centros sanitarios. Entre estas medidas deben figurar programas de enseñanza y formación para incitar a los profesionales de la salud a cambiar sus actitudes y comportamientos en relación con las adolescentes que desean recibir servicios de salud reproductiva y respondan a las necesidades específicas de atención de la salud relacionadas con la violencia sexual. También deberán adoptarse directrices o protocolos para garantizar la disponibilidad de servicios de salud en centros públicos y el acceso a los mismos. [...]

3. COMISIÓN DE POBLACIÓN Y DESARROLLO

La Comisión de Población y Desarrollo fue creada en 1946 por el Consejo Económico y Social de las NU con el establecimiento de la Comisión de Población, que cambió su nombre al actual en 1994. Las funciones de la Comisión incluyen: monitorear, revisar y evaluar la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, a niveles nacional, regional e internacional; emitir recomendaciones al Consejo basadas en reportes y problemas relacionados con el Programa de Acción y elaborar estudios y brindar asesoría al Consejo sobre problemas poblacionales y tendencias, integración poblacional y estrategias y políticas de población y desarrollo, entre otros.

El Programa de Acción es la agenda que ha sido adoptada por 197 Estados y surgió como resultado de la Conferencia realizada en 1994 sobre Población y Desarrollo durante la cual los países se comprometieron a lograr un desarrollo global inclusivo, equitativo y sustentable. Además, el Programa afirmó los derechos sexuales y reproductivos como un derecho humano y enfatizó el empoderamiento de las niñas y mujeres como un elemento clave para asegurar el bienestar de los individuos, familias, naciones y el mundo.

La Comisión está conformada por 47 Estados Parte, elegidos por el Consejo por períodos de 4 años y sesiona una vez por año en Nueva York.

• Comisión de Población y Desarrollo, Los adolescentes y los jóvenes, E/2012/25. E/CN.9/2012/8, 15 de abril de 2011 y 23 a 27 de abril de 2012.

27. Insta a los gobiernos y a los asociados para el desarrollo a mejorar la salud materna; a reducir la morbilidad y la mortalidad de la madre y el niño; a prevenir el VIH y el SIDA. Incluso mediante cooperación internacional, responder fortalecer, los sistemas de salud, asegurando dar prioridad al acceso universal a servicios de información y atención de la salud sexual y reproductiva, entre ellos (...) buenos servicios de tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto; la reducción del número de abortos mediante el aumento y la mejora de los servicios de planificación de la familia; cuando el aborto no sea ilegal; la capacitación y el equipamiento de los proveedores de servicios de salud y otras medidas para que el aborto sea seguro y accesible; reconociendo que en ningún caso debe promoverse el aborto como método de planificación de la familia; (...) lo cual, contribuiría a la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

• Comisión de Población y Desarrollo, Fecundidad, Salud reproductiva y el desarrollo, E/2011/25/E/CN.9/2011/8, 16 de abril de 2010 y 11 a 15 de abril de 2011.

10. Alienta a los gobiernos a dar prioridad: al acceso universal a la salud sexual y reproductiva -como parte del fortalecimiento de los sistemas

médicos-; a eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles; a adoptar medidas en todos los niveles -para atacar las causas profundas interrelacionadas de la mala salud sexual y reproductiva-, es decir, los embarazos no deseados; las complicaciones resultantes del aborto inseguro.

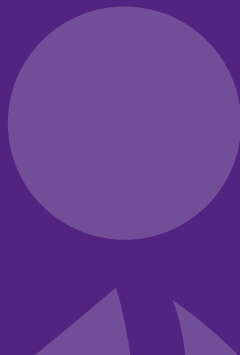
12. Insta también a los gobiernos y a los asociados para el desarrollo a que fortalezcan -mediante cooperación internacional y los sistemas médicos-: el acceso universal a la información; a los servicios de salud sexual y reproductiva; incluso (...) a la atención obstétrica de emergencia; (...) a los buenos servicios de tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto; a la reducción del número de abortos mediante el aumento y mejora de los servicios de planificación de la familia; en el caso que el aborto no sea ilegal, la capacitación y el equipamiento de los trabajadores de la salud y otras medidas para que el aborto sea seguro y accesible; reconociendo que en ningún caso debe promoverse el aborto como método de planificación de la familia, (...). Con los objetivos de mejorar la salud materna; reducir la morbilidad y la mortalidad de la madre y el niño; prevenir y responder ante el VIH y al SIDA, lo anterior también contribuiría al logro de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (...).

EL
ABORTO
EN EL
SISTEMA
INTERNACIONAL
DE
DERECHOS HUMANOS
MÉXICO, 2019

02

SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS





En noviembre de 1969, los delegados de los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) adoptaron la Convención Americana de Derechos Humanos, en San José, Costa Rica, que entró en vigor el 18 de julio de 1978. A la fecha, 25 Estados americanos han ratificado o se han adherido a la Convención, incluyendo México.

Para salvaguardar los derechos reconocidos en la Convención, se crearon dos autoridades competentes para observar las violaciones a los derechos humanos en el continente americano: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. La Comisión fue creada en 1959 y la Corte en 1979, con sede en Costa Rica.

La Comisión tiene la función principal de promover la observancia y defensa de los derechos humanos en el continente americano y sirve como órgano consultivo de la OEA en la materia. De manera específica, recibe, analiza e investiga peticiones individuales en que se alega que Estados miembros de la OEA que han ratificado la Convención Americana o aquellos Estados que aún no la han ratificado han violado derechos humanos; observa la situación general de los derechos humanos en los Estados miembros y publica informes especiales sobre la situación existente en determinado Estado miembro, cuando lo considera apropiado; realiza visitas in loco a los países para analizar en profundidad de la situación general y/o para investigar una situación específica; lleva a cabo y publica informes sobre temas específicos; solicita a los Estados miembros que adopten medidas cautelares; presenta casos ante la Corte Interamericana y comparece ante la misma durante la tramitación y consideración de los casos, entre otras.

La Corte es una institución autónoma judicial cuyo objetivo es la aplicación e interpretación de la Convención Americana de Derechos Humanos. En 2009, fueron aprobadas las actuales Reglas de Procedimiento de la Corte que aplican a todos los casos que son presentados ante ella. Actualmente, la Corte está compuesta por siete jueces elegidos por términos de 6 años con posibilidad de reelección. El trabajo de la Corte es dirigido por un presidente electo entre sus miembros.

EL
ABORTO
EN EL
SISTEMA
INTERNACIONAL
DE
DERECHOS HUMANOS
MÉXICO, 2019

1. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

A. Jurisprudencia

▪ Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257

264. La Corte ha utilizado los diversos métodos de interpretación, los cuales han llevado a resultados coincidentes en el sentido de que el embrión no puede ser entendido como persona para efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana. Asimismo, luego de un análisis de las bases científicas disponibles, la Corte concluyó que la “concepción” en el sentido del artículo 4.1 tiene lugar desde el momento en que el embrión se implanta en el útero, razón por la cual antes de este evento no habría lugar a la aplicación del artículo 4 de la Convención. Además, es posible concluir de las palabras “en general” que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general.

Texto del Artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), 1969.

Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

▪ Caso Radilla Pacheco Vs. México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2009.

339. En relación con las prácticas judiciales, este Tribunal ha establecido en su jurisprudencia que es consciente de que los jueces y tribunales internos están sujetos al imperio de la ley y, por ello, están obligados a aplicar las disposiciones vigentes en el ordenamiento jurídico. Pero cuando un Estado ha ratificado un tratado internacional como la Convención Americana, sus jueces, como parte del aparato del Estado, también están sometidos a ella, lo que les obliga a velar porque los efectos de las disposiciones de la Convención no se vean mermados por la aplicación de leyes contrarias a su objeto y fin, que desde un inicio carecen de efectos jurídicos.

En otras palabras, el Poder Judicial debe ejercer un “control de convencionalidad” ex officio entre las normas internas y la Convención Americana, evidentemente en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes.

En esta tarea, **el Poder Judicial debe tener en cuenta no solamente el tratado, sino también la interpretación que del mismo ha hecho la Corte Interamericana, intérprete última de la Convención Americana.**

2. COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)

A. Informes Temáticos

En cumplimiento a su mandato, la Comisión busca estimular la conciencia pública respecto de los derechos humanos en las Américas. A tales efectos, la Comisión lleva a cabo y publica informes sobre temas específicos; tales como, las medidas que deben adoptarse para garantizar un mayor acceso a la justicia; los efectos que tienen los conflictos armados internos en ciertos grupos; la situación de derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, de las mujeres, de las y los trabajadores/as migrantes y sus familias, de las personas privadas de libertad, de las y los defensores/as de derechos humanos, de los pueblos indígenas, de las personas afrodescendientes y de las personas privadas de libertad; sobre la libertad de expresión; la seguridad ciudadana y el terrorismo y su relación con los derechos humanos; entre otros.

■ CIDH. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65, 28 de diciembre de 2011

105. Una de las consecuencias más graves de la violencia sexual perpetrada en las escuelas son los embarazos no deseados. Como es señalado por Amnistía Internacional “el embarazo no deseado puede tener consecuencias graves, como aborto no seguro, suicidio y relaciones familiares que pueden conducir al aislamiento social, la exclusión e incluso el asesinato de la embarazada. Asimismo, los abortos no seguros, a los cuales se recurre -para poner fin a embarazos no deseados pueden causar numerosos problemas de salud- incluido riesgo de muerte, en el caso de adolescentes”.

■ Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 de noviembre de 2011

1. 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 vinculado con la realización de otros derechos humanos, por lo 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, asimismo, a vivir libres de violencia y discriminación.

86. Sobre el particular, la CIDH destaca la obligación de los Estados de abstenerse de censurar, administrativa o judicialmente información en materia reproductiva que vaya acorde con la legislación vigente sobre la materia, por ejemplo, sobre los efectos y eficacia de los métodos de planificación familiar. Por ello exige a los Estados que las políticas públicas y programas -respecto de salud sexual y reproductiva- se basen en evidencia científica que proporcionen certezas.

91. Como ejemplo de esta situación, el 8 de marzo de 2002, la CIDH recibió una petición en la que se alegó la violación de los derechos humanos de la niña Paulina Ramírez Jacinto, quien fue víctima de una violación sexual, de la cual resultó embarazada y después fue obstaculizada por las autoridades estatales para ejercer su derecho a interrumpir dicho embarazo, según lo establecido por ley mexicana. Entre los métodos empleados para disuadirla de practicarse un aborto legal, se le proporcionó, tanto a ella como a su madre, información incompleta y errónea sobre la intervención médica y sus consecuencias. El caso fue resuelto por acuerdo de solución amistosa de fecha 8 de marzo de 2006. En dicho acuerdo la CIDH señaló que el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia. La CIDH viene acompañando el cumplimiento del acuerdo.

92. Consecuentemente, la CIDH considera que, para garantizar el acceso a la información en materia reproductiva, los Estados Parte de la OEA deben abstenerse de censurar, ocultar o desvirtuar información. Asimismo, conforme a las obligaciones de respeto y garantía que la CIDH impone -bajo los principios de igualdad y no discriminación- los Estados deben garantizar que las mujeres tengan acceso a: información oportuna, completa, accesible, fidedigna, oficiosa en materia reproductiva, que incluye información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrezcan legalmente.

95. La objeción de conciencia es un tema muy relevante cuando se aborda el acceso a información en materia de salud reproductiva. Muchos profesionales de la salud tienen sus propias convicciones (...), como se señaló en el párrafo anterior, el derecho a la objeción de conciencia del profesional de la salud es una libertad. Sin embargo, dicha libertad podría colisionar con la libertad de los pacientes. En consecuencia, el equilibrio entre los derechos de los profesionales de la salud y los derechos de los pacientes se mantiene a través de la referencia (...), ello con la finalidad de no generar barreras en el acceso a los servicios.

99. En este sentido, la CIDH considera que los Estados deben garantizar que las mujeres no se vean impedidas de acceder a información; a servicios de salud reproductiva; y que, frente a situaciones de objetores de conciencia en el ámbito de la salud, deben establecer procedimientos de referencia, así como de las sanciones respectivas frente al incumplimiento de su obligación.

115: La CIDH concluye que: la producción de estadísticas confiables en materia reproductiva y la diseminación de dicha información coadyuvará a una mejor atención en las políticas públicas en salud de los países para que los Estados cumplan con sus deberes internacionales en esta materia. Asimismo, el conocer la verdadera situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres generará conciencia colectiva respecto de las necesidades reales que hay que abordar.

■ CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser. L/V/II. Doc. 69., 7 de junio de 2010

8. Los índices de mortalidad materna en las Américas alcanzan un total de 22,680 muertes anuales. Las causas principales de muerte materna en los países de la región son prevenibles y coincidentes: preeclampsia, hemorragia y aborto, variando el orden según la razón de mortalidad materna y las coberturas de atención prenatal; parto y prevalencia de uso de anticoncepción.

42. En sus visitas la CIDH ha verificado la situación de la salud materna en algunos países y presentado recomendaciones a los Estados para abordar algunos de los problemas más relevantes vinculados con la protección al derecho a la integridad personal, (...) se ha referido al aborto como un problema muy serio para las mujeres, no sólo desde un punto de vista de salud, sino también de sus derechos humanos a la integridad y a la privacidad.

50. Otro caso importante ante la CIDH en la esfera de la salud materna, que fue resuelto mediante un acuerdo de solución amistosa, es el caso de: Paulina Ramírez Jacinto de México. Los peticionarios alegaban que Paulina Ramírez, de 13 años, víctima de violencia sexual, fue impedida en su derecho de efectuar un aborto permitido por ley -al ser víctima ella y su madre de intimidación y retrasos por parte de agentes del Estado-. En el 2007, las partes ratificaron un acuerdo de solución amistosa que comprende un reconocimiento público de responsabilidad de parte del gobierno de Baja California y un conjunto de medidas de reparación para la víctima y su hijo, incluyendo: gastos judiciales por el trámite del caso; gastos médicos derivados de los hechos y servicios de salud; apoyo financiero para manutención, vivienda, educación y desarrollo profesional; atención psicológica; y reparación por daño moral.

En la publicación del informe, la CIDH destacó que el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar, sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como, a información y educación en la materia. La CIDH también observó que la salud de las víctimas de violencia sexual debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y en las políticas y programas de salud de los Estados. La CIDH viene siguiendo el cumplimiento del acuerdo.

84. Siguiendo los estándares internacionales sobre la protección de la salud materna y la propia jurisprudencia del sistema interamericano, la CIDH observa que el deber de los Estados de garantizar el

derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres, (...). Los Estados como mínimo deben garantizar servicios de salud materna que incluyan factores determinantes básicos de la salud (...); incluso el Comité de la CEDAW recomendó a los Estados Parte asegurar: “que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad.”

98. En cuanto a la protección del derecho a la integridad de las adolescentes, la CIDH ha señalado anteriormente que el embarazo precoz plantea varios riesgos: además de los problemas de salud, un mayor riesgo de abortos, en condiciones inseguras, y de interrupción de la educación. En este sentido, el Comité de Derechos Humanos ha establecido el deber de los Estados de brindarles el acceso a la información sobre el daño que puede causar los embarazos precoces. Igualmente, el Comité ha establecido que las niñas y adolescentes embarazadas, se les deberá proporcionar servicios de salud adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Por su parte, el Comité sobre los Derechos del Niño ha instado a los Estados Parte a adoptar medidas para reducir la morbilidad y mortalidad materna, de las niñas adolescentes -producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas- de esa manera, prestar apoyo a los padres de las adolescentes.

En consecuencia, la Comisión considera que los Estados deben diseñar políticas y programas para este grupo específico, en función de sus necesidades en salud materna, respetando sus derechos a la intimidad y confidencialidad.

102. Entre las medidas acordadas, se estableció incrementar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Dichos servicios, basados en el concepto de la elección con fundamento en información correcta, deberían incluir (...) prestar atención obstétrica de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto, (...).

■ CIDH. Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación. OEA Ser.L/V/II.143. Doc.60, 3 de noviembre de 2011.

Regulación de la práctica del aborto: Sentencia C 355/2006, Colombia.

170. Esta sentencia -presentada por el Estado de Colombia en su respuesta al cuestionario- versa sobre una acción de inconstitucionalidad presentada en contra de las disposiciones del Código Penal de Colombia que sancionaban de forma categórica la práctica del aborto en el país. La demanda fue presentada por la accionante sosteniendo que dichas disposiciones vulneraban: el derecho a la dignidad, a la autonomía reproductiva, al libre desarrollo de la

personalidad, a la igualdad, a la libre determinación, a la vida, a la salud, a la integridad, a vivir libre de tratos crueles inhumanos y degradantes, a las obligaciones de derecho internacional de derechos humanos, a todos los derechos consagrados en la Constitución Política. El 10 de mayo de 2006, la Corte anunció su decisión resolviendo que el aborto no podía seguir considerándose como un delito en tres circunstancias: a) Cuando la vida o la salud (física o mental) de la mujer está en peligro, b) Cuando el embarazo resulte de una violación o incesto, c) En la presencia de graves malformaciones fetales que hagan inviable la vida fuera del útero.

171. La Corte hizo referencia extensa en esta sentencia al precedente interamericano e internacional de los derechos humanos incluyendo a la Convención Americana y a la Convención de Belém do Pará considerando que la prohibición absoluta del aborto para proteger los intereses del feto, imponía una carga desproporcionada en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. La Corte asimismo destacó el vínculo entre la prevención de la violencia sexual contra la mujer y el embarazo no deseado, vínculo que acarrea obligaciones positivas del Estado de mitigar los efectos de la violencia sexual ofreciendo los servicios de salud necesarios.

B. Comunicados de Prensa

Los comunicados de prensa de la CIDH son dirigidos al público en general para transmitir información relacionada con las funciones y agenda del organismo, pronunciarse sobre algún acontecimiento internacional que considere relevante en el marco de los derechos humanos del Sistema Interamericano o recordatorios de criterios interpretativos. Su publicación es continua mediante la página web de la CIDH y el total de comunicados emitidos por año varía. Su uso por el organismo ha incrementado en los últimos diez años.

En 2018, la CIDH emitió doscientos setenta y seis comunicados, mientras que en 2008 solamente sesenta y dos.

■ Comunicado de prensa 165/17, CIDH exhorta a todos los Estados a adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, 23 de octubre de 2017.

1. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) llama a todos los Estados a adoptar medidas inmediatas para asegurar el pleno ejercicio de todos los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Estos derechos incluyen los pertinentes a la no discriminación, la vida, la integridad personal, la salud, la dignidad, y el acceso a la información, entre otros. En este sentido, una obligación fundamental de los Estados es garantizar el acceso pronto y adecuado a servicios de salud que sólo las mujeres, adolescentes y niñas necesitan en función de su sexo, género y función reproductiva, libre de toda forma de discriminación y de violencia, de conformidad con los compromisos internacionales vigentes en materia desigualdad de género.

3. “Es importante visibilizar las dificultades que siguen enfrentando las mujeres, niñas y adolescentes para acceder a los diversos servicios de salud sexual y reproductiva”, afirmó la Comisionada Margarette May Macaulay, Relatora sobre los Derechos de las Mujeres. “Estos obstáculos son aún más profundos para las mujeres en situación de riesgo por diversos factores como raza, etnia, edad y posición económica. Desde la CIDH hemos obtenido información consistente que subraya la estrecha relación entre la pobreza, los abortos inseguros y las altas tasas de mortalidad materna. Por ejemplo: la desigualdad,

el racismo, la discriminación y la violencia, son algunos de los factores estructurales que afectan particularmente a las mujeres y les impiden el goce efectivo de sus derechos fundamentales, como el derecho a la salud”, agregó.

5. Por otra parte, la violencia sexual está ampliamente extendida en la región y tiene un impacto irreparable en las mujeres, niñas y adolescentes. Estas formas de violencia, su magnitud y su impunidad, -tal como se ha visto reflejado en los casos individuales procesados por la CIDH- tienen efectos negativos en su salud reproductiva y frecuentemente resultan en embarazos no deseados y de alto riesgo, en abortos ilegales e inseguros, y en un aumento del riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Es fundamental que los Estados diseñen y actúen de conformidad con protocolos de salud adecuados para atender a mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, para disponer de la interrupción legal y segura de los embarazos resultantes de violencia sexual, con miras, a impedir que se desarrollen embarazos indeseados y de alto riesgo para la vida de las mujeres.

8. La Comisión a su vez subraya el impacto negativo de las leyes que criminalizan el aborto de forma absoluta sobre la dignidad y los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a vivir libre de violencia y de discriminación. La criminalización absoluta del aborto, incluyendo casos en donde la vida de la mujer se encuentra en riesgo y cuando el embarazo es producto de una violación sexual o de incesto, impone una carga desproporcionada en el ejercicio de los derechos de las mujeres, y crea un contexto facilitador de abortos inseguros y de altas tasas de mortalidad materna.

9. “La interrupción del embarazo es una decisión difícil para cualquier mujer”, afirmó Soledad García Muñoz, Relatora Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la CIDH. “De forma particular, las víctimas de violencia sexual o de incesto se encuentran de por sí en situación de especial vulnerabilidad, aún más si son niñas o adolescentes. Por lo tanto, las mujeres, niñas y adolescentes deben tener garantizada la posibilidad de tomar esta decisión de manera oportuna e informada en un marco legal y seguro, con miras a salvaguardar su salud, su integridad física e incluso su vida. Negar el acceso de mujeres y niñas a servicios de aborto legal y seguro o de atención post-aborto, puede causar un prolongado y excesivo sufrimiento físico y psicológico a muchas mujeres, especialmente cuando se trata de casos de riesgo a la salud, inviabilidad del feto o en embarazos resultantes de incesto o violación. Sin efectivo disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos, las mujeres no pueden ver realizado su derecho a vivir libres de violencia y de discriminación”.

■ CIDH. Anexo al Comunicado de Prensa 28/11 sobre el 141o Período de Sesiones de la CIDH. 1 de abril de 2011.

En la audiencia sobre los Derechos Reproductivos de las Mujeres, la CIDH recibió información de parte de organizaciones de 12 países de la región (...).

Por una parte, se recibió información sobre una interpretación restringida del derecho a la salud excluyente de los derechos reproductivos en el marco de las políticas públicas de los Estados. Por otra parte, las organizaciones informaron a la CIDH sobre las consecuencias y el impacto de leyes restrictivas en materia de interrupción legal del embarazo,

incluyendo la práctica de abortos en condiciones inseguras y la morbilidad materna; problemáticas que afectan de manera especial a las niñas y mujeres jóvenes pobres, de bajo nivel educativo, y que habitan en zonas rurales. Las organizaciones asimismo presentaron información sobre casos individuales de mujeres que, al acudir a servicios de salud para recibir servicios obstétricos por partos prematuros, fueron denunciadas por el delito de aborto u homicidio por parentesco y condenadas a prisión.

Al respecto, la CIDH reitera que la salud reproductiva de las mujeres debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y los programas de salud nacional y local en las esferas de prevención y protección.

Esto conlleva el deber de analizar de forma pormenorizada todas las leyes, normas, prácticas, políticas públicas; que en su texto o en la práctica puedan tener un impacto discriminatorio en las mujeres en su acceso a servicios de salud reproductiva y prevenir las consecuencias negativas que estas medidas pudieran tener en el ejercicio de sus derechos humanos en general. Los Estados están igualmente obligados a eliminar todas las barreras de derecho y de hecho que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna que necesitan, como la sanción penal al acudir a estos servicios.

La CIDH asimismo recuerda a los Estados que el aborto terapéutico es reconocido internacionalmente como un servicio de salud especializado y necesario para las mujeres cuya finalidad es salvar la vida de la madre cuando ésta se encuentra en peligro a consecuencia de un embarazo; servicio cuya negación atenta contra la vida, la integridad física y psicológica de las mujeres.



El aborto en el sistema internacional de derechos humanos. México, 2019.

1ª edición: Abril, 2019.
Ipas, México, A.C. 2019.

Recopilación del contenido:

Marisol Escudero

Revisión de contenido:

Fernanda Díaz de león

Revisión editorial:

Laura Andrade

Ipas México alienta la distribución pública, así como la reproducción parcial o total del presente documento siempre y cuando se cite la fuente. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en tres continentes: América, África y Asia, y en más de 30 países desde 1973, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.



www.ipasmexico.org

www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org

Facebook: Ipas México

Twitter: @IpasMEX

YouTube: Ipas México