

**Ipas**  
LATINOAMÉRICA  
Y EL CARIBE

EL

**ABORTO**

EN EL

**SISTEMA**

**INTERNACIONAL**

DE

**DERECHOS HUMANOS**

**GUATEMALA, 2023**

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>01. SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Consejo de Derechos Humanos (CDH)</b>	<b>11</b>
I) Resoluciones	13
II) Procedimientos especiales	25
A. Relatora especial sobre la Violencia en contra de la Mujer, sus Causas y Consecuencias	26
B. Relator especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes	35
C. Relatora Especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	44
D. Relator Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental	45
E. Relator Especial sobre la Libertad de Religión o de Creencias	64
F. Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria	68
G. Grupo de Trabajo sobre la Discriminación contra Mujeres y Niñas	74
III Examen Periódico Universal (EPU)	87
<b>1.2 Órganos creados a partir de los tratados de Derechos Humanos</b>	<b>91</b>
I) Comité de Derechos Humanos (CCPR, por sus siglas en inglés)	93
Observaciones generales	94
Observaciones finales	96
II) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés)	99
Observaciones generales	100
Observaciones finales	106
Quejas individuales	107
III) Comité de los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés)	117
Observaciones generales	118
Observaciones finales	123
IV) Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)	125
Observaciones generales	126
Observaciones finales	131
Quejas individuales	134
<b>1.3 Comisión de Población y Desarrollo</b>	<b>137</b>
<b>02. SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS</b>	<b>143</b>
<b>2.1 Corte Interamericana de Derechos Humanos</b>	<b>145</b>
I) Jurisprudencia	147
<b>2.2 Comisión Interamericana de Derechos humanos (CIDH)</b>	<b>151</b>
I) Resoluciones	153
II Informes	155
III) Comunicados de prensa	169
<b>REFERENCIAS</b>	<b>181</b>

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

# INTRODUCCIÓN

El Código Penal de Guatemala solo permite el aborto si lo realiza un médico, con el diagnóstico previo de dos colegas que hayan determinado que la continuidad del embarazo implica un riesgo para la vida de la mujer, después de haber agotado todos los medios científicos y técnicos.

En cualquier otro supuesto, el Código establece una sanción de uno a tres años de prisión para la mujer que se provoque un aborto o consienta que otra persona lo ejecute, pena que se reduce de seis meses a dos años si la mujer lo hace “impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan una indudable alteración síquica”.

La persona que realice un aborto con consentimiento de la mujer enfrenta una pena de uno a tres años de prisión. En caso de que sea médico o practicante o posea un título sanitario, además de la pena de prisión señalada, se sancionará la conducta con multa económica e inhabilitación para el ejercicio profesional de dos a cinco años.

La penalización absoluta del aborto se basa en la supuesta obligación de las mujeres —debido a su capacidad de gestar— de asumir una maternidad, aun si esta es forzada, no deseada, o bien, si la continuidad del embarazo implica un riesgo para su salud y bienestar. Por esta razón, los marcos legislativos que penalizan el aborto han sido calificados por diversos organismos internacionales como políticas que discriminan a las mujeres, violan sus derechos humanos, las obligan a continuar con embarazos forzados o a recurrir a servicios clandestinos, poniendo en riesgo su salud y su vida.

Guatemala ha ratificado tratados internacionales de los Sistemas Internacional e Interamericano de Derechos Humanos, asumiendo obligaciones vinculantes jurídicamente para el Estado de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos reconocidos en estos instrumentos.

Por esta razón, organismos internacionales han recomendado en diversas ocasiones al Estado tomar las medidas necesarias para legalizar el aborto cuando la continuidad del embarazo implique un riesgo para la salud de la mujer, sea producto de violación, incesto o cuando no sea viable; asimismo, se ha hecho la recomendación de asegurar el acceso efectivo y la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva para las adolescentes y mujeres, incluyendo la pastilla de anticoncepción de emergencia, y a educación sexual integral.

Reconocer el derecho al aborto, así como definir las obligaciones específicas de los Estados respecto de la prestación de este servicio y sus alcances han sido materia de criterios desarrollados por los órganos del Sistema Universal de Derechos Humanos 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 guatemalteco es parte.

Estos criterios incluyen recomendaciones particulares a los Estados como proveer de información y servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes y mujeres adultas para evitar embarazos no deseados; implementar políticas de prevención de la violencia en contra de las niñas y mujeres; eliminar las barreras en el acceso a servicios seguros de aborto, ya que son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el mundo, y modificar las leyes que penalizan el aborto, particularmente en los países en desarrollo.

El conocimiento de estos criterios es una herramienta útil e indispensable para comprender la responsabilidad y las obligaciones internacionales y constitucionales de Guatemala: promover, respetar, proteger y garantizar los derechos reproductivos de las mujeres en la ejecución del aborto.

En la práctica, los criterios pueden usarse, por ejemplo, para instaurar políticas de salud sexual y reproductiva y campañas informativas para mejorar el acceso al aborto en el país; identificar las barreras cuya eliminación ha sido recomendada; producir informes y documentos para proveer servicios de aborto; también pueden usarse como 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 quienes prestan servicios de salud, para tomadores de decisión involucrados en la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva, y para organizaciones de la sociedad civil en Guatemala.**



EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

**01**

**SISTEMA UNIVERSAL  
DE PROTECCIÓN DE  
DERECHOS HUMANOS**

**Ipas**  
LATINOAMÉRICA  
Y EL CARIBE

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



## SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

El **Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos** tiene su origen en las **Naciones Unidas**, a través de un conjunto de mecanismos y órganos orientados a proteger los derechos de todas las personas.

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, cuenta con **193**.

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.

Sus órganos principales son la Asamblea General, el Consejo de Seguridad, el Consejo de Administración Fiduciaria, la Corte Internacional de Justicia, el Consejo Económico y Social y la Secretaría.

A la fecha, **Guatemala** ha ratificado o se ha adherido a los **principales tratados internacionales** sobre derechos humanos de las Naciones Unidas. Algunos de los tratados se complementan con protocolos facultativos relativos a contextos específicos.

## Estatus de ratificación de El Salvador

Nombre de tratado	Fecha de ratificación o adhesión
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	5 de mayo de 1992
Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a abolir la pena de muerte	No ha ratificado
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	19 de mayo de 1988
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	12 de agosto de 1982
Convención sobre los Derechos del Niño	6 de junio de 1990
Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados	9 de mayo de 2002
Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía	9 de mayo de 2002
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	5 de enero de 1990
Protocolo Opcional de la Convención contra la Tortura	9 de junio de 2008
Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares	14 de marzo de 2003
Convención para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas	No ha ratificado
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	7 de abril de 2009
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	18 de enero de 1983

# 1.1

## 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 periodos 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.

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

## I) RESOLUCIONES

Las resoluciones del **CDH** son expresiones políticas de la opinión de sus miembros, o de una mayoría de sus miembros, sobre problemas específicos en materia de derechos humanos y problemas que son de preocupación particular de la comunidad internacional. A veces son utilizadas para reconocer la existencia de ciertos principios de *soft law*. Con independencia de su contenido, no son jurídicamente vinculantes para los Estados.

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



**Resolución 48/6 Matrimonio infantil, precoz y forzado en tiempos de crisis, incluida la generada por la pandemia de COVID-19,**  
A/HRC/RES/48/6,  
14 de octubre de 2021.

[...]

*Observando con profunda preocupación* que los efectos que están teniendo la pandemia de COVID-19 y las medidas de contención de dicha enfermedad, entre las que se incluyen el cierre físico de escuelas y las restricciones del derecho a la libertad de circulación, acarrearán unas consecuencias económicas, sociales y humanas de gran alcance tanto en el transcurso como después de la pandemia, y que es probable que dichos efectos hagan que aumenten los riesgos relacionados con la violencia sexual y de género y los embarazos no planeados y/o precoces, que pueden ser, o bien una causa, o bien una consecuencia del aumento de casos de matrimonio infantil, precoz y forzado, así como los riesgos relacionados con la trata de personas y otros tipos de explotación, el aislamiento social, la fístula obstétrica, la mutilación genital femenina, los abortos en condiciones de riesgo y la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, que las dificultades económicas y la parte desproporcionada del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que soportan las mujeres y las niñas, así como el riesgo conexo de no volver a la escuela, y las dificultades para acceder a los servicios de salud impiden el disfrute de los derechos humanos de todas las mujeres y niñas y de oportunidades

económicas futuras, y que esos riesgos se ven aún más exacerbados en las situaciones humanitarias y en el caso de las mujeres y niñas en situación de vulnerabilidad,

[...]

*Profundamente preocupado* porque la financiación que se destina a la promoción de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, entre otros fines para prevenir y eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado, suele ser de las primeras en sufrir recortes en situaciones de crisis, porque en dichas situaciones apenas se presta atención a los matrimonios infantiles, precoces y forzados y a las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, y porque las medidas de contención de la COVID-19 están en muchos casos retrasando y perturbando los esfuerzos, incluidos los realizados por la sociedad civil y otras partes interesadas pertinentes, encaminados a eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado, sobre todo a nivel local,

[...]

*Profundamente preocupado* por los efectos de la discriminación estructural e institucional contra las mujeres y las niñas, las interseccionales y profundamente arraigadas desigualdades de género, tradiciones patriarcales, normas discriminatorias y estereotipos de género, percepciones y costumbres y el desprecio por la dignidad, la integridad corporal y la autonomía de las mujeres, que son algunas de las causas principales del matrimonio infantil, precoz y forzado, así como de otras formas de violencia sexual y de género contra las mujeres y las niñas,

[...]

*Reafirmando* que los derechos humanos incluyen el derecho a elegir libremente cónyuge, a contraer matrimonio solo por su libre albedrío y su pleno consentimiento y a tener el control y decidir de manera libre y responsable sobre las cuestiones relacionadas con la sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación ni violencia, y reconociendo que la igualdad en lo que concierne a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la dignidad, la integridad y la autonomía corporal, exige respeto mutuo y consentimiento, así como la libertad de decidir si se quiere o no contraer matrimonio y si se quiere o no mantener relaciones sexuales,

[...]

*Reconociendo también* que el matrimonio infantil, precoz y forzado constituye una grave amenaza para la plena efectividad del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental por parte de las mujeres y las niñas, incluida, entre otras cosas, su salud sexual y reproductiva, y aumenta en gran medida el riesgo de tener embarazos precoces, frecuentes, no planeados y no deseados, la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales y la incidencia de la fistula obstétrica y de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, a la vez que agrava la vulnerabilidad a todas las formas de violencia, entre ellas la violencia doméstica y la violencia sexual y de género,

[...]

**1. Insta a los Estados a que respeten, protejan y hagan efectivos los derechos humanos de todas las mujeres y las niñas —incluidas las que son víctimas del matrimonio infantil, precoz y forzado—, entre los que se incluyen el derecho a la educación y el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, incluido el derecho a la salud sexual y reproductiva,** promuevan la igualdad en todos los aspectos del matrimonio y su disolución, garanticen a todas las niñas y mujeres la igualdad de acceso a una educación de calidad, así como a educación en la que se explique en qué consisten el consentimiento y el respeto de los límites y lo que constituye un comportamiento inaceptable y cómo denunciarlo, que fomente la autoestima, que permita aprender a adoptar decisiones fundamentadas y adquirir competencias comunicativas y que promueva que se establezcan relaciones respetuosas basadas en la igualdad de género, la inclusión y los derechos humanos, a programas de desarrollo de aptitudes, formación profesional y oportunidades de aprendizaje permanente, a asesoramiento, a servicios sociales para protegerlas contra todas las formas de violencia, incluidas la violencia sexual y de género y la violencia doméstica y de pareja, a un empleo formal para aumentar su independencia económica y a servicios y atención de la salud mental, **sexual y reproductiva,** adopten medidas para que estén menos aisladas socialmente y aumenten su participación económica y política, por ejemplo creando servicios de cuidado infantil o mejorando los ya existentes y trabajando con las comunidades para modificar las normas sociales discriminatorias;

[...]

**3.** *Insta* a los Estados a que adopten medidas amplias, multisectoriales y basadas en los derechos para prevenir y eliminar el matrimonio infantil, precoz y forzado, incluso en tiempos de crisis, y a que hagan frente a las causas estructurales y subyacentes y a los factores de riesgo, entre otras formas:

[...]

**c) Respetando, protegiendo y haciendo efectivos los derechos humanos de todas las mujeres y niñas a tener el control y decidir de manera libre y responsable sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación ni violencia y respetando la integridad corporal, la autonomía y la capacidad de acción de las mujeres y las niñas, y aprobando y aplicando con mayor celeridad leyes, políticas y programas que protejan todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluidos los derechos reproductivos, y permitan su disfrute;**

[...]

**4.** *Exhorta* a los Estados a que promuevan y protejan el derecho de todas las mujeres y niñas a la igualdad de acceso a la educación, incluso en tiempos de crisis, entre otras formas:

**a)** Garantizando el acceso a una enseñanza primaria y secundaria gratuita y de calidad, que incluya cursos de recuperación y de alfabetización para quienes no hayan recibido una educación formal, hayan abandonado prematuramente la escuela o hayan tenido que abandonar los estudios debido, entre otras causas, al matrimonio, un embarazo y/o un parto, políticas de reincorporación y formación profesional y desarrollo de aptitudes, lo que empodera a las jóvenes y las niñas que son víctimas del matrimonio infantil, precoz y forzado para adoptar decisiones fundamentadas sobre su vida, empleo, oportunidades económicas y salud, **por ejemplo mediante una educación integral que sea rigurosa desde el punto de vista de la ciencia, se adapte a las distintas edades y los diversos contextos culturales y ofrezca a los adolescentes y los jóvenes de ambos sexos, tanto dentro como fuera de la escuela, en función de la evolución de sus capacidades, información sobre la salud sexual y reproductiva, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, los derechos humanos, el desarrollo físico, psicológico y puberal** y el poder en las relaciones entre mujeres y hombres, para que desarrollen su autoestima, adquieran competencias para la adopción de decisiones fundamentadas, la comunicación y la reducción de los riesgos y entablen relaciones respetuosas, en plena



colaboración con los jóvenes, los padres, los tutores, los cuidadores, los educadores y los proveedores de servicios de salud, a fin de contribuir a la eliminación del matrimonio infantil, precoz y forzado;



**Resolución 47/25. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos,**  
A/HRC/RES/47/25,  
26 de julio de 2021.

[...]

*Reconociendo* que prevenir la mortalidad y la morbilidad asociadas a la maternidad es una de las prioridades en materia de derechos humanos para todos los Estados, y reafirmando que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, están relacionados entre sí y se refuerzan mutuamente,

[...]

*Reafirmando* que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas para lograr la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute, sin discriminación, coacción ni violencia, del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva,

*Reconociendo* que la morbilidad materna, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, se refiere a toda afección de la salud atribuida al embarazo y el parto o agravada por estos que afecta negativamente al bienestar de la mujer o la niña,

*Reconociendo también* que la morbilidad prevenible asociada a la maternidad es un motivo de preocupación en materia de derechos humanos y que las muertes y lesiones graves y prevenibles de las mujeres y niñas durante el embarazo y el parto no son acontecimientos inevitables, sino que son consecuencia directa de que existan leyes y prácticas discriminatorias y normas y prácticas nocivas en materia de género, de que no se establezcan y mantengan sistemas y servicios de salud eficaces, y de que no se rindan cuentas,

[...]

***Reconociendo además que las violaciones del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva, y las que guardan relación con la insuficiencia de servicios obstétricos de emergencia y la práctica de abortos en condiciones de riesgo,***

pueden provocar muchos casos de morbilidad materna, por fístula obstétrica, prolapso uterino, depresión posparto e infertilidad, entre otros, por lo que en muchas regiones del mundo las mujeres y las niñas en edad de procrear padecen problemas de salud o mueren,

***Reconociendo que la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos son fundamentales para la efectividad del derecho de toda persona a***

**disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y que unos servicios integrales de salud sexual y reproductiva deben tener los elementos interrelacionados y esenciales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sobre la base de la no discriminación y la igualdad formal y sustantiva, entre otras cosas haciendo frente a las formas de discriminación múltiples e interseccionales,**

[...]

*Profundamente preocupado* por la persistencia de 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, que repercuten negativamente en las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, y por que el pleno disfrute de este derecho sigue siendo un objetivo lejano para muchas mujeres y niñas, incluidas adolescentes, de todo el mundo,

*Profundamente preocupado también* por que las mujeres y las niñas que viven en situaciones vulnerables, en particular en marcos de conflictos y situaciones humanitarias, están expuestas de manera desproporcionada a un alto riesgo de abusos y violaciones de los derechos humanos, mediante, entre otras cosas, la violencia sexual y de género, la trata, la violación sistemática, la esclavitud sexual, la esterilización forzada, el embarazo forzado, prácticas nocivas como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina, y a la falta de servicios, información con base empírica y educación en materia de salud sexual y reproductiva

asequibles, accesibles y apropiados, en particular educación sexual integral con base empírica y en consonancia con la evolución de las facultades 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; y a todos los tipos de malnutrición, lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados, abortos practicados en condiciones de riesgo, y mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad,

*Profundamente preocupado además* por el hecho de que la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha provocado la sobrecarga de los sistemas sanitarios, la reasignación de recursos humanos y financieros, incluida la redistribución de comadronas, la escasez de personal y suministros médicos, y alteraciones en las cadenas de suministro mundiales, lo que podría socavar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, y ha afectado a la disponibilidad de trabajadores de salud y al acceso a ellos, al acceso a la atención materna y neonatal y a otros apoyos y servicios esenciales en materia de salud materna e infantil; los abortos sin riesgo cuando no se contravenga la legislación nacional y la asistencia después del aborto; la información y educación sobre salud sexual y reproductiva; la anticoncepción; y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, mientras que el temor a contraer el virus puede disuadir a las mujeres y a las niñas de acudir a los centros de salud, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad,

*Profundamente preocupado* por el hecho de que la discriminación generalizada de las mujeres y las niñas, en particular por motivos de edad, situación socioeconómica, discapacidad, origen racial o étnico, idioma, religión, salud, condición indígena o de otra índole, y las formas múltiples e interseccionales de discriminación aumenten de forma considerable su riesgo de sufrir morbilidades maternas, y de que la crisis de la COVID-19 haya exacerbado las formas preexistentes de desigualdad y discriminación sistémica a que hacen frente las mujeres y las niñas, y haya aumentado la incidencia de la violencia y el acoso sexuales y por motivo de género, el matrimonio infantil, precoz y forzado y los embarazos no deseados, en particular entre las adolescentes, lo que también aumenta el riesgo de morbilidad materna,

*Reafirmando* que los derechos humanos incluyen el derecho a tener el control y decidir de manera libre y responsable sobre las cuestiones relacionadas con la sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación ni violencia, y que la igualdad en lo que concierne a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la dignidad, la integridad y la autonomía corporal, exige respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida respecto de la conducta sexual y sus consecuencias,

[...]

**1.** *Insta* a todos los Estados a que eliminen la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y a que respeten, protejan y hagan efectivos la salud sexual y reproductiva y los

derechos reproductivos, de conformidad con la Declaración y 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, mejores prácticas y marcos jurídicos que respeten la autonomía corporal, y a que 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 cualificada en el parto y la atención obstétrica de emergencia, abortos sin riesgo cuando no se contravenga la legislación nacional, 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; [...]

**3. Exhorta a los Estados, también en el contexto de la pandemia de COVID-19, a que garanticen la continuidad de los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a la atención materna y neonatal, y a otros servicios y apoyos esenciales en materia de**

salud maternoinfantil, al aborto seguro cuando no se contravenga la legislación nacional, a las formas modernas de anticoncepción, al cribado y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, al cribado y tratamiento del cáncer de cuello de útero, a la prevención de la transmisión vertical del VIH, a la nutrición y a los servicios de salud mental;

[...]

**12.** Insta a los Estados a que velen por que las leyes, políticas y prácticas respeten el derecho a la autonomía corporal y a la intimidad y el derecho, en igualdad de condiciones, a decidir de manera autónoma sobre los asuntos relacionados con la vida y la salud propias ajustando las leyes y políticas relativas a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, incluidas las políticas de asistencia internacional, al derecho internacional de derechos humanos, derogando las leyes discriminatorias relativas a la autorización de terceros para recibir información sobre salud y servicios de atención de la salud, y luchando contra los estereotipos de género, las normas y la conducta que las discriminan;



**Resolución 44/17. Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas,**  
A/HRC/RES/44/17,  
21 de julio de 2020.

[...]

*Reafirmando* que el pleno disfrute de todos los derechos humanos por todas las mujeres y niñas incluye la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, sin coacción, discriminación ni violencia,

*Reconociendo* que la información y los servicios de salud sexual y reproductiva incluyen, entre otras cosas, la planificación familiar accesible e inclusiva, métodos anticonceptivos modernos, seguros y efectivos, anticonceptivos de emergencia, programas de prevención del embarazo en la adolescencia, atención y servicios de salud materna, como la asistencia calificada en el parto y la atención obstétrica de urgencia, incluidas parteras en los servicios de maternidad, la atención perinatal, el aborto seguro cuando no sea contrario a la legislación nacional, la atención posterior al aborto 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,

[...]

**7. Insta a los Estados a que respeten, protejan y hagan efectivo el derecho a la salud sexual y reproductiva, sin discriminación, coacción ni violencia, entre otras cosas abordando los factores sociales y de otro tipo determinantes de la salud,** la eliminación de los obstáculos jurídicos y la elaboración y aplicación de políticas, buenas prácticas y marcos jurídicos que respeten la dignidad, la integridad y el derecho a la autonomía física y garanticen el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y a información con base empírica y educación a ese respecto, también en materia de planificación familiar;

[...]

**9. Exhorta** a los Estados a que adopten un enfoque basado en los derechos humanos que tenga en cuenta las cuestiones de género en sus respuestas a la pandemia de COVID-19, y a que presten especial atención a las mujeres y las niñas, en particular las que se encuentran en situaciones vulnerables, y a sus necesidades específicas, en particular en lo que respecta a la protección contra la xenofobia, el estigma social, la violencia sexual y de género y la violencia doméstica; el acceso en condiciones de igualdad a los medios de vida y las oportunidades socioeconómicas, a los servicios de atención de la salud, lo que incluye las pruebas, el tratamiento y las vacunas, y a una información oportuna, adecuada y precisa sobre la pandemia; la posibilidad de mantener el distanciamiento social; y el acceso a pruebas y tratamientos; así como a otras necesidades, como la

alimentación, la educación, la vivienda adecuada, el agua potable y el saneamiento, y servicios de salud esenciales, con inclusión de información y **servicios de salud sexual y reproductiva;**



**Resolución 41/6 Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas,**  
A/HRC/RES/41/6,  
19 de julio de 2019.

**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, entre otras cosas mediante 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, los métodos anticonceptivos modernos, seguros y efectivos, los anticonceptivos de emergencia, los programas de prevención de los embarazos en la

adolescencia, la atención de la salud materna como la asistencia especializada en el parto y **la atención obstétrica de emergencia, los abortos sin riesgo cuando 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 mediante la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales;



**Resolución 39/10. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos en situaciones humanitarias,**  
A/HRC/RES/39/10,  
5 de octubre 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 reproductiva 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 matronas(es) y cirujanas(os) 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 cualificada 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.



EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



## II) PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Los Procedimientos Especiales del CDH son: **i)** expertos independientes, **ii)** relatores especiales y; **iii)** grupos de trabajo en derechos humanos designados por el CDH para cumplir con el mandato de reportar y asesorar sobre derechos humanos, desde la perspectiva de un tema específico o país. Para noviembre de 2023, había 46 mandatos temáticos y 14 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 Sudáfrica 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, por sus siglas en inglés)**, 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 **CDH** y a la **Asamblea General** sobre sus hallazgos y recomendaciones.

# A

## RELATORA ESPECIAL SOBRE LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER, SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS



**Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović. La violación como una vulneración grave, sistemática y generalizada de los derechos humanos, un delito y una manifestación de la violencia de género contra las mujeres y las niñas, y su prevención, A/HRC/47/26, 19 de abril de 2021.**

[...]

## II. Marco jurídico internacional sobre la violación

[...]

**26.** El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (Protocolo de Maputo), de 2003, obliga expresamente a los Estados parte a promulgar leyes que tipifiquen la violencia contra la mujer. En virtud del artículo 4, párrafo 2, los Estados parte deben promulgar y aplicar leyes que prohíban todas las formas de violencia

contra la mujer, incluidas las relaciones sexuales no deseadas o forzadas, independientemente de que la violencia tenga lugar en privado o en público, y, **de conformidad con el artículo 14, párrafo 2 c), los Estados parte están obligados a proteger los derechos reproductivos de la mujer autorizando el aborto médico en caso de violación.** La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos adoptó en 2017 sus directrices sobre la lucha contra la violencia sexual y sus consecuencias en África.

[...]

## IV. Conclusiones y recomendaciones

[...]

**114.** Los Estados deben derogar otras leyes que discriminen a la mujer y que, directa o indirectamente, contribuyan a crear lagunas legales y estereotipos en la tipificación y el enjuiciamiento de los casos de violación. **Los Estados deben abolir cualquier disposición** que tipifique como delito las relaciones sexuales consentidas entre adultos, como el adulterio, la *zina* (relaciones sexuales ilícitas) y las relaciones entre personas del mismo sexo, **así como las que penalicen el aborto en caso de violación.**

[...]

**117.** Los Estados deben garantizar una educación adecuada a la edad de los niños y adolescentes sobre la autonomía sexual y los derechos humanos, incluida la importancia de comprender la falta de consentimiento (el principio “no es no”) y de

promover el consentimiento afirmativo (el principio “sí es sí”).



**Reporte de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović. Interacción entre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y la pandemia de violencia de género contra la mujer, con especial énfasis en la violencia doméstica y la iniciativa por la paz en el hogar,**  
A/75/144,  
24 de julio de 2020.

*F. Acceso a los servicios sanitarios, incluidos los de salud reproductiva*

[...]

**72. La crisis de salud pública ocasionada por la COVID-19 está perjudicando la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En concreto, se han exacerbado los perjuicios causados por las barreras jurídicas y normativas al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que, sin ser necesarias desde el punto de vista médico, ya existían antes de la pandemia, y algunos Gobiernos han intentado aprovechar la crisis restringiendo esos derechos y están creando nuevas barreras al acceso a los servicios de aborto considerándolo una intervención médica no esencial.**

**73. Las restricciones a la prestación de servicios sanitarios esenciales para las mujeres y las niñas, como la interrupción del embarazo (incluso en los Estados en los que es legal abortar), en particular en los casos de violación o incesto, tienen efectos desproporcionados en la salud de las mujeres y las niñas.** Aparte de la denegación de servicios, el temor a contagiarse de COVID-19 en hospitales abarrotados y la falta de obstetras disponibles también propician las complicaciones de salud, como el estrés físico y psicológico, entre las embarazadas, pues muchas de ellas parecen no estar acudiendo a las citas prenatales y estar considerando alternativas para el parto debido a inquietudes de salud y seguridad, o bien faltan a exámenes agendados o no pueden acceder a medicamentos esenciales por la sencilla razón de que no pueden consultar a sus médicos ausentes.

**74.** En respuesta a la cada vez mayor disminución del acceso a los servicios de salud reproductiva, el 6 de mayo de 2020, 59 Gobiernos emitieron un comunicado de prensa conjunto sobre la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la promoción de una respuesta que tuviera en cuenta el género en la crisis de la COVID-19. En el comunicado se señala que las necesidades de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de apoyo psicosocial, y la protección contra la violencia de género deben declararse prioritarios para poder garantizar su continuidad.

**75.** En la misma línea, algunos países han adoptado importantes medidas para garantizar la continuidad de los servicios sanitarios. Por ejemplo,

en Irlanda y en partes del Reino Unido se han adoptado medidas para proteger el acceso a los servicios de aborto durante la pandemia, incluso legalizando las consultas a distancia y el aborto farmacológico precoz en el hogar. El 3 de abril de 2020, el Ministro de Salud y la Secretaria de Estado de Igualdad de Género de Francia publicaron una declaración conjunta con nuevas directrices que permitían que las consultas de asistencia relativa al aborto se llevaran a cabo por teléfono o por Internet y que las mujeres que así lo decidieran y hubieran recibido aprobación médica pudieran tomar las dos píldoras abortivas en su domicilio. En Bélgica, el Gobierno ha decretado la gratuidad de los anticonceptivos para todas las mujeres menores de 25 años.

[...]

**91. La Relatora Especial exhorta a los Estados a que adopten un enfoque interseccional sensible al género en sus respuestas a la COVID-19 y a que apliquen las medidas clave siguientes:**

[...]

Acceso a los servicios sanitarios, incluidos los de salud reproductiva

[...]

**k) Los Estados deberían velar por que no se haga un uso indebido de la pandemia de COVID-19 para restringir el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a servicios seguros de aborto y posteriores**

**al aborto clasificándolos como servicios no esenciales;**

[...]



**Reporte de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, A/74/137, 11 de julio de 2019.**

*B. Alcance del informe*

[...]

**9.** El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención

de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva.

[...]

*E. Aplicación del marco regional e internacional de derechos humanos al maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva*

[...]

**60.** En 2018 la Relatora Especial emitió una declaración conjunta con el Comité de Expertos del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, en la que se instó al Gobierno de El Salvador a que liberara a Imelda Cortez, una mujer que estaba en prisión a la espera de juicio, debido a una emergencia obstétrica. En la declaración, ambas partes expresaron su profunda preocupación por las mujeres reclusas que necesitaban servicios obstétricos de emergencia, en particular por abortos espontáneos, y que no los recibían como consecuencia de las leyes que penalizan el aborto e impiden a los médicos proporcionarles ayuda médica.

[...]

**74.** Aunque algunos de los países mencionados han promulgado leyes progresistas sobre la violencia obstétrica, el acceso al aborto sin riesgo y otros servicios de salud reproductiva sigue siendo un desafío, y los progresos en la atención materna no han ido necesariamente acompañados de avances en

otras esferas de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

#### **IV. Conclusión y recomendaciones a los Estados y otras partes interesadas**

**75. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género,** así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas.

**76. Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia, de sexismo o de cualquier otro tipo de violencia psicológica, tortura, trato inhumano o degradante o coacción.** En el ámbito de la atención de la salud reproductiva y el parto, los sistemas de salud deben contar con los recursos presupuestarios necesarios para proporcionar una atención de la salud materna y reproductiva accesible y de calidad, a fin de velar por que se atiendan y se cumplan las necesidades y los derechos de salud reproductiva de las mujeres durante la atención del parto, los exámenes ginecológicos o los tratamientos de fecundidad, en caso de aborto espontáneo, aborto, anticoncepción y en otros contextos de la salud sexual y reproductiva.

**77.** Los Estados deben afrontar el problema del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizarla para realizar una investigación independiente sobre las denuncias del maltrato y la violencia de género que sufren las mujeres en los centros de salud, investigación que debería incluir las causas estructurales y sistémicas, en particular los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad, y deben además publicar los resultados y las recomendaciones, que deberían utilizarse para revisar las leyes, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva.

[...]

Consentimiento informado

**81. Para combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, los Estados deben:**

[...]

- r) Derogar las leyes que penalizan el aborto en todas las circunstancias, eliminar las medidas punitivas para las mujeres que se someten a un aborto, y como mínimo, legalizar el aborto en los casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando seguir adelante con el embarazo suponga un riesgo para la salud física y mental o para la vida de la mujer, y facilitar el acceso a una atención posterior al aborto segura y de calidad;**

- s) Retirar la acusación penal y el encarcelamiento de las mujeres que han solicitado servicios obstétricos de emergencia, en particular por abortos espontáneos, y eliminar las medidas punitivas contra los médicos, a fin de que puedan proporcionarles la asistencia médica necesaria;**

[...]



**Reporte de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Rashida Manjoo,**  
A/69/368,  
1 de septiembre de 2014.

[...]

**39.** La violencia por razón de género impide el desarrollo sostenible, pues dificulta la participación de la mujer y socava muchos de los objetivos de desarrollo. El Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, relativo a la mejora de la salud materna es un ejemplo de ello. Cuando la violencia contra la mujer se materializa en el matrimonio y la procreación precoces o forzados, hay muchas probabilidades de que la víctima sufra complicaciones médicas, como hemorragias, parto prolongado, sepsis o eclampsia, e incluso un aborto en condiciones de riesgo. Tales condiciones, unidas a un acceso insuficiente a

los servicios de salud, pueden desembocar en el fallecimiento de la madre, privando con ello a las mujeres de su derecho a la salud materna. **Numerosas manifestaciones de la violencia contra la mujer, como la esterilización o el aborto forzado, la falta de acceso real a la interrupción del embarazo en condiciones seguras, la ausencia de consentimiento y elección informados sobre métodos anticonceptivos, las prácticas nocivas como los asesinatos por honor, la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz y forzoso y la violencia sexual, contribuyen a conculcar una serie de derechos humanos, entre ellos el derecho a participar y contribuir al desarrollo sostenible.**

[...]



**Informe de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy. Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen,**  
E/CN.4/1999/68/Add.4,  
21 de enero de 1999.

**21.** La violación puede causar también traumas emocionales profundos que se manifiestan en depresión, incapacidad de concentrarse, perturbaciones

del sueño y la alimentación, sentimientos de enfado, humillación y autoinculpación, así como graves problemas sexuales, incluidos problemas de excitación, temor al sexo y funcionamiento sexual disminuido. La tasa de embarazos de adultos correspondiente a la violación se estima en un 4.7 %. Es posible que el aborto de una mujer embarazada por una violación sea denegado legalmente, obstruido en la práctica o inaceptable para la propia mujer por motivos religiosos o culturales, lo que complica así el trauma físico y emocional de la mujer con un recuerdo físico constante de su violación.

[...]

**23.** La sexualidad y la reproducción son dos de las formas con que los perpetradores de la violencia tratan de ejercer autoridad y control sobre las mujeres maltratadas. Al ejercer sus derechos reproductivos y buscar servicios de salud reproductiva, las mujeres maltratadas ponen en peligro con frecuencia su seguridad física y psicológica quedando vulnerables a una mayor violencia. **Se ha dado el caso de mujeres maltratadas que han ido hasta grandes extremos para impedir los embarazos que no deseaban cuando los que abusaban de ellas limitaban su acceso a los anticonceptivos, recurriendo en algunos casos a abortos clandestinos en condiciones poco seguras.**

[...]

*B. Violencia en el contexto de la política de salud reproductiva*



**44.** La violencia contra la mujer puede producirse en el contexto de la política de salud reproductiva. La violencia y las violaciones de la salud reproductiva de la mujer pueden deberse bien sea en la acción directa del Estado, que aplique políticas reproductivas perjudiciales, o a que el Estado no cumpla sus obligaciones fundamentales de promover a la mujer. [...]

[...]

**45.** En el contexto de la política de salud reproductiva los informes indican que las políticas del Estado contribuyen a la violencia contra la mujer que se manifiesta en abortos forzados, esterilización y anticoncepción forzados, embarazo mediante coerción y abortos en condiciones poco seguras. Si bien no siempre resultan en la muerte de la víctima todas esas prácticas pueden causarla y violan el derecho de la mujer a la vida. La OMS estima que solamente las hemorragias excesivas o las infecciones causadas por los abortos en condiciones de poca seguridad causan la muerte de 75 000 mujeres al año. **Los abortos forzados, la anticoncepción forzosa, el embarazo mediante coacción y los abortos en condiciones poco seguras constituyen violaciones de la integridad física de la mujer y la seguridad de la persona.** Por ejemplo, en los casos en que los funcionarios del gobierno utilizan la fuerza física y/o detienen a las mujeres para obligarlas a someterse a esos procedimientos, las prácticas pueden equivaler a la tortura o a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

**d)** Denegación de medios de anticoncepción/embarazo por coacción.

**57.** Si bien la esterilización forzosa es una forma de violencia en el contexto de la salud reproductiva, también lo es la limitación o la prohibición del acceso voluntario a los medios de anticoncepción. **Los actos que limiten deliberadamente la libertad de la mujer para utilizar medios anticonceptivos o para hacerse un aborto constituyen violencia contra la mujer por cuanto que la someten a un número excesivo de embarazos y partos contra su voluntad, lo que aumenta riesgos de morbilidad materna que se podrían evitar.** [...]

[...]

**58.** Las presiones sociales junto con la amenaza de la violencia doméstica pueden dar lugar a restricciones de la capacidad de una mujer para ejercer la autonomía reproductiva y sexual. La capacidad de una mujer de concebir niños está vinculada a la continuidad de las familias, los clanes y los grupos sociales y, como tal, ha sido objeto de reglamentación por familias, instituciones religiosas y autoridades del gobierno. La importancia de la procreación para una comunidad particular puede colocar a las mujeres bajo una enorme presión para que tengan hijos. El estigma social que entraña la utilización del control de la natalidad, por ejemplo la suposición de que una mujer que utiliza anticonceptivos debe ser promiscua, o la creencia de que el control de la natalidad es una afrenta a la masculinidad del compañero puede servir también en efecto para limitar el acceso de la mujer al control de la natalidad.

**e)** Aborto



**59. En los países donde el aborto es ilegal o donde no se puede disponer de abortos en condiciones de seguridad las mujeres sufren graves consecuencias para la salud, e incluso la muerte. La mujer que está embarazada contra su voluntad se ve obligada a recurrir a procedimientos que pueden poner en peligro la vida cuando un aborto efectuado en las condiciones apropiadas no ofrecería peligro alguno.**

**60.** De los países que tienen más de 1 millón de habitantes, hay 52 que permiten el aborto para salvar la vida de la mujer, 23 para conservar la salud física, 20 para conservar la salud mental, 6 por motivos económicos y sociales y 49 cuando así se solicita. **Muchos países tales como Austria, 32 Francia, Italia, los Países Bajos y el Canadá han promulgado leyes liberales sobre el aborto que están de acuerdo con el derecho de la mujer a la libertad, la salud, la vida y la seguridad. Sin embargo, países tales como Chile, Nepal y El Salvador consideran que el aborto es un crimen. Por ejemplo, el Código Penal de El Salvador, que entró en vigor en enero de 1998, considera el aborto como un “delito en relación con la vida de un ser humano que está en formación” y elimina todas las circunstancias de excepción en las que se permitía anteriormente el aborto y aumenta las penas impuestas por este concepto.** En Alemania, el Estado puede aplicar a la mujer medidas disciplinarias e incluso penales para exigirle que concluya el embarazo.

**61.** La OMS calcula que se llevan a cabo unos 40 millones de abortos al año, de los cuales de 26 a 31 millones son legales y 20 millones ilegales y, por lo

tanto, en condiciones poco seguras. Las mujeres que disponen de medios financieros pueden conseguir abortos en condiciones de seguridad mientras que las pobres deben recurrir a los abortos clandestinos en condiciones extremadamente difíciles. Incluso cuando los abortos son legales, la escasez de instalaciones y el costo potencialmente prohibitivo de los abortos legales puede obligar a las mujeres a tratar de conseguir abortos clandestinos efectuados por personas que utilizan métodos muy primitivos.

[...]

**63. No solamente existe una urgente necesidad de abortos seguros y asequibles, sino también de garantías de que el aborto se mantenga confidencial, especialmente habida cuenta del estigma que el aborto representa en determinadas culturas.[...]**

**64. El hecho de no poder disponer de servicios de aborto en condiciones de seguridad, confidenciales y asequibles puede tener graves consecuencias para las mujeres que están embarazadas contra su voluntad.** Todos los años mueren prácticamente 20 000 mujeres indias a causa de abortos en condiciones poco seguras. Los esfuerzos para inducir el aborto utilizando hierbas o raíces por vía vaginal, la inyección de fluidos de tipo ácido en el vientre, el empleo de sosa cáustica, arsénico y dosis dobles de píldoras anticonceptivas, así como la inserción de sondas quirúrgicas, tallos de plantas, alambres y palillos, tienen consecuencias perjudiciales para la salud reproductiva y pueden dar lugar a que el aborto no tenga éxito.

**65.** Estos abortos primitivos pueden tener graves complicaciones para la salud, incluidas reacciones alérgicas, muerte por colapso renal o respiratorio debido a fluidos altamente tóxicos, o incluso la muerte. La OMS estima que en total mueren 75 000 mujeres a causa de hemorragias excesivas o infecciones causadas por los abortos efectuados en condiciones precarias. Un número mucho mayor contrae infecciones que causan fiebre, dolores y en muchos casos esterilidad, lo que puede ser devastador en las culturas donde el valor de la mujer depende de su capacidad de producir hijos, en particular varones. La mayoría de las mujeres que se someten a un aborto en esas condiciones inseguras requieren algún tipo de cuidados sanitarios ulteriormente y, sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo no prevén el servicio médico de emergencia para la mujer que sufre complicaciones debidas a un aborto y, por lo tanto, el tratamiento es con frecuencia tardío o ineficaz con consecuencias que ponen en peligro la vida.

2. Violaciones debidas a que los Estados no satisfacen las obligaciones fundamentales mínimas

**66. Así como la acción directa del Estado puede dar lugar a violencia contra la mujer, la inacción de un Estado o el hecho de que no satisfaga las obligaciones fundamentales mínimas puede dar lugar a nuevos tipos de violencia contra la mujer. El hecho de que el gobierno no adopte medidas positivas para garantizar el acceso a los servicios apropiados de cuidados sanitarios que permiten a la mujer tener partos en condiciones de seguridad, así como un aborto en condiciones de seguridad**

**cuando están embarazadas contra su voluntad, puede constituir una violación del derecho a la vida de la mujer, además de una violación de sus derechos reproductivos. Análogamente, el hecho de que el gobierno no ofrezca condiciones que permitan a la mujer controlar su fertilidad y reproducción, así como concluir los embarazos voluntarios, constituye una violación del derecho a la seguridad personal de la mujer.**

[...]

ii) Mortalidad materna

**69.** El hecho de que el gobierno no impida la mortalidad materna pone en peligro el derecho a la vida de la mujer y su derecho a la seguridad personal. [...]

**70.** Se considera mortalidad materna las muertes que se producen entre las mujeres que están embarazadas por lo menos 42 días. Los riesgos y las complicaciones relacionados con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad materna. La mayoría de estas muertes podrían evitarse. Si bien algunos países han adoptado medidas para reducir la mortalidad materna se calcula que se producen unas 585 000 muertes entre mujeres en edad de reproducción debidas a complicaciones del embarazo, del parto o de abortos en malas condiciones que podrían evitarse. No se trata de simples desgracias o de problemas naturales inevitables del embarazo, sino más bien de injusticias que podrían impedirse y que los gobiernos están obligados a remediar con sus sistemas políticos, de

salud y jurídicos. El 99% de estas muertes se producen en los países en desarrollo. De ellos, los países del Asia meridional son los que tienen mayor mortalidad materna, seguidos por los países de África y los de América Latina. En Europa septentrional muere una de cada 10 000 mujeres en comparación con una de cada 21 mujeres en África. En la vida de una mujer, el riesgo de morir a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o en el parto es de una de cada 48 en el mundo en desarrollo en relación con una de cada 1 800 en el mundo desarrollado

[...]

**82.** Los Estados deben esforzarse diligentemente por impedir la violencia contra la mujer a fin de proteger sus derechos humanos, adoptando, entre otras, medidas tales como leyes específicas para combatir la violación, la violencia doméstica, la trata y la prostitución forzada, la mutilación genital femenina, los abortos para la selección de sexos y el infanticidio femenino.



**B**

## RELATOR ESPECIAL SOBRE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES



**Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Importancia de la prohibición de este tipo de actos en el contexto de la violencia doméstica, Nils Melzer, A/74/148, 12 de julio de 2019.**

### *L. Coacción contra la libertad reproductiva*

**51.** Los actos de coacción contra la libertad reproductiva suelen ser cometidos por las parejas sentimentales o los miembros de la familia extensa de la víctima y entrañan un comportamiento de intromisión respecto al uso de anticonceptivos, el embarazo y otros aspectos de dicha libertad, en particular por lo que se refiere a la continuación o interrupción del embarazo. Ejemplos de coacción contra la libertad reproductiva son la destrucción o eliminación intencionada del método anticonceptivo elegido (sabotaje de métodos anticonceptivos), así como los intentos de coacción orientados a forzar el embarazo, sus resultados o el aborto. Todos esos fenómenos desembocan en graves consecuencias reproductivas, entre otras, embarazos no planeados, abortos, infecciones de transmisión sexual, embarazos con resultados nega-

tivos y traumas psicológicos. Las mujeres que sufren violencia a manos de sus parejas suelen estar más expuestas a la coacción contra la libertad reproductiva.

**52.** Existe una continuidad entre ciertas formas de coacción contra la libertad reproductiva y las leyes que restringen dicha libertad. En particular, como ha señalado en repetidas ocasiones el Comité contra la Tortura, **negar a las víctimas de violación el acceso al aborto sin riesgo médico puede incumplir la prohibición de la tortura y los malos tratos** (CAT/C/BOL/CO/2, párr. 23; CAT/C/POL/CO/5-6, párr. 23; y CAT/C/PER/CO/5-6, párr. 15).

**53. A juicio del Relator Especial, dado que la coacción contra la libertad reproductiva supone una intromisión deliberada en la dignidad personal, la integridad y la autonomía de la víctima con fines coercitivos o discriminatorios y que puede infligirle dolor o sufrimiento grave, dicha coacción puede constituir un acto de tortura o, en ausencia de uno o más de tales elementos constitutivos, un ejemplo de otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.**

[...]

## VI. Recomendaciones

**70.** A la luz de las observaciones anteriores, el Relator Especial formula las siguientes recomendaciones a los Estados con vistas a aumentar su capacidad de garantizar la prevención efectiva de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en el contexto de la violencia doméstica.

[...]

### *A. Leyes, políticas y prácticas nacionales*

[...]

**75.** En concreto, los Estados nunca deberían perpetrar, instigar o alentar de modo alguno la violencia doméstica, sino que habrían de prohibir este tipo de abusos de forma explícita, así como prevenirlos, investigarlos y garantizar la debida exigencia de responsabilidades y reparación al respecto, inclusive cuando este tipo de violencia se produjera entre cónyuges actuales y anteriores. Ello abarca, entre otras, cualquiera de las siguientes formas recurrentes y predominantes de violencia doméstica, todas ellas contempladas en la prohibición de la tortura y los malos tratos: asesinatos; violencia física; violencia sexual; violencia psicológica y emocional, incluido el control coercitivo; violencia económica; negligencia grave; mutilación genital femenina; delitos “en nombre del honor”; trata de familiares; matrimonio infantil, precoz y forzado; “terapia de conversión” forzosa; y **coacción contra la libertad reproductiva.**

[...]



**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 son ejercidas 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 despenali-



zar 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,**  
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 postaborto; 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.**



**Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Promoción y Protección de todos los Derechos Humanos, Civiles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales, incluido el derecho al desarrollo, Manfred Nowak, A/HRC/7/3, 15 de enero de 2008.**

[...]

- b)** La violencia contra mujeres embarazadas y la denegación de los derechos reproductivos

**37. En su Observación General N°. 28 (2000) sobre el artículo 3 (la igualdad de derechos entre hombres y mujeres), el Comité de Derechos Humanos señala muy claramente que el aborto forzoso y la denegación del acceso a un aborto en condiciones seguras a las mujeres que han quedado embarazadas a raíz de una violación también incumplen lo dispuesto en el artículo 7. El Comité contra la Tortura también ha señalado que las mujeres también son particularmente vulnerables cuando se adoptan decisiones en materia de reproducción, y manifestado inquietud por los ordenamientos jurídicos internos que restringen rigurosamente el acceso al aborto voluntario en los casos de violación. También ha condenado 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.** Si bien en un caso en que se hubiera puesto en peligro la salud de una mujer si daba a luz el Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió últimamente que se quebrantó el derecho de la solicitante a su vida privada, lamentablemente no dispuso que ello constituía trato inhumano.

**38.** El Comité de Derechos Humanos ha indicado que la esterilización de la mujer sin su consentimiento infringe el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El Relator Especial también destaca que, dada la especial vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad, el aborto forzoso y la esterilización en su caso, si son el resultado de un proceso judicial en que la decisión es tomada contra su voluntad por su “tutor legal”, pueden constituir tortura o malos tratos.

**39.** Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), las leyes o políticas que prescriben el recurso al aborto forzoso o la esterilización forzosa como métodos de cumplimiento, o como castigo por el incumplimiento, serían consideradas inherentemente persecutorias y, por tanto, darán lugar a reclamaciones justificadas de la condición de refugiado en vista de las graves violaciones de los derechos humanos que se cometerían contra cada persona sometida a esas medidas. También cabe señalar que, en el contexto del asilo, se ha dictaminado que la esterilización forzosa constituye “una forma permanente y constante de persecución” y que “entraña consecuencias drásticas y emocionalmente dolorosas que no tienen fin”. El Relator Especial recuerda que la esterilización forzosa y el embarazo forzado son delitos de lesa

humanidad cuando se cometen como parte de un ataque generalizado o sistemático contra la población civil que sea.

[...]



## RELATORA ESPECIAL SOBRE LOS 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.



**RELATOR ESPECIAL SOBRE EL  
DERECHO DE TODA PERSONA AL  
DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL  
POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**



**Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID 19,**  
A/76/172,  
16 de julio de 2021.

**1.** [...] el derecho a la salud sexual y reproductiva es parte integrante del derecho a la salud. Son muchos los obstáculos que se interponen entre las personas y el disfrute de los derechos de salud sexual y reproductiva. Estos obstáculos están interrelacionados y arraigados, y operan a diferentes niveles: en la atención clínica, en el nivel de los sistemas sanitarios y en el contexto de los determinantes subyacentes de la salud. Los principios clave que conforman los derechos humanos, especialmente la no discriminación, la igualdad y la privacidad, así como la integridad, la autonomía, la dignidad y el bienestar de las personas, especialmente en relación con los derechos de salud

sexual y reproductiva, son parte integrante de la realización del derecho a la salud.

[...]

**4.** Sobre la base del concepto de reproducción estratificada, se alienta o se coacciona a ciertas personas para que se reproduzcan, mientras que se desalienta sistemáticamente a otras. El fomento por parte de los Estados de altas tasas de fecundidad entre las poblaciones “deseadas” surge a través de políticas pronatalistas, para asegurar la fuerza nacional, el crecimiento económico y la protección contra las agresiones externas, así como para preservar una “identidad nacional”. La capacidad de controlar las propias opciones reproductivas está distribuida de forma desigual en función de la raza, la orientación sexual, la identidad de género, las características sexuales, el género, la clase y la situación socioeconómica. La reproducción estratificada también se extiende más allá de los aspectos de la reproducción para incluir la concepción, la anticoncepción, la atención médica prenatal, el cuidado de los niños y el papel de las madres en la vida de sus hijos. La forma en que las mujeres experimentan estos parámetros de salud sexual y reproductiva depende de las intersecciones de privilegio y opresión en las que viven, incluida su posición frente a sus parejas. Las conclusiones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sobre el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, meta 5.6, relativa al marco jurídico y normativo para los derechos de salud sexual y reproductiva y la toma de decisiones de las mujeres en materia de reproducción, muestran que a principios de 2020, en 57 países,

una cuarta parte de las mujeres no podían tomar sus propias decisiones sobre el acceso a la atención sanitaria y no estaban facultadas para negarse a mantener relaciones sexuales con su marido o pareja, y casi una de cada diez no tenía elección con respecto al uso de anticonceptivos.

[...]

**20.** La salud sexual y reproductiva comprende la atención a la salud materna; la información, bienes y servicios de anticonceptivos; la atención para el aborto seguro; y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, los cánceres reproductivos, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida, incluso con medicamentos genéricos. **Los derechos incluyen la atención de la salud física y mental de los supervivientes de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, incluido el acceso a la prevención posterior a la exposición, la anticoncepción de emergencia y los servicios de aborto seguro y la disponibilidad de personal médico y profesional capacitado y de proveedores cualificados, así como el derecho a la información basada en pruebas sobre todos los aspectos de la salud sexual reproductiva.** [...]

[...]

**22.** En virtud del derecho a la salud sexual y reproductiva, los Estados tienen tres obligaciones principales. La obligación de respetar requiere que los Estados “se abstengan de interferir directa o indirectamente” en el ejercicio de este derecho por parte de las personas, incluso mediante la reforma

de las leyes que impiden el derecho a la salud sexual y reproductiva, como “las leyes que penalizan el aborto, la no revelación del estado serológico respecto al VIH, la exposición al VIH y su transmisión, las actividades sexuales consentidas entre adultos y la identidad o expresión transgénero”. La obligación de proteger, a su vez, requiere que los Estados impidan que terceros, como las entidades del sector privado, impongan obstáculos al disfrute de este derecho. La obligación de cumplir es la más proactiva de las tres obligaciones, ya que exige a los Estados que adopten medidas para “garantizar la plena realización del derecho a la salud sexual y reproductiva”. El Comité Económico, Social y Cultural ha reconocido que, si bien la plena realización de este derecho se logra de forma progresiva a lo largo del tiempo, también requiere que se adopten ciertas medidas de forma inmediata (por ejemplo, para eliminar la discriminación) y que se eviten medidas regresivas, como la revocación de la financiación pública de la salud sexual y reproductiva.

**23.** La Relatora Especial recuerda que los Estados tienen claras obligaciones legales en virtud de las normas de derechos humanos vigentes para garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos de salud sexual y reproductiva en medio de la pandemia de COVID 19. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha reconocido que la salud sexual y reproductiva implica servicios esenciales y ha subrayado que los Estados deben seguir proporcionando un acceso confidencial a los servicios de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, incluyendo la atención a la maternidad, las formas modernas de anticoncepción



y los servicios de aborto y posaborto seguros, como parte de su respuesta a la pandemia de COVID 19.

V. Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID 19

[...]

#### A. Servicios de salud materna, neonatal e infantil

**26.** [...] La reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas requiere tratamiento obstétrico de urgencia, atención obstétrica de emergencia y asistencia cualificada en el parto, incluso en las zonas rurales y remotas, y la prevención de los abortos inseguros, así como una atención posparto libre de coerción, discriminación o violencia. [...]

#### B. Planificación familiar, anticoncepción, incluida la de emergencia y aborto

**33. El acceso a la planificación familiar, la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, los servicios de aborto seguro y la atención posaborto es un componente del derecho a la salud y, en particular, del derecho a la salud sexual y reproductiva.** La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer garantiza los derechos de las mujeres a decidir “libre y responsablemente el número y el intervalo entre sus hijos” y tener “acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos”.

**34.** En el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, meta 3.7, para 2030, los Estados

garantizarán el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales. Según el UNFPA, en 2021, el 49 % de las mujeres entre 15 y 49 años de todo el mundo, y el 32 % en los países menos desarrollados, utilizaban algún tipo de método anticonceptivo.

Impacto de la pandemia de COVID 19 en la planificación familiar y la anticoncepción

[...]

**37.** Doce millones de mujeres perdieron el acceso a la anticoncepción, lo que provocó 1,4 millones de embarazos no deseados, y las interrupciones siguen siendo motivo de preocupación a la luz de los limitados datos y de algunas incoherencias entre los países que requieren un seguimiento y análisis continuos.

[...]

#### Aborto

**40. Las mujeres, las adolescentes, las niñas y todas las personas capaces de quedarse embarazadas tienen derecho a tomar decisiones informadas, libres y responsables sobre su reproducción, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, sin discriminación, coacción ni violencia. Este derecho, que se basa en el derecho a la autonomía corporal y a la libre determinación, garantiza a todas las personas capaces de quedarse embarazadas un control significativo sobre la posibilidad de**

**reproducirse o no. Los Estados “tienen la obligación básica de asegurar, por lo menos, los niveles esenciales mínimos de satisfacción del derecho a la salud sexual y reproductiva, lo que incluye medidas para prevenir el aborto inseguro”. El aborto seguro y legal es un componente necesario de los servicios sanitarios integrales.**

**41. En su Observación General N°. 36 (2018), el Comité de Derechos Humanos subrayó el deber de los Estados de proporcionar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada estén en riesgo, y cuando llevar el embarazo a término pueda causar a la mujer o la niña embarazada dolores o sufrimientos considerables, sobre todo cuando el embarazo sea resultado de una violación o incesto o no sea viable. Según el Comité de Derechos Humanos, aunque los Estados parte pueden adoptar medidas destinadas a regular las interrupciones voluntarias del embarazo, estas medidas no deben suponer una violación del derecho a la vida de la mujer o niña embarazada, ni de sus otros derechos recogidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El Comité respaldó esta declaración con la afirmación de que los Estados parte no deben regular el embarazo o el aborto de manera contraria a su deber de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que someterse a abortos inseguros, y que deben revisar sus leyes sobre el aborto en consecuencia.**

**42. Según un análisis del Centro de Derechos Reproductivos, unos 90 millones de mujeres en edad reproductiva viven en países que no permiten el aborto bajo ninguna circunstancia, ni siquiera**

cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro. La OMS ha declarado que la prestación de servicios de aborto integral y seguro es un servicio sanitario esencial que requiere tiempo.

**43.** Algunos Estados han creado un entorno propicio para el acceso a estos servicios, mientras que otros han seguido creando más barreras. Varios Estados han impuesto restricciones o han reintroducido regulaciones y prácticas o requisitos de planificación familiar que han hecho más inaccesible el aborto, que es sensible al tiempo. Mientras que varios Estados de todo el mundo han reconocido los derechos de salud sexual y reproductiva como servicios esenciales durante la pandemia, en Europa, Austria, Croacia, Alemania y Rumania no lo han hecho y 11 Estados de los Estados Unidos de América han expuesto la opinión contraria en algún momento de la pandemia. Polonia ha tomado medidas para aprobar una legislación más regresiva sobre el aborto y para silenciar las voces discrepantes; en el Brasil, el Ministerio de Sanidad introdujo la obligación de informar a la policía sobre el acceso al aborto en casos de violación; y las mujeres de Italia y la Federación de Rusia se han enfrentado a obstáculos que han restringido o retrasado el acceso al aborto seguro. Al mismo tiempo, la introducción de la telemedicina para el aborto en el Brasil, Irlanda y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; la legalización del aborto en Argentina; la flexibilización de la normativa en Francia y Alemania; y las medidas *ad hoc* en Sudáfrica permitieron un mayor acceso al aborto seguro y legal en medio de la pandemia. Recientemente, el Gobierno de los Estados Unidos anunció que no aplicaría las restricciones



de dispensación de medicamentos para el aborto durante la emergencia sanitaria nacional.

### *C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes*

**44. Los adolescentes tienen derecho a expresar su opinión sobre todas las cuestiones relacionadas con la salud y la sexualidad, y a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, información y educación gratuitos, confidenciales y adaptados a los adolescentes, disponibles tanto en línea como en persona.** “La falta de acceso a esos servicios contribuye a que las adolescentes sean el colectivo de mujeres con mayor riesgo de morir o de sufrir lesiones graves o permanentes durante el embarazo y el parto”. Los servicios de salud para adolescentes deben incluir información, pruebas, diagnósticos, atención y tratamiento relacionados con el VIH; e información sobre la anticoncepción y el uso de preservativos, así como sobre el aborto seguro y el posaborto.

[...]

*D. Apoyo integral a los supervivientes de la violencia sexual y de género de todos los géneros: prevención y respuesta*

**51. El acceso a una atención física y mental integral para las supervivientes de la violencia sexual y doméstica de todos los géneros forma parte de la gama completa de atención de salud sexual y reproductiva de calidad que los Estados tienen la obligación de proporcionar, incluido el acceso a la prevención posterior a la exposición,**

**la anticoncepción de emergencia y los servicios de aborto seguro.** El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha reconocido que este apoyo integral es también una forma de reparación para las supervivientes de la violencia de género, que constituye una forma de discriminación contra la mujer prohibida por el derecho consuetudinario, y una violación de sus derechos, que puede equivaler a tortura o malos tratos, y en ciertos casos puede constituir un delito internacional.

[...]

**81.** Gran parte de la discriminación a la que se enfrentan las mujeres y las niñas en relación con sus derechos de salud sexual y reproductiva puede atribuirse a la instrumentalización y politización de sus cuerpos.

**82.** La Relatora Especial observa una cultura patriarcal global, un clima regresivo y un retroceso en el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva y la oposición a la igualdad de género. Los avances logrados en las últimas décadas en estos ámbitos corren el riesgo de retroceder, dejando de lado los derechos y las perspectivas de las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+.



**Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, sobre la pandemia por COVID-19, A/75/163, A/75/163, 16 de julio de 2020.**

[...]

II. La interdependencia e interrelación de los derechos, y su conexión con la COVID-19

[...]

**19.** Son muchos los casos que ilustran la interrelación de los derechos humanos en esta pandemia, como la desigualdad de género y la violación de los derechos de las mujeres, incluido el de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como la vulneración del derecho de toda persona a no ser discriminada. En los Estados Unidos de América, las tasas de morbilidad y letalidad de la COVID-19 entre las personas afrodescendientes han sido desproporcionadas. A escala mundial, los pueblos indígenas también corren un mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la COVID-19, dado su peor estado de salud, su menor acceso a los servicios sanitarios y unos determinantes subyacentes y sociales de la salud menos favorables.

**20.** El Relator Especial insta a los organismos estatales a que recopilen datos sobre género, origen

étnico, edad y otros rasgos que podrían dar lugar a un trato discriminatorio para exigir las responsabilidades oportunas y reparar inmediatamente las consecuencias de dicho trato.

[...]

VI. Los sistemas de asistencia médica, la cobertura sanitaria universal, la asistencia internacional y la COVID-19

[...]

Servicios y centros de atención sanitaria

**55.** Los centros de salud mal financiados no han podido absorber toda la demanda que ha generado la pandemia; pero los derechos humanos se han visto vulnerados incluso en aquellos países que procuraron paliar ese déficit de capacidad habilitando instalaciones provisionales. Por ejemplo, se han aplicado criterios discriminatorios a la hora de seleccionar a quiénes podían hacerse las pruebas pertinentes y recibir el tratamiento necesario, excluyendo del racionamiento a grupos marginados como los romaníes, los afrodescendientes y las personas mayores. **Durante la pandemia, también quedó mermada en todo el mundo la capacidad para prestar servicios sanitarios ajenos a la COVID-19, como los de salud sexual y reproductiva en los países ricos.**

[...]



**Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Privación de libertad y derecho a la salud,**

A/HRC/38/36,  
10 de abril de 2018.

[...]

**8.** En los dos últimos siglos las restricciones de la libertad de movimientos se han convertido en el instrumento habitual de control social para promover la seguridad pública, la “moral” y la salud pública. Ello incluye la reclusión a causa de conductas que la sociedad califica de “inmorales”, entre otros, de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, los jóvenes rebeldes, los consumidores de drogas y las mujeres que ejercen su derecho a elegir en lo relativo a la prevención y la interrupción del embarazo. El internamiento se ha convertido en una respuesta institucional a problemas sociales complejos, que afectan particularmente a grupos y comunidades abandonados por las políticas públicas y socioeconómicas. Hay quienes alegan que los sistemas y las instituciones penitenciarios son instrumentos poderosos para silenciar a la oposición o a los “otros”, o bien mediante sanciones penales o bien mediante un diagnóstico médico y el aislamiento.

[...]

**14.** Por otra parte, hay muchos indicios que apuntan a un incremento del internamiento para delitos de importancia menor y como respuesta automática a problemas relacionados con la seguridad pública, el orden social, la inmigración, la oposición política o la “moralidad”. En algunos casos se aplican desproporcionadamente respuestas punitivas para hacer frente a la violencia o al extremismo radical entre los jóvenes. Se encarcela a un número creciente de mujeres, y es preocupante el número de personas detenidas por decisiones relacionadas con sus derechos a la salud reproductiva. El confinamiento de refugiados e inmigrantes que van en busca de seguridad y refugio sigue planteando un desafío crítico.

[...]

**19.** El Relator Especial destaca cinco formas en que son evidentes las vinculaciones entre el derecho a la salud y el internamiento y la privación de libertad:

[...]

- b) Los marcos jurídicos y las políticas públicas punitivas que hacen más probable el encarcelamiento dificultan la realización del derecho a la salud. Entre esos marcos y políticas figuran las leyes que penalizan determinadas conductas, identidades o condiciones (el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género, el consumo de drogas, la situación en relación con el VIH, el hecho de no seguir un trata-**

miento para la tuberculosis y la exposición a enfermedades infecciosas) y los servicios de salud necesarios únicamente para las mujeres (como el aborto); [...]

[...]

**75. Las leyes y disposiciones jurídicas penales que restringen el acceso a productos, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva también contribuyen al encarcelamiento de las mujeres.** En algunos Estados, facilitar información sobre la prevención o la interrupción del embarazo o materiales considerados contrarios a las ideas de “moralidad” o “decencia” se castiga con sanciones que van desde las multas hasta la prisión. Las leyes penales también se han utilizado para encausar a mujeres por otros tipos de conducta, como el hecho de no seguir las órdenes del médico durante el embarazo, no abstenerse de mantener relaciones sexuales u ocultar un nacimiento. **En los países donde el aborto es ilegal, las mujeres se exponen a la prisión por haber solicitado un aborto y servicios de emergencia por complicaciones relacionadas con el embarazo, incluso a causa de un aborto espontáneo. El temor a ser objeto de cargos penales por “complicidad” con el aborto puede hacer que los encargados de prestar servicios de atención de la salud denuncien a las autoridades a mujeres que sufren complicaciones del embarazo.**

[...]

**78. Mantener a las mujeres fuera del sistema de justicia penal, por ejemplo aboliendo las leyes**

que penalizan el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva y la información al respecto, las relaciones sexuales consentidas entre adultos, los delitos contra la “moralidad” y los delitos de importancia menor relacionados con las drogas, es fundamental para proteger el derecho a la salud de esas personas.

[...]



**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 y 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 mujer están en peligro, cuando la mujer 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 y 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 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.**

IV. El derecho penal y otras restricciones jurídicas que afectan al derecho a la salud sexual y reproductiva

[...]

**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 forzado, 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 y 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 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 las y 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, 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** (entre ellos, los servicios de esterilización), **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, Acceso a los medicamentos y la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad,**  
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.

[...]

*A. Normas y obligaciones sobre el derecho a la salud que guardan relación con la mortalidad derivada de la maternidad*

**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, Sr. Paul Hunt, sobre el derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental,**

E/CN.4/2004/49

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 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, alrededor de 19 millones lo hacen en condiciones inseguras que son causa de 68 000 fallecimientos, o sea, el 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: ¿Hacen los responsables de los derechos humanos 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 CIPD (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer respecto de los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva.

[...]

**30.** [...] [L]os 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 comprensivo, con indicación de los lugares y plazos en los que pueda ponerse fin legalmente al embarazo. **Aunque 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.

[...]



**E**

## RELATOR ESPECIAL SOBRE LA LIBERTAD DE RELIGIÓN O DE CREENCIAS



**Informe del Relator Especial sobre la libertad de religión o de creencias, Sr. Ahmed Shaheed, sobre violencia de género y discriminación en nombre de la religión o las creencias,**  
A/HRC/43/48,  
24 de agosto de 2020.

[...]

*A. Violencia y discriminación por razón de género resultantes de las leyes y políticas del Estado que se basan en “justificaciones” religiosas*

5. Restricciones Estatales al acceso a los derechos sexuales y reproductivos

**28.** El Relator Especial señala que, en varios países del mundo, los gobiernos siguen manteniendo prohibiciones parciales o totales del acceso al aborto, y los líderes religiosos han alentado esas medidas y han abogado en contra de los esfuerzos por reformar las leyes. En las consultas sobre América Latina, se afirmó que los edictos religiosos discriminatorios influían en las leyes y políticas que restringían los derechos sexuales y reproductivos en la región, incluidas, entre otras, las prohibiciones parciales o



totales del acceso al aborto y la anticoncepción, las prohibiciones de las tecnologías de reproducción asistida y la cirugía de reasignación de género, y los límites a la oferta de educación sexual basada en pruebas.

**29.** Se señaló que cuatro Estados de la región aplicaban prohibiciones completas del aborto, que en dos Estados las mujeres y las niñas podían ser enjuiciadas por tener abortos espontáneos y que las limitaciones de otros países habían menoscabado gravemente el acceso de las mujeres al aborto en circunstancias en que denegarlo causaba graves sufrimientos. Según se informó, tres cuartas partes de los abortos de la región se practican en condiciones de riesgo debido a impedimentos legales para acceder a ellos en condiciones seguras, lo que da lugar a altas tasas de mortalidad materna prevenible en la Argentina, el Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Paraguay, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela.

[...]

*B. Violencia de género y discriminación por parte de entidades del sector privado con motivaciones religiosas*

[...]

2. Excepciones sobre la base de las creencias religiosas

**43.** Una esfera de especial preocupación en lo que respecta a la adaptación de la legislación

nacional a las creencias religiosas es el uso de la objeción de conciencia por parte de las instituciones y los profesionales sanitarios que no están dispuestos a practicar abortos o a proporcionar acceso a anticonceptivos por motivos religiosos. En el Uruguay, por ejemplo, las mujeres pueden optar por abortar, pero en ciertas regiones hasta el 87 % de los proveedores de servicios médicos se niegan a realizar abortos. Los participantes en las consultas del Relator Especial procedentes, entre otros países, de los Estados Unidos de América, Kenya y Polonia señalaron que la invocación de “cláusulas de conciencia” previstas por ley había hecho que el acceso al aborto legal no estuviera efectivamente al alcance de las mujeres en grandes partes de sus países. El Relator Especial señala que el Comité de Derechos Humanos ha expresado su preocupación por este fenómeno, y pone de relieve la ausencia de mecanismos eficaces de remisión para acceder a servicios médicos de aborto legal como resultado del ejercicio de la objeción de conciencia. El Relator Especial recuerda que el Comité de Derechos Humanos ha exhortado a los Estados a que velen por que las mujeres tengan acceso al aborto legal pese a que exista una objeción de conciencia del personal médico, que ha calificado como “obstáculo” al acceso (CCPR/C/POL/CO/7, párrs. 23 y 24; y CCPR/C/COL/CO/7, párrs. 20 y 21), y ha sugerido que la objeción de conciencia solo debería permitirse, si es que se permite, a los proveedores de servicios médicos de manera individual. El Relator Especial recibió información adicional sobre la discriminación de género por parte de particulares que se negaban a prestar servicios médicos o de otro tipo a mujeres, niñas y personas LGBT+ sobre la base de objeciones

religiosas. En las consultas celebradas en los Estados Unidos, por ejemplo, se señaló que algunas personas se negaban a prestar servicios a las personas LGBT+, entre otros en las esferas de la planificación familiar y la atención prenatal, el tratamiento de la esterilidad, la adopción, la vivienda, el alojamiento, el empleo y los servicios comerciales. En Sudáfrica ha aumentado considerablemente el número de “negativas por motivos de conciencia” autorizadas por el Estado en relación con la prestación de servicios de aborto legal o el reconocimiento del derecho de las personas LGBT+ a la no discriminación en el matrimonio civil.

[...]

**44.** Además, los participantes en todas las consultas informaron de que cada vez se estaba dando más cabida a las exenciones legales respecto a las medidas de lucha contra la discriminación por motivos de compromisos religiosos. Por ejemplo, los participantes en las consultas sobre América señalaron que esos resultados habían dado lugar al despido de empleadas embarazadas por no estar casadas; a la denegación, por parte de los seguros, de cobertura de servicios legales de salud reproductiva; a la negativa a recetar anticonceptivos y las trabas para poder acceder a servicios de aborto legal; y a la denegación de servicios y tratamientos de salud a las personas LGBT+.

[...]



**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. Sin embargo, **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 N°. 28

[...]

## VII. Recomendaciones

**76.** El Relator Especial recomienda a los Estados que:

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 deberán 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 redactó la Observación General N.º 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).

[...]



**F**

**GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA  
DETENCIÓN ARBITRARIA**



**Informe del Grupo de Trabajo sobre la  
Detención Arbitraria,**  
A/HRC/48/55,  
6 de agosto de 2021.

[...]

**Deliberación N°. 12 sobre mujeres privadas de libertad**

**17.** Las mujeres no deben ser privadas de su libertad sobre la base de leyes que sean discriminatorias de iure, como leyes que afectan única o desproporcionadamente a las mujeres, incluidas leyes que apuntan directamente a las mujeres en relación con su sexo o género, o que se basan en estereotipos y normas de género tradicionales. Además, las leyes que penalizan formas de comportamiento que no se criminalizan ni castigan con tanta dureza si son diseñadas por hombres o con base en formas de comportamiento que sólo pueden ser realizadas por mujeres son prima facie discriminatorias. Esto incluye delitos relacionados con el ejercicio de los derechos reproductivos, como el aborto, y ciertos delitos sexuales y/o relacionados con el “honor”, como el adulterio y la prostitución. En algunas circunstancias, la detención conforme

a leyes discriminatorias puede constituir una detención arbitraria con base en que la ley viola las normas internacionales de derechos humanos y, en consecuencia, la detención carece de base jurídica.

[...]

**Detención de mujeres en relación con la salud reproductiva**

**30.** El Grupo de Trabajo sigue profundamente preocupado por la práctica constante de detenciones a mujeres en relación con el ejercicio de sus derechos reproductivos.

**31.** La penalización de formas de conducta que sólo pueden ser realizadas por mujeres es prima facie discriminatoria, y, por lo tanto, las leyes que penalizan conductas relacionadas con las consecuencias de la falta de acceso y disfrute del más alto nivel posible de salud, o que criminalizan el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres debe considerarse prima facie discriminatorias.

**32.** Muchos Estados continúan prohibiendo o restringiendo severamente el acceso de las mujeres a servicios seguros para la interrupción del embarazo, exponiéndolas a responsabilidad penal y a la consiguiente detención por buscar u obtener abortos, sin excepciones ni consideración por circunstancias atenuantes. Estas leyes reflejan una forma de estereotipos de género, que instrumentalizan los cuerpos de las mujeres y, de hecho, las penalizan por conductas que contravienen los roles y expectativas de género socializados.

**33. Las leyes que criminalizan o restringen severamente el acceso de las mujeres al aborto no sólo son prima facie discriminatorias, sino que también pueden constituir violencia de género y violar otras disposiciones del derecho internacional de derechos humanos, incluido el derecho de la mujer a la vida y la prohibición de contra la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.**

**34. Al Grupo de Trabajo le preocupa especialmente la práctica, en algunos Estados y regiones, de criminalizar a las mujeres que sufren emergencias obstétricas. Las leyes que criminalizan los abortos espontáneos y otras complicaciones del embarazo que resultan en la muerte del feto son prima facie discriminatorias y reflejan una discriminación de género sistémica en la que a menudo se espera que las mujeres antepongan la vida potencial resultante de su embarazo a su propia vida. La detención de mujeres en estas circunstancias es innecesaria, desproporcionada y no tiene ningún propósito legítimo. Las emergencias obstétricas deben tratarse como una emergencia médica y brindarse a las mujeres atención médica física y mental adecuada con carácter de urgencia.**

**35. La detención de mujeres en relación con emergencias obstétricas también refleja problemas estructurales que rodean la capacidad de las mujeres de acceder y disfrutar del más alto nivel posible de salud. En particular, las leyes y políticas restrictivas sobre el aborto impactan de manera desproporcionada a las mujeres marginadas y desfavorecidas, en particular a las mujeres que viven en la pobreza, lo que refleja una profunda**

**discriminación contra las mujeres económicamente desfavorecidas que no pueden acceder a la atención médica necesaria, incluida la salud reproductiva.**

**36. Además, la detención de mujeres en estas circunstancias suele ir acompañada de una falta del debido proceso,** y las mujeres sufren violaciones sistémicas de sus derechos procesales, como la falta de asistencia jurídica efectiva, la recopilación irregular de pruebas, como la práctica de extraer confesiones de mujeres que buscan atención de emergencia, y la evaluación de pruebas a través de una lente de género basada en estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad.



**Opinión núm. 19/2020, relativa a Imelda Cortez Palacios (El Salvador),**  
A/HRC/WGAD/2020/19,  
25 de junio de 2020.

[...]

**5.** El 17 de abril de 2017 aproximadamente a las 17 horas, la Sra. Cortez Palacios sintió fuertes dolores abdominales por lo que se dirigió a la letrina, ubicada fuera de su casa. En la letrina sintió un desgarramiento interno, un fuerte sangrado y se desmayó. Su familia la encontró en delicado estado de salud y pidió ayuda para llevarla al hospital. Al llegar al Hospital [...] se le dio ingreso por sangramiento excesivo y bajo el diagnóstico de parto extrahospitalario.

**6.** [...] la médica de turno, a pesar del grave estado de salud de la Sra. Cortez Palacios, la interrogó agresivamente y con violencia psicológica, preguntándole en dónde había dejado al bebé. La Sra. Cortez Palacios explicó que sintió que le salió algo cuando estaba en el servicio. En ese momento la médica dio aviso a las autoridades, que se apersonaron en el hospital y se dirigieron al domicilio de la Sra. Cortez Palacios. A su vez, ante la presión y el desconcierto, la Sra. Cortez Palacios denunció a su padrastro, señalando que habría abusado sexualmente de ella de forma repetida desde los 12 años de edad, obligándola a guardar silencio y amenazando con usar violencia contra su familia.

**7.** Aproximadamente a las 19 horas del mismo 17 de abril de 2017, agentes de la Policía Nacional recibieron una llamada del Hospital Nacional reportando el ingreso de una mujer con síntomas de haber sufrido un aborto. Al llegar al lugar de residencia de la Sra. Cortez Palacios realizaron una búsqueda en el terreno, resultando con el hallazgo de una bebé recién nacida. A las 20 horas, agentes de la policía detuvieron a la Sra. Cortez Palacios en el Hospital Nacional de Jiquilisco, acusándola de aborto culposo.

[...]

**9.** El 20 de abril de 2017, el Juzgado Segundo de Paz de Jiquilisco decretó la detención provisional de la Sra. Cortez Palacios y la acusó de homicidio agravado en grado de tentativa, convocando a audiencia inicial para el día siguiente. Al concluir la audiencia inicial, el 21 de abril de 2017, el Juzgado

determinó la procedencia de la detención provisional, al considerar la naturaleza grave del delito, junto con la supuesta existencia de elementos de convicción.

**10.** [...] En una evaluación psicológica realizada el 18 de abril de 2017, el experto describió que la capacidad intelectual de la Sra. Cortez Palacios era deficiente y podía presentar “un leve retraso mental”. El 17 de mayo de 2018 se emitió otro peritaje psicológico indicando que la Sra. Cortez Palacios presentaba cuadros de depresión, ansiedad y temor, debido al abuso sexual sufrido, así como una leve discapacidad intelectual e indicadores asociados al retraso sociocultural.

[...]

**36.** Se alega que la detención de la Sra. Cortez Palacios constituye una discriminación por sexo y género ya que obedece a una serie de prácticas basadas en el estereotipo que dicta que las mujeres deben asumir un rol de madre, incluso en situaciones extremas de indefensión, como lo es la pérdida del conocimiento a causa de un parto extrahospitalario, el temor invencible causado por las amenazas del violador y el hecho de que desconocía su estado de embarazo y no había contado con ningún tipo de control prenatal.

[...]

**56.** Además, en el presente caso, el Grupo de Trabajo considera que las autoridades de El Salvador no debieron haber aplicado la figura de aborto u homicidio culposo, para un caso en el que una

mujer pobre y con discapacidad psicosocial sufrió una emergencia obstétrica. El Grupo de Trabajo es consciente de que en la legislación penal de El Salvador dicho delito no prevé excepciones, lo que ha resultado en la criminalización de emergencias obstétricas que han afectado el alumbramiento o que produzcan la muerte de recién nacidos. **Lo anterior, implica la aplicación del derecho penal de manera discriminatoria y desproporcionada en contra de las mujeres, particularmente las mujeres pobres que no pudieron acceder a servicios de salud reproductiva, lo que hace que la norma sea contraria al derecho internacional.** Cuando una disposición penal sobre la que se basa una detención vulnera el principio de legalidad, en este caso por ser discriminatoria, hace que dicha detención carezca de fundamento jurídico.

[...]

**64.** Al respecto, el Grupo de Trabajo destaca que la Constitución reconoce “como persona humana a todo ser humano desde la concepción” (art. 1). Ello ha llevado a que se criminalice sistemáticamente a mujeres que sufren emergencias obstétricas, la gran mayoría de ellas en situación de pobreza. De la información al alcance del Grupo de Trabajo, se desprende que entre 2000 y 2011, 129 mujeres fueron judicializadas por aborto u homicidio agravado, con penas de entre 30 y 50 años de prisión. De acuerdo a la información recibida, el 68 % de las mujeres fueron sentenciadas cuando tenían entre 18 y 25 años, el 22 % cuenta con bajo nivel de escolarización, el 82 % percibe escasos o nulos ingresos económicos y, en su mayoría, provienen de zonas rurales o urbanas marginales.

**65.** El Grupo de Trabajo recibió información de que, entre 2002 y 2010, el 57,36 % de las denuncias registradas por sospechas de aborto procedieron de los profesionales de la salud pública, en violación al deber de secreto profesional y de confidencialidad. Incluso le llamó la atención el hecho de que se ha generalizado la práctica por parte del personal de salud y las autoridades policiales de esposar a las mujeres a las camillas cuando todavía se encuentran recibiendo tratamiento médico.

**66.** El Grupo de Trabajo ha encontrado que este tema ha sido reiteradamente mencionado en revisiones periódicas de la situación de los derechos humanos en El Salvador y se le han efectuado reiteradas recomendaciones al respecto. En este contexto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó a El Salvador reforzar el acceso de niñas, adolescentes y mujeres en zonas rurales a servicios de adecuados de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar y prevención de embarazos precoces y abortos riesgosos.

**67.** El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales ha expresado su preocupación por estos temas reiteradamente, en especial “los casos de mujeres que han acudido al sistema de salud en situación de grave riesgo para su salud y han sido denunciadas por sospecha de haber cometido aborto”.

**68.** Por su parte, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos también se ha expresado “horrorizado” por las consecuencias



de la prohibición absoluta del aborto y el castigo de mujeres por emergencias obstétricas: “Parece ser que solamente mujeres de orígenes pobres y humildes son las que están encarceladas, una característica delatadora de la injusticia sufrida”.

**69.** La Comisión Interamericana de Derechos Humanos a su vez ha encontrado problemas significativos por la criminalización absoluta del aborto, por ejemplo,

al imponer una carga desproporcionada en el ejercicio de los derechos de las mujeres y las niñas y crear un contexto facilitador de abortos inseguros, desconoce las obligaciones internacionales que tiene el Estado de respetar, proteger y garantizar los derechos de las mujeres a la vida, a la salud y a la integridad. La criminalización absoluta del aborto también tiene profundas consecuencias en el sistema nacional de salud, en el sistema penitenciario y en el sistema de protección de la niñez en el país.

Dichas sentencias no respetarían las garantías judiciales de las acusadas, y prevalecerían estereotipos negativos.

[...]

**71.** En ese sentido, el Comité de Derechos Humanos manifestó en 2018 su preocupación por

las desproporcionadas condenas de hasta 40 años de prisión que se imponen, bajo acusación del delito de homicidio agravado,

no solo a las mujeres que tratan de abortar, sino también a mujeres que han sufrido un aborto espontáneo.

### **El Comité recomendó al Estado**

**revisar todos los casos de mujeres que han sido encarceladas por delitos relacionados con el aborto, con el objetivo de asegurar su puesta en libertad, y garantizar a estas mujeres el acceso a asistencia jurídica y el cumplimiento del debido proceso**

[...]

**74.** En el presente caso, el Grupo de Trabajo fue convencido de que la detención de la Sra. Cortez Palacios constituye una discriminación por sexo y género ya que obedece a una serie de prácticas basadas en el estereotipo que dicta que las mujeres deben asumir un “rol de madre”, incluso en situaciones extremas de indefensión, como lo es la pérdida del conocimiento a causa de un parto extrahospitalario, el temor invencible causado por las amenazas del violador y el hecho de que desconocía su estado de embarazo, además de que no había contado con ningún tipo de control prenatal. Por la información recibida, el Grupo de Trabajo constató que la Sra. Cortez Palacios enfrentó obstáculos particulares en el acceso a la justicia por ser una mujer pobre y con discapacidad psicosocial.





**Opinión núm. 68/2019, relativa a Sara del Rosario Rogel García, Berta Margarita Arana Hernández y Evelyn Beatriz Hernández Cruz (El Salvador), A/HRC/WGAD/2019/68, 4 de marzo de 2020.**

[...]

**100. El Grupo de Trabajo observa que la prohibición absoluta del aborto ha llevado a que se criminalice sistemáticamente a mujeres que sufren emergencias obstétricas, la gran mayoría de ellas en situación de pobreza.** La información recibida indica que, entre 2000 y 2011, 129 mujeres fueron judicializadas por aborto u homicidio agravado, con penas de entre 30 y 50 años de prisión. De acuerdo con la información recibida, el 68 % de las mujeres fueron sentenciadas cuando tenían entre 18 y 25 años, el 22 % cuenta con bajo nivel de escolarización, el 82 % percibe escasos o nulos ingresos económicos y, en su mayoría, provienen de zonas rurales o urbanas marginales.

[...]

**110.** En el presente caso, el Grupo de Trabajo identificó que las tres mujeres detenidas carecieron de los controles mínimos de salud durante el embarazo y los delitos que les imputaron estuvieron directamente relacionados con emergencias obstétricas. La detención fue discriminatoria sobre la base del género, pues obedece a prácticas generalizadas que consideran que las mujeres, en

grave estado de salud y condiciones de indefensión, deben poner por encima de su vida propia, la posible vida que sea resultado de su embarazo, aun cuando se encuentren inconscientes o vulnerables, presumiendo su mala fe.

[...]

**114.** El Grupo de Trabajo observa que este caso no solo refleja una profunda discriminación de las tres mujeres detenidas por su género, sino que muestra problemas estructurales en el ejercicio de varios derechos fundamentales, incluyendo igualdad en el acceso a servicios de salud para personas vulnerables y en situaciones *per se* discriminatorias, como la pobreza. El problema del presente caso no es solo la legislación aplicada, la cual debe ser reformada integralmente con urgencia, sino también la interpretación que las autoridades judiciales hacen de la misma. Dicha interpretación, contraria a los derechos humanos y la dignidad de la mujer, hace además que el ejercicio de funciones oficiales de policía, y de prestación de servicios de salud, se lleve a cabo de forma violatoria de los derechos consagrados en el Pacto y la Declaración Universal de Derechos Humanos. El resultado son medidas privativas de libertad innecesarias, desproporcionadas, que no buscan un fin legítimo, y parecieran irrazonables en su implementación.

**115. El Grupo de Trabajo considera discriminatorio un marco normativo que recae solo sobre un género y restringe los derechos de las mujeres** de la forma en que el presente caso lo refleja. **Para el Grupo de Trabajo, una ley, sentencia o política pública**

que restrinja el derecho a la libertad personal criminalizando conductas que están relacionadas con las consecuencias derivadas de la falta de acceso y disfrute del más alto nivel posible de salud, violencia obstétrica o que criminalicen el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer, deber ser considerada *prima facie* como discriminatoria.



## G

### GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS



Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis, A/HRC/47/38, 28 de abril de 2021.

[...]

**13.** Las mujeres y las niñas han señalado como crisis gravemente desatendidas la alta incidencia los embarazos forzados y precoces causados por abusos sexuales, la falta de educación sexual integral o prácticas nocivas como el matrimonio infantil, así como la violencia de bandas. Muchos problemas de salud sexual y reproductiva implican aspectos de salud mental, que también se descuidan y se intensifican en situaciones de crisis. La toxificación del planeta es una crisis menos visible que tiene consecuencias devastadoras para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, ya que contribuye a la infertilidad, los abortos, los partos prematuros, el adelanto de la menstruación y la menopausia, los cánceres del aparato reproductor y la disminución de la lactación, entre otras cosas.

[...]

## 2. Derechos en materia de salud sexual y reproductiva

**16.** Actualmente, el hecho de que mujeres y niñas no puedan disfrutar de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva constituye un importante obstáculo para la igualdad de género y pone de manifiesto profundas desigualdades. Se calcula que cada día se producen 810 muertes maternas en todo el mundo, y que cada año se practican 25 millones de abortos peligrosos, lo que provoca aproximadamente 47 000 muertes al año, principalmente en países en desarrollo y entre los miembros de poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas y marginadas. Cada 16 segundos se produce una muerte fetal. Más de 200 millones de mujeres que quieren evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos modernos debido a múltiples obstáculos. A millones de mujeres y niñas se les impide gestionar su ciclo menstrual con seguridad y dignidad. Estos resultados y obstáculos se amplifican significativamente en tiempos de crisis.

[...]

**18.** El Grupo de Trabajo recuerda que los derechos en materia de salud sexual y reproductiva están claramente establecidos en el derecho internacional. Forman parte integrante de 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, así como de los derechos económicos, sociales y culturales, como los derechos a la salud, la educación y el trabajo y el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y los derechos transversales a la no discriminación y la igualdad. El derecho de la mujer a controlar su fertilidad es fundamental para la efectividad de esos derechos, y para la autonomía y la capacidad de actuación de la mujer. **Los Estados tienen la obligación de garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva estén disponibles y sean accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad. Las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas deben ser atendidas para garantizar la igualdad sustantiva.**

[...]

**20.** Las normas internacionales de derechos humanos relativas a la salud sexual y reproductiva siguen aplicándose durante las situaciones de crisis. Los Estados tienen el deber de seguir cumpliendo sus obligaciones básicas cuando se produce una crisis, lo que incluye la obligación de proporcionar acceso a los servicios de planificación familiar, incluidos los anticonceptivos de emergencia, los servicios de salud materna y los servicios de aborto sin riesgo y de atención y asesoramiento posteriores al aborto para las personas que los necesiten, prevenir y tratar el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, garantizar el acceso a educación e información integrales sobre la salud sexual y reproductiva y velar por que las supervivientes de la violencia de género

tengan acceso, entre otros, a servicios integrales de apoyo psicosocial, tratamiento médico y atención de la salud mental. Las obligaciones internacionales de derechos humanos relativas a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva son complementarias a las del derecho internacional humanitario, el derecho de los refugiados y el derecho penal. El Grupo de Trabajo recuerda que los agentes no estatales, como los grupos armados, también están obligados a respetar las normas internacionales de derechos humanos.

[...]

#### 1. Leyes, políticas y prácticas discriminatorias

**22. La denegación del acceso a diversas formas de atención de la salud reproductiva, como la atención de la salud materna, incluida la atención obstétrica de urgencia, y la penalización del aborto constituyen un profundo incumplimiento de la obligación de garantizar la igualdad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.** La denegación del acceso a toda la gama de información y servicios de anticoncepción, así como la no eliminación de los obstáculos que impiden acceder a ellos, y los estereotipos que presentan el “papel natural” de la mujer como madre para justificar dicha denegación, constituyen una forma de discriminación contra las mujeres y las niñas que pone en peligro su bienestar.

**23. Las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva están vinculadas a la discriminación estructural. Estas violaciones adoptan múltiples formas, como la esterilización**

**forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o postergación del aborto sin riesgo o de 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, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, que se han reconocido como formas de violencia por razón de género y que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante. El enjuiciamiento y el encarcelamiento de las mujeres y las niñas por un aborto espontáneo o una muerte fetal son discriminatorios y vulneran derechos humanos muy diversos.**

**24.** Los protocolos y las salvaguardias legales que aseguran la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento libre e informado y la adopción libre e informada de decisiones, sin coacción, discriminación o temor a la violencia, son necesarios para garantizar la igualdad en el disfrute de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. El estigma que a menudo se atribuye a las condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, como la fístula obstétrica, la menstruación, el aborto, el embarazo en la adolescencia y las infecciones de transmisión sexual, tiene sus raíces en estereotipos de género discriminatorios y normas patriarcales que deben eliminarse a través de políticas e intervenciones adecuadas.

[...]

**26.** [...] Durante la pandemia de COVID-19 se ha suspendido o postergado la prestación de una

amplia gama de servicios y bienes esenciales de salud sexual y reproductiva, entre ellos los servicios e información en materia de anticoncepción; los servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto; las mamografías, la detección del cáncer de cuello de útero y las pruebas y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; los servicios de apoyo a las mujeres y niñas sometidas a mutilación genital femenina; y los tratamientos de fertilidad. Los tratamientos para la disforia de género también se han visto interrumpidos, con graves consecuencias psicológicas para las personas afectadas.

**27.** El Grupo de Trabajo subraya el papel crucial que desempeñan diversos actores en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Todos los sectores de la sociedad —particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada— tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. **El Estado, además de ejercer las obligaciones de diligencia debida sobre los actos de particulares y de agentes no estatales que puedan perjudicar los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, debe proporcionar un entorno propicio que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades y promueva el respeto de esos derechos. Los proveedores de servicios de salud deben estar sujetos a reglamentación para evitar que se vulneren los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, mediante la obstrucción**

**del acceso a bienes y servicios, la difusión de información errónea o la denegación de atención por motivos de conciencia o religión. Su conducta debe ajustarse a las normas de derechos humanos y a sus obligaciones éticas como profesionales de la atención de la salud.**

[...]

**29.** La OMS ha pedido que se flexibilicen ciertos requisitos y se reduzcan los obstáculos durante la pandemia de COVID-19 para evitar retrasos en la obtención de acceso a determinados bienes y servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos y los servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto. Una práctica prometedora de algunos Estados ha sido la ampliación del acceso al aborto médico autogestionado, por ejemplo a través de la telemedicina. El Grupo de Trabajo señala que la partería comunitaria puede desempeñar un papel crucial en la respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva durante una crisis, complementando la escasez de recursos humanos y garantizando la cobertura de los servicios, en particular en las zonas remotas, y facilitando al mismo tiempo un enfoque intercultural de la atención, que es un componente esencial de una atención aceptable y de buena calidad en ciertas comunidades.

[...]

**33.** El Grupo de Trabajo observa con preocupación que las prioridades de los donantes dirigen a menudo las intervenciones en situaciones de

crisis humanitaria, y la igualdad de género no siempre es una de ellas. Al parecer, 7 de los 11 principales donantes gubernamentales habrían destinado solo el 2 % de los fondos a programas específicos para la igualdad de género, aunque las mujeres y las niñas representan alrededor del 50 % de la población en situaciones humanitarias. Los servicios de salud sexual y reproductiva no suelen considerarse esenciales o urgentes, a pesar de las vulnerabilidades y los riesgos específicos a que se enfrentan las mujeres y las niñas. La anticoncepción, el aborto y la salud de las adolescentes no suelen considerarse elementos prioritarios. La salud menstrual y la gestión de los dolores menstruales apenas reciben atención. En algunos casos, ni siquiera los servicios de maternidad se financian adecuadamente ni reciben la debida prioridad porque no se perciben como una cuestión “humanitaria”. Las supervivientes de la violencia suelen quedarse sin acceso a bienes y servicios esenciales, como los anticonceptivos de emergencia, la profilaxis posterior a la exposición y los servicios de aborto sin riesgo y de asesoramiento psicológico.

**34.** La “ley mordaza global” es una política perjudicial instituida por un importante país donante, que se ha aplicado de forma intermitente a la ayuda internacional. Ha tenido consecuencias catastróficas para las mujeres y las niñas y para los sistemas de salud de muchos países en desarrollo, como el aumento de los embarazos no planeados y los abortos peligrosos, además de la estigmatización del aborto, la inhibición de la información sobre el aborto seguro y legal y la represión de las campañas a favor la reforma de la ley en caso de existir

restricciones. Los Estados donantes y los actores internacionales tienen la obligación de cumplir las normas de derechos humanos relativas a la salud sexual y reproductiva y no deben ejercer su influencia para imponer restricciones a la información y los servicios.

[...]

**39.** [...] El Grupo de Trabajo acoge con satisfacción el reconocimiento por los tribunales de los daños causados por la violencia sexual y reproductiva durante los conflictos y la concesión de reparaciones. Los Estados han sido considerados responsables de no proteger los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en casos relacionados con el acceso al aborto terapéutico, la atención sanitaria materna no discriminatoria y oportuna, los malos tratos durante el parto y el acceso a información y servicios de anticoncepción.

**40.** El Grupo de Trabajo denuncia en los términos más enérgicos la persecución y criminalización de las mujeres y niñas acusadas de haber abortado, incluso en casos de aborto espontáneo y muerte fetal. Condena los requisitos de denuncia que contribuyen al “paso directo del hospital a la cárcel” para las mujeres que han abortado o de las que se sospecha que han abortado, así como la tipificación como delito de la participación en la práctica de abortos, que afecta a profesionales de la salud, incluidas las matronas, especialmente en tiempos de crisis cuando no se puede acceder fácilmente a los servicios de salud institucionales.

[...]

**48.** [...] Una estrategia básica de la oposición organizada ha sido socavar en su conjunto los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres, utilizando como eje su oposición ideológica al aborto. Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, incluidas las opciones para prevenir e interrumpir de forma segura un embarazo no deseado, deben ser plenamente reconocidos y apoyados en todo momento para evitar graves violaciones de su integridad corporal y su autonomía. Más recientemente, algunos Estados han afirmado de forma engañosa que los defensores de la igualdad de género están promoviendo una “ideología de género” perjudicial, con el fin de incrementar e instrumentalizar la división ideológica y de socavar las protecciones legalmente garantizadas.

[...]

**53.** Las situaciones de crisis pueden aprovecharse para restringir el acceso de las mujeres y las niñas a determinados servicios de salud reproductiva. Durante la pandemia de COVID 19, varios países restringieron el acceso a los servicios de aborto y suspendieron las operaciones de los equipos móviles que prestaban servicios de anticoncepción a comunidades rurales y marginadas por considerarlos no esenciales, y hubo nuevos intentos de revocar leyes y políticas existentes.

[...]

**71.** Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas se descuidan

sistemáticamente, no por falta de recursos o conocimientos técnicos, sino por el desprecio generalizado por la dignidad, la integridad corporal y la autonomía de las mujeres. Las cuestiones de la salud sexual y reproductiva son intrínsecas a todas las mujeres y niñas y están ligadas a su capacidad para vivir con dignidad y ejercer su autonomía. El hecho de que no se garanticen los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas es discriminatorio y constituye una grave crisis en sí mismo.

[...]

**77.** El Grupo de Trabajo recomienda que los Estados:

- a) Garanticen el acceso a una gama completa de información y servicios de anticoncepción para mujeres y niñas, incluidos los anticonceptivos de emergencia, y aumenten la disponibilidad de estos en situaciones de crisis;
- b) Despenalicen el aborto, amplíen el acceso a los servicios de aborto seguro, que incluyan el aborto médico y la atención posterior al aborto, y eliminen las barreras legales al aborto en situaciones de crisis;**
- e) Adopten medidas para hacer de la capacidad de actuación, la autonomía, la intimidad

[...]



y el consentimiento informado de las mujeres y las niñas el elemento central de todas las leyes y políticas de salud sexual y reproductiva y garanticen el acceso a información precisa al respecto, **eliminen los requisitos que dan lugar a retrasos o denegaciones de la atención de salud sexual y reproductiva y menoscaban la autonomía de las mujeres y las niñas, como los requisitos que exigen el consentimiento de terceros y la aprobación de juntas médicas, y adopten disposiciones contra las denegaciones de atención basadas en la conciencia o la religión;**

- f)** Tomen medidas para hacer frente al enfoque paternalista y de medicalización excesiva que existe en los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas tanto a nivel de políticas como en la práctica, y reorienten esos servicios en torno a normas y procedimientos que permitan a las mujeres y las niñas salvaguardar su integridad corporal, su autonomía y su capacidad de actuación;

[...]

- j)** Eliminen los estereotipos discriminatorios de las mujeres y las niñas y el estigma y los tabúes asociados a la salud sexual y reproductiva en la legislación, las políticas y la práctica.

**80.** El Grupo de Trabajo recomienda que los Estados:

- a)** Se movilicen activamente contra las ideologías políticas conservadoras de carácter religioso y racial que menoscaban la igualdad de género;



**Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, Mujeres privadas de libertad, A/HRC/41/33, 15 de mayo de 2019.**

[...]

**38.** Las mujeres pueden verse privadas de libertad cuando no se ajustan al estereotipo de la buena madre. Esos estereotipos se manifiestan particularmente en la criminalización, detención y confinamiento de las mujeres embarazadas que consumen o se sospecha que consumen drogas. Con frecuencia se enfrentan a penas de prisión por intento de aborto, aborto espontáneo o por perjudicar al bebé mediante el consumo de drogas durante el embarazo. Además, desafiar las normas dominantes sobre qué constituye la maternidad por lo general se considera una circunstancia agravante al dictar sentencia, mientras que ser padre constituye en la mayoría de los casos una circunstancia atenuante.



[...]

**40.** En los Estados donde el aborto está penalizado, las mujeres se exponen a ser encarceladas por la decisión de interrumpir un embarazo, en algunos casos incluso cuando su propia seguridad está en peligro o cuando el feto no es viable. En algunos países, se persigue penalmente y se encarcela a mujeres incluso cuando la interrupción del embarazo no fue decisión suya, como en caso de aborto espontáneo. Ha habido casos de fiscales que emprendieron actuaciones contra mujeres que habían tenido un aborto (ya fuera espontáneo o inducido) y pidieron el castigo más severo posible, lo que dio lugar a una pena de prisión más larga.

[...]



**Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. Reafirmación de la igualdad y lucha contra los retrocesos,**  
A/HRC/38/46,  
14 de mayo de 2018.

[...]

*Autonomía de la mujer y derechos sexuales y reproductivos*

**31.** En este contexto de auge de los fundamentalismos y las reacciones ante los derechos de las mujeres se sitúa el actual discurso internacional sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Demasiadas mujeres se ven privadas de su salud sexual y reproductiva y los correspondientes derechos. Aunque la tasa de mortalidad materna ha disminuido, más de 800 mujeres siguen muriendo al día de causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, estando en mayor peligro la vida de las mujeres más marginadas. Se calcula que unos 225 millones de mujeres carecen de acceso a métodos anticonceptivos esenciales modernos, lo cual resulta a menudo en embarazos no planeados. En el caso de las niñas, el embarazo y el parto constituyen una de las causas de muerte más habituales en los países en desarrollo, y las menores de 15 años corren cinco veces más peligro. Al año mueren unas 47 000 mujeres como consecuencia de abortos peligrosos, y otros 5 millones sufren discapacidad temporal o permanente.

**32.** En algunos países sigue pesando sobre las mujeres la amenaza de sanciones penales por determinadas conductas en la esfera sexual o de la reproducción, como el adulterio, la prostitución y el trabajo sexual y la interrupción del embarazo. En otros incluso se acusa de asesinato a las mujeres cuando tienen un aborto espontáneo o una complicación obstétrica (véase A/HRC/32/44). La criminalización de conductas que se atribuyen exclusivamente a las mujeres es intrínsecamente discriminatoria. Cabe decir lo mismo de denegar a las mujeres la adopción autónoma de decisiones y el acceso a servicios que solo ellas necesitan y desatender sus necesidades

específicas en materia de seguridad y salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

**33.** Cerca del 25 % de la población mundial habita en países cuya legislación en materia de aborto es muy restrictiva. El Grupo de Trabajo ha documentado la influencia en la adopción de decisiones ejercida en numerosos países por movimientos conservadores religiosos politizados para detener o invertir los avances emprendiendo en distintas regiones una labor concertada dirigida a mantener o incluso implantar prohibiciones a la interrupción del embarazo. En unos cuantos países se ha procurado imponer una prohibición total, incluso en los casos en que el embarazo pone en peligro la vida de la embarazada. También ha habido iniciativas dirigidas a limitar en mayor medida la financiación de anticonceptivos. No todos los tribunales de categoría superior de distintas regiones han refrendado el compromiso con los derechos humanos de las mujeres en materia de interrupción del embarazo que se observa en varias decisiones innovadoras adoptadas por tribunales supremos.

**34.** La Relatora Especial sobre los derechos culturales ha demostrado que se cometen violaciones fundamentalistas y extremistas de los derechos culturales con el objeto de limitar el disfrute de los derechos humanos de las mujeres y restringir los derechos sexuales y reproductivos de todos (véase A/HRC/34/56). Al respecto, el Grupo de Trabajo reafirma que los casos de objeción de conciencia de proveedores de atención sanitaria no tienen cabida cuando esa objeción pone en peligro la salud o la vida de una mujer.

**35.** El derecho de una mujer o una niña a adoptar decisiones autónomas sobre su cuerpo y sus funciones reproductivas ocupa el centro mismo de su derecho fundamental a la igualdad y la privacidad, que guarda relación con asuntos íntimos ligados a la integridad física y psicológica y es condición esencial para el disfrute de otros derechos. Los países donde las mujeres tienen derecho a interrumpir el embarazo, así como acceso a información y a todos los métodos anticonceptivos, son los que presentan las tasas más bajas de interrupción del embarazo. En los países donde el aborto provocado está restringido por 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. Como demuestran claramente datos de la OMS, penalizar la interrupción del embarazo no reduce el número de mujeres que recurren a procedimientos de aborto. Por el contrario, es probable que aumente el número de mujeres que recurren a soluciones clandestinas y peligrosas. De hecho, al año se siguen practicando 25 millones de abortos peligrosos.

**36.** En el marco del actual discurso, la necesidad de que los derechos humanos de las mujeres ocupen un lugar central en las consideraciones de política respecto de la interrupción del embarazo queda difuminada por la retórica y el poder político que apuntalan el argumento de que existe un equilibrio simétrico entre los derechos de dos entidades: la mujer y el feto. Sin embargo, en el derecho internacional de los derechos humanos no se plantea este orden de argumentación. En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 quedó establecido, y en el

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos confirmado, que los derechos humanos concedidos con arreglo al derecho internacional de los derechos humanos corresponden a quienes ya han nacido. En el artículo 1 de la Declaración Universal se afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Quienes creen que la condición de persona empieza en el momento de la concepción tienen potestad para actuar con arreglo a sus creencias, pero no para imponer sus creencias a otros sirviéndose del ordenamiento jurídico.

**37. El Grupo de Trabajo reitera que gran parte de la discriminación que padecen las mujeres en cuanto a su derecho a acceder a servicios sanitarios relacionados con el embarazo y su consiguiente mala salud por causas prevenibles, así como la mortalidad materna y la morbilidad, puede achacarse a la instrumentalización y politización del cuerpo y la salud de la mujer (véase A/HRC/32/44). Criminalizar la interrupción del embarazo es una de las manifestaciones más perjudiciales de esa instrumentalización, al exponer a las mujeres a riesgos para su vida o su salud y privarlas de autonomía en la adopción de decisiones.** La falta de acceso universal a educación sexual integral y a información y servicios sobre anticonceptivos, en particular en el caso de las adolescentes y las niñas, y la práctica del matrimonio infantil dan lugar a embarazos en la adolescencia y a la exclusión de las niñas de la educación y el empleo, lo cual limita su disfrute de otros muchos derechos.

[...]



**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 de 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.

**107.** En cuanto a la atención de la salud sexual y reproductiva, el Grupo de Trabajo formula las siguientes recomendaciones a los Estados:

a) Abolir la prohibición de los métodos anti-conceptivos, incluidos los anticonceptivos de urgencia, y facilitar el acceso a anticonceptivos modernos y asequibles.

[...]

c) 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.

d) 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.

[...]



### III) 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 cuarto ciclo de revisión para cada país inició en 2022. El último proceso de revisión a Guatemala se realizó en octubre de 2022 durante la 42ª sesión del Consejo de Derechos Humanos.**



**Consejo de Derechos Humanos. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Guatemala, A/HRC/53/9, 26 de abril de 2023**

[...]

## II. Conclusiones y/o recomendaciones

**90.** Guatemala examinará las recomendaciones que figuran a continuación y les dará respuesta a su debido tiempo, pero a más tardar en el 53er periodo de sesiones del Consejo de Derechos Humanos:

[...]

**90.106** Garantizar a todas las personas el acceso sin trabas a la igualdad, la salud y los servicios sexuales y reproductivos y a una educación sexual integral (Sudáfrica);

**90.107** Garantizar a todas las personas el acceso sin trabas a los servicios de salud sexual y reproductiva y a una educación sexual integral (Islandia);

**90.108** Velar por que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad (Montenegro);

**90.109** Aprobar una estrategia nacional de educación sexual integral y reforzar las políticas de

acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población que incluya los anticonceptivos de emergencia (México);

**90.110** Promover el acceso de las mujeres y las niñas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en especial a la prevención de los embarazos infantiles, proporcionando a los adolescentes acceso a una educación sexual completa y a servicios integrales de salud sexual y reproductiva (Suecia);

**90.111** Aplicar medidas eficaces para hacer frente al elevado índice de embarazos de niñas y adolescentes y garantizar su acceso efectivo a la atención y los servicios de salud sexual y reproductiva y los programas de educación (Bélgica);

**90.112** Despenalizar el aborto y asegurar a todas las personas el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Noruega);

**90.113** Despenalizar el aborto y garantizar que todas las personas embarazadas tengan acceso a un aborto en condiciones de seguridad, tanto en la legislación como en la práctica (Islandia);

**90.114** Despenalizar el aborto en todas las circunstancias, garantizando así la dignidad, autonomía corporal y bienestar de las mujeres y las niñas (Chequia);

**90.115** Reforzar su sistema de atención de la salud materna, sin dejar de respetar su obligación de proteger y promover el derecho a la vida (Burkina Faso);



**90.116** Aumentar la asignación presupuestaria destinada a los programas de salud y mortalidad materna y de menores de 5 años (Viet Nam);

**90.117** Asignar fondos suficientes a los programas de lucha contra la mortalidad materna y de menores de 5 años (Burkina Faso);

**90.118** Adoptar nuevas medidas para mejorar el sistema nacional de atención de la salud y ampliar el acceso a los servicios médicos, así como reducir el nivel de mortalidad materna y de menores de 5 años (Belarús);

[...]

[...]

**112.55** Velar por el respeto de los derechos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad mediante la abolición de todas las prácticas de esterilizaciones forzosas y abortos coercitivos de mujeres y niñas con discapacidad, y la investigación y sanción de los autores (Argentina).

[...]



**Consejo de Derechos Humanos. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Guatemala, A/HRC/37/9, 2 de enero de 2018.**



[...]

## II. Conclusiones y/o recomendaciones

**112.** Las recomendaciones que figuran a continuación, formuladas durante el diálogo interactivo, han sido examinadas por Guatemala, que ha tomado nota de ellas:

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

# 1.2

## 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 periodos 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.

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

## I) COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS (CCPR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

El **CCPR** es el órgano responsable de monitorear la implementación del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, que entró en vigor el **23 de marzo de 1976** y fue ratificada por el **Estado salvadoreño** en **1979**.

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 partes**.

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

## Observaciones Generales



Observación General N°. 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,  
3 de septiembre de 2019.

**8. Aunque los Estados parte pueden adoptar medidas para regular la interrupción voluntaria del embarazo, estas no se deben traducir en la violación del derecho a la vida de la mujer o la niña embarazada, ni de los demás derechos que se les reconocen en el Pacto.** Por lo tanto, las restricciones a la capacidad de las mujeres o las niñas de recurrir al aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro su vida ni someterlas a dolores o sufrimientos físicos o mentales de manera que se viole el artículo 7 del Pacto, ni suponer una discriminación contra ellas o una injerencia arbitraria en su vida privada. **Los Estados parte deben proporcionar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada corran peligro, o cuando llevar el embarazo a término causaría dolores o sufrimientos considerables a la mujer o la niña embarazada, especialmente si el embarazo es consecuencia de una violación o incesto, o si no es viable.** Además, los Estados parte no pueden regular el embarazo o el aborto en todos los demás supuestos de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres y las niñas no tengan que recurrir a abortos peligrosos, y deberían revisar en consecuencia la

legislación pertinente. Por ejemplo, **no deberían adoptar medidas tales como la penalización del embarazo de las mujeres solteras, o la aplicación de sanciones penales a mujeres y niñas que se sometan a un aborto, ni a los proveedores de servicios médicos que las ayuden para ello, ya que, así, las mujeres y niñas se verían obligadas a recurrir a abortos en condiciones de riesgo.** Los Estados parte deberían eliminar los obstáculos existentes al acceso efectivo de las mujeres y las niñas a un aborto sin riesgo y legal, incluidos los derivados del ejercicio de la objeción de conciencia por proveedores individuales de servicios médicos, y no deberían introducir nuevas barreras. Los Estados parte también deberían proteger eficazmente la vida de las mujeres y las niñas contra los riesgos para la salud mental y física asociados con los abortos practicados en condiciones de riesgo. En particular, deberían garantizar el acceso de mujeres y hombres y, especialmente, niñas y niños, a información y educación de calidad y basada en datos empíricos en materia de salud sexual y reproductiva, así como a una amplia gama de métodos anticonceptivos asequibles, y prevenir la estigmatización de las mujeres y niñas que recurran al aborto. Los Estados parte deberían garantizar a las mujeres y las niñas una atención sanitaria prenatal y posterior al aborto de calidad, en todas las circunstancias y de manera confidencial, así como el acceso efectivo a esa atención.



**Observación General N° 28 La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3),**  
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 parte 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. [...]

[...]

## Observaciones Finales



**Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Guatemala, CCPR/C/GTM/CO/4, 7 de mayo de 2018.**

[...]

### *C. Principales motivos de preocupación y recomendaciones*

[...]

#### Interrupción voluntaria del embarazo y derechos reproductivos

**14.** El Comité toma nota de la aprobación de un protocolo para atender el aborto terapéutico, cuando este es necesario para salvar la vida de la madre, y de la iniciativa de ley que pretende despenalizar el aborto en los casos de violación de niñas. No obstante, le sigue preocupando la criminalización del aborto, la cual resulta en un elevado número de abortos inseguros y en procesamientos y condenas a penas excesivas de prisión. El Comité permanece preocupado por los altos índices de embarazo adolescente, la falta de acceso a anticonceptivos de emergencia, salvo en los casos de violación, y por las informaciones que denuncian la falta de servicios adecuados de salud reproductiva y una deficiente ejecución del programa para impartir educación integral en sexualidad. Asimismo, le preocupan las

informaciones sobre las prácticas de esterilizaciones forzosas y abortos coercitivos de mujeres y niñas con discapacidad (arts. 2, 3, 6, 7, 17 y 26).

#### **16.** 15. El Estado parte debe:

- a)** Modificar su legislación para garantizar el acceso legal, seguro y efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo cuando la vida o la salud de la mujer o niña embarazada estén en riesgo, y cuando llevar a término el embarazo podría ocasionar un daño o sufrimiento sustancial a la mujer o niña embarazada, especialmente en los casos en que el embarazo sea el resultado de una violación o incesto o cuando no sea viable;
- b)** Velar por que las mujeres y niñas que hayan recurrido al aborto y los médicos que les presten asistencia no sean objeto de sanciones penales, dado que tales sanciones obligan a las mujeres y niñas a recurrir al aborto en condiciones poco seguras;
- c)** Garantizar el acceso pleno a los servicios de salud sexual y reproductiva, a anticonceptivos de emergencia y a una educación integral en sexualidad para sensibilizar a hombres, mujeres, niños y niñas en todo el país;
- d)** Asegurar que se sigan todos los procedimientos para obtener el consentimiento pleno e informado de las



personas con discapacidad en la práctica de esterilización o aborto.

[...]



**Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Guatemala, CCPR/C/GTM/CO/3, 19 de abril de 2012.**

prohibición del aborto para evitar que las mujeres tengan que buscar servicios de aborto clandestino que pongan en peligro sus vidas o su salud en casos tales como cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o incesto. El Estado parte debe asegurar que los servicios de salud reproductiva sean accesibles para todas las mujeres y adolescentes, en todas las regiones del país. Asimismo, el Estado parte debe multiplicar los programas de educación y sensibilización a nivel formal (escuelas y colegios) e informal (medios de comunicación) sobre la importancia del uso de anticonceptivos y los derechos a la salud reproductiva.

[...]

### *C. Principales motivos de preocupación y recomendaciones*

[...]

**20.** El Comité expresa su preocupación por la criminalización del aborto cuando este es consecuencia de una violación o incesto, lo cual que obliga a las mujeres embarazadas a buscar servicios de abortos clandestinos que ponen en peligro sus vidas y su salud. El Comité también está preocupado por el mantenimiento de altos índices de embarazos de adolescentes y de mortalidad materna, a pesar de los esfuerzos del Estado parte para prevenirlos (arts. 3 y 6).

El Estado parte debe, a la luz del artículo 3 de la Constitución, incluir excepciones adicionales a la



**Consideración de los Informes Presentados por los Estados parte bajo el Artículo 40 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos, República de Guatemala, CCPR/CO/72/GTM, 27 de agosto de 2001.**

[...]

*C. Motivos de preocupación y recomendaciones*

[...]

**19.** La penalización de todo aborto con penas tan severas como las previstas por la legislación vigente, salvo por peligro de muerte de la madre, plantea graves problemas, sobre todo a la luz de informes incontestados sobre la alta incidencia en la mortalidad materna de los abortos clandestinos y la falta de información sobre la planificación familiar.

El Estado Parte tiene el deber de garantizar el derecho a la vida (art. 6) de las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo, proporcionándoles la información y los medios necesarios para garantizarles sus derechos, y enmendando la ley para establecer excepciones a la prohibición general de todo aborto, salvo peligro de muerte de la madre.

[...]



## II) COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (CESCR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

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** al cual **Guatemala** se adhirió en **1988**.

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.

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

## Observaciones Generales



**Observación General N° 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrafos 1 b), 2, 3, y 4 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/25, 30 de abril de 2020.**

[...]

**33.** Un enfoque que tenga en cuenta el género es de particular importancia para el derecho a la salud sexual y reproductiva. Los Estados parte deben asegurar el acceso a las tecnologías científicas actualizadas necesarias para la mujer en relación con este derecho. En particular, los Estados parte deberían asegurar el acceso a formas modernas y seguras de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, los medicamentos para el aborto, las tecnologías de reproducción asistida y otros bienes y servicios sexuales y reproductivos, sobre la base de la no discriminación y la igualdad, como se indica en la Observación General N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Se debería prestar especial atención a la protección del consentimiento libre, previo e informado de las mujeres en los tratamientos o las investigaciones científicas sobre la salud sexual y reproductiva.

[...]



**Observación General N° 24 (2017), sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales, E/C.12/GC/24, 10 de agosto de 2017.**

[...]

**21.** El papel y el efecto cada vez mayores de los agentes privados en sectores tradicionalmente públicos, como la salud o la educación, plantean nuevos desafíos a los Estados parte en lo que respecta al cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Pacto. La privatización no está, en sí misma, prohibida por el Pacto, ni siquiera en esferas como el suministro de agua o de electricidad, la educación o la atención de salud en que la función del sector público ha sido tradicionalmente prominente. No obstante, los proveedores privados deberían ser objeto de normativas estrictas que les impongan las denominadas “obligaciones de los servicios públicos”: en el caso del suministro de agua o de electricidad, estas pueden incluir requisitos relacionados con la universalidad de la cobertura y la continuidad de los servicios, las políticas de fijación de precios, el nivel de calidad y la participación de los usuarios. **De manera análoga, los proveedores de atención de salud privados deberían tener prohibido denegar el acceso a servicios, tratamientos o información asequibles y adecuados. Por ejemplo, cuando los profesionales**

de la atención de salud pueden invocar la objeción de conciencia para negarse a prestar determinados servicios de salud sexual y reproductiva, como el aborto, deberían derivar a las mujeres o niñas que demandan esos servicios a otro profesional, dentro de un radio geográfico razonable, que esté dispuesto a prestar esos servicios.

[...]



Observación General N° 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; la privacidad y el respeto por la vida familiar; y 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.

[...]

Obligación de respetar

[...]

**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. Cabe mencionar, como ejemplos, las leyes por las que se penaliza el aborto, la no revelación de la condición de seropositivo, la exposición al VIH y a su transmisión, 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 requisitos de autorización de 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.**

[...]

### C. Obligaciones básicas

**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;

[...]

### V. Violaciones

[...]

**56.** Las violaciones de la obligación de respetar 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 N° 20, la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de 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 N° 14 (2000), 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.

La mujer y el derecho a la salud

**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.

## Observaciones Finales



**Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Guatemala,**  
E/C.12/GTM/CO/4,  
11 de noviembre de 2022.

[...]

### Salud sexual y reproductiva

**46.** Preocupa al Comité la prohibición restrictiva del aborto cuya única excepción es el aborto terapéutico para proteger la vida de la madre y bajo condiciones estrictas. Preocupa al Comité las altas tasas de embarazo en la adolescencia y las elevadas tasas de mortalidad materna que, entre otros factores, se deben a la falta de disponibilidad y accesibilidad de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva y de información (art. 12).

**47.** El Comité recomienda al Estado parte que:

- a)** Revise la actual prohibición del aborto a fin de hacerla compatible con otros derechos fundamentales, como el de la salud y la vida de la mujer, así como con su dignidad;
- b)** Garantice la accesibilidad y disponibilidad de información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y de calidad, incluyendo el acceso a planificación familiar, para todas las mujeres y adolescentes en el

Estado parte, y especialmente en las zonas rurales y remotas;

- c)** Tome las medidas legislativas y administrativas necesarias para prevenir la mortalidad y morbilidad maternas, tomando en consideración las orientaciones técnicas de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad;
- d)** Tome en consideración su Observación General N°. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva.



**Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Guatemala,**  
E/C.12/GTM/CO/3,  
9 de diciembre de 2014.

[...]

### Salud sexual y reproductiva

**23.** El Comité reitera su preocupación por la insuficiencia y la inadecuación de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente para las

jóvenes y las mujeres, lo que sigue dando lugar a tasas de mortalidad materna elevadas y a altas tasas de embarazo en la adolescencia (E/C.12/1/Add.93, párr. 25). El Comité observa con inquietud que el Estado parte solo exima de responsabilidad los abortos realizados para evitar peligro para la vida o salud de la madre y que los abortos inseguros o ilegales siguen siendo una de las principales causas de la mortalidad materna (arts. 10 y 12).

El Comité recomienda al Estado parte que redoble su labor para reducir la alta tasa de embarazos de adolescentes y asegure la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en las zonas rurales. Asimismo, recomienda al Estado parte que incorpore una amplia educación sobre salud sexual y reproductiva en los programas escolares, tomando en consideración la edad de los niños, en la enseñanza primaria y secundaria, e implante programas de educación y concienciación de la opinión pública a este respecto. El Comité insta al Estado Parte a que revise su legislación en materia de aborto y a que estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición del aborto, incluyendo para los casos de embarazos resultantes de violación o incesto. También recomienda al Estado parte que garantice el acceso a instalaciones, suministros y servicios de salud para reducir los riesgos previos y posteriores al aborto.

[...]

## Quejas individuales



**Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación N.º 2425/2014,** CCPR/C/119/D/2425/2014, 11 de julio de 2017. (Caso Siobhán Whelan vs Irlanda, acceso a la interrupción del embarazo)

[...]

Deliberaciones del Comité

[...]

*Examen de la cuestión en cuanto al fondo*

[...]

**7.5** El Comité considera suficientemente probado que la autora se encontraba en una situación de gran vulnerabilidad tras recibir la noticia de que su embarazo muy deseado no era viable. Tal y como se ha documentado en los informes psicológicos presentados al Comité, su situación física y mental se vio agravada por las circunstancias que se enumeran a continuación, derivadas del marco legislativo vigente en Irlanda, y por el trato dispensado a la autora por algunos de los profesionales sanitarios que la atendieron en Irlanda: la autora no pudo seguir recibiendo del sistema de salud irlandés tratamiento ni la correspondiente cobertura del seguro médico;

se sintió abandonada por el sistema de salud irlandés y tuvo que recabar sola la información sobre sus opciones médicas; se vio obligada a elegir entre seguir con una gestación que no era viable o viajar a otro país embarazada de un feto que iba a morir, sufragando personalmente los gastos y sin el apoyo de su familia; sufrió la vergüenza y el estigma asociados a la penalización del aborto de un feto con una enfermedad incompatible con la vida; tuvo que dejar los restos mortales del bebé en un país extranjero; y no recibió en Irlanda la orientación necesaria y apropiada para superar su duelo. Una gran parte del sufrimiento padecido por la autora podía haberse mitigado si se le hubiera permitido interrumpir su embarazo en el entorno familiar de su propio país y con la atención de profesionales de la salud conocidos y de su confianza, y si hubiera recibido las prestaciones sanitarias necesarias, que existían en Irlanda y que habría podido disfrutar si hubiera llevado adelante su embarazo no viable para dar a luz a un feto nacido muerto en Irlanda.

**7.6** El Comité considera que el sufrimiento de la autora se vio agravado aún más por los obstáculos con que tropezó para obtener de los profesionales sanitarios que conocía y que eran de su confianza la información que necesitaba acerca de las opciones médicas apropiadas. El Comité observa que la ley de información sobre el aborto restringe legalmente los supuestos en los que una persona puede proporcionar información relativa a los servicios de aborto permitido por la ley disponibles en Irlanda o en el extranjero, y considera delito que se propugne o promueva la interrupción del embarazo. El Comité observa además que no se ha rebatido la afirmación

de la autora de que los profesionales sanitarios de Irlanda no le facilitaron información clara y detallada sobre cómo interrumpir su embarazo en otro país ni sobre qué otros profesionales de la salud podían facilitarle dicha información, lo cual interfirió con la prestación de los cuidados médicos y del asesoramiento que necesitaba y agravó sus padecimientos.

**7.7** El Comité considera que, si se toman en su conjunto los hechos descritos en los párrafos 7.5 y 7.6 supra, queda establecido que la autora sufrió un elevado nivel de angustia provocado por una combinación de actos y omisiones atribuibles al Estado parte, lo cual implica que se vulneró la prohibición de infligir tratos crueles, inhumanos o degradantes establecida en el artículo 7 del Pacto. [...]

[...]

**7.8** La autora afirma también que, al negarle la única opción que habría respetado su integridad física y psicológica y su autonomía reproductiva en las circunstancias del presente caso (la de interrumpir su embarazo en Irlanda), el Estado parte se injirió de manera arbitraria en su derecho a la intimidad reconocido en el artículo 17 del Pacto. El Comité recuerda su jurisprudencia en el sentido de que el artículo 17 abarca la decisión de una mujer de solicitar la interrupción del embarazo. En el presente caso, el Estado parte se injirió en la decisión de la autora de no continuar con un embarazo inviable, en virtud del artículo 40, párrafo 3, apartado 3, de la Constitución y de la Ley de Delitos contra la Persona. En estas circunstancias, la cuestión que debe dirimir

el Comité no es si esta injerencia tiene fundamento jurídico en el derecho interno, sino si la aplicación del derecho interno fue arbitraria según el Pacto, pues incluso las injerencias previstas en la ley deben estar en consonancia con las disposiciones, los propósitos y los objetivos del Pacto y ser, en todo caso, razonables en las circunstancias particulares del caso. El Estado parte aduce a este respecto que la injerencia no fue arbitraria, dado que fue proporcional a los objetivos legítimos del Pacto, teniendo en cuenta un delicado equilibrio entre la protección del feto y los derechos de la mujer.

**7.9** El Comité considera que el equilibrio por el que el Estado parte ha optado entre la protección del feto y los derechos de la mujer en el presente caso no puede justificarse. A este respecto, el Comité recuerda su dictamen en el asunto *Mellet c. Irlanda*, que trataba de una negativa similar a autorizar la interrupción de la gestación de un feto con malformaciones incompatibles con la vida. El Comité observa que, al igual que en el asunto *Mellet c. Irlanda*, impedir a la autora interrumpir su embarazo en Irlanda le ocasionó una grave angustia y constituyó una injerencia intrusiva en su decisión de cómo afrontar su embarazo pese a la no viabilidad del feto. Teniendo en cuenta lo que antecede, el Comité considera que la injerencia del Estado parte en la decisión de la autora no es razonable y que, por consiguiente, constituye una injerencia arbitraria en el derecho de la autora a la intimidad, en contravención del artículo 17 del Pacto.

[...]

**7.12** El Comité recuerda el párrafo 13 de su Observación General N.º 18 sobre la no discriminación, en que declara que “no toda diferenciación de trato constituirá una discriminación, si los criterios para tal diferenciación son razonables y objetivos y lo que se persigue es lograr un propósito legítimo en virtud del Pacto”. El Comité toma nota de la alegación de la autora de que se le negó, debido a su sexo, el acceso a los servicios médicos que necesitaba para preservar su autonomía, dignidad e integridad física y psicológica; que, por el contrario, en Irlanda no se espera de los pacientes varones y los pacientes en otras situaciones que descuiden sus necesidades en materia de salud ni que viajen al extranjero en relación con sus funciones reproductivas; y que la penalización del aborto en el Estado parte la sometió a un estereotipo de género según el cual la función primordial de una mujer es reproductiva y maternal. El Comité considera que la diferenciación de trato de que fue objeto la autora con respecto a otras mujeres que decidían llevar a término una gestación no viable creó una distinción jurídica entre mujeres en situaciones similares, con lo cual no se tuvieron en cuenta adecuadamente sus necesidades médicas ni sus circunstancias socioeconómicas, y no se cumplieron los requisitos de razonabilidad, objetividad y legitimidad de los fines. Por consiguiente, el Comité concluye que el hecho de que el Estado parte no prestara a la autora los servicios que esta necesitaba constituyó discriminación y una violación de los derechos que la asisten en virtud del artículo 26 del Pacto.

[...]

9. De conformidad con el artículo 2, párrafo 3 a), del Pacto, el Comité considera que el Estado parte tiene la obligación de proporcionar a la autora un recurso efectivo. Esto significa que debe proporcionar plena reparación a las personas cuyos derechos reconocidos en el Pacto hayan sido vulnerados. Por consiguiente, el Estado parte está obligado, entre otras cosas, a conceder a la autora una indemnización adecuada y poner a su disposición el tratamiento psicológico que necesite. El Estado parte tiene también la obligación de adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro. A tal efecto, debe modificar su legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, incluida su Constitución si fuera necesario, a fin de garantizar el cumplimiento del Pacto, lo que entraña, entre otras cosas, procedimientos eficaces, oportunos y accesibles para la interrupción del embarazo en Irlanda, y adoptar medidas para que el personal sanitario esté en condiciones de proporcionar, sin temor a ser objeto de sanciones penales, información completa sobre los servicios de aborto sin riesgo, según lo indicado en el presente dictamen.



**Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación n.º 2324/2013, CCPR/C/116/D/2324/2013, 17 de noviembre de 2016. (Caso Amanda Jane Mellet vs. Irlanda, interrupción del embarazo en un país extranjero).**

[...]

Deliberaciones del Comité

[...]

*Examen de la cuestión en cuanto al fondo*

[...]

**7.4** El Comité considera que el hecho de que una conducta o acción concreta sea legal con arreglo al derecho interno no significa que no pueda infringir el artículo 7 del Pacto. En virtud del marco legislativo vigente, el Estado parte sometió a la autora a situaciones de intenso sufrimiento físico y psíquico. La autora, una mujer embarazada en situación muy vulnerable después de saber que el embarazo que tanto había deseado no era viable, y como se ha documentado, entre otros en los informes psicológicos presentados al Comité, vio su angustia física y mental agravada por no poder seguir recibiendo atención médica y cobertura del seguro médico del sistema irlandés de asistencia sanitaria

para su tratamiento; la necesidad de elegir entre continuar un embarazo no viable o viajar a otro país mientras gestaba un feto que iba a morir, asumir ella misma los gastos y estar privada del apoyo de su familia, y regresar cuando aún no se había recuperado totalmente; la vergüenza y el estigma asociados a la penalización del aborto de un feto afectado por una dolencia incompatible con la vida; el hecho de tener que abandonar los restos fetales y de que más tarde se los enviaran por mensajería sin previo aviso; y la negativa del Estado parte a prestarle la atención necesaria y adecuada para recuperarse del aborto y superar el duelo. Muchas de las experiencias negativas descritas que vivió la autora podrían haberse evitado si no se le hubiese prohibido interrumpir su embarazo en el entorno familiar de su propio país y con la atención de profesionales de la salud conocidos en los que confiaba y si se le hubieran concedido las prestaciones sanitarias que necesitaba y estaban disponibles en Irlanda, que otros percibían, y a las que ella podría haber tenido acceso si hubiera llevado adelante su embarazo no viable para dar a luz en Irlanda a un mortinato.

**7.5** El Comité considera que el sufrimiento de la autora se vio agravado aún más por los obstáculos que enfrentó para recibir de profesionales de la salud conocidos y de su confianza la información necesaria sobre las opciones médicas adecuadas. El Comité observa que la Ley de Información sobre el Aborto restringe legalmente las circunstancias en las que una persona puede proporcionar información sobre los servicios lícitos de aborto disponibles en Irlanda o en el extranjero, y prohíbe que se propugne o promueva la interrupción del embarazo. El Comité observa

además la afirmación no rebatida de la autora de que los profesionales de la salud no le proporcionaron esa información en su caso, y de que no recibió información esencial de carácter médico sobre las restricciones aplicables a los abortos en el extranjero y los tipos de interrupciones más apropiados para su nivel de gestación, con lo que dejaron de prestarle la atención médica y el asesoramiento que necesitaba y exacerbaron su angustia.

**7.6** El Comité observa además, como se indica en el párrafo 3 de su Observación General N°. 20, que el texto del artículo 7 no admite limitaciones y no se puede invocar justificación o circunstancia atenuante alguna como pretexto para violar el artículo 7 por cualesquiera razones. En consecuencia, el Comité considera que, en su conjunto, los hechos que anteceden constituyeron un trato cruel y degradante en violación del artículo 7 del Pacto.

**7.7** La autora afirma que, al negarle la única opción que habría respetado su integridad física y psicológica y su autonomía reproductiva en las circunstancias del caso (permitiéndole interrumpir su embarazo en Irlanda), el Estado se injirió de manera arbitraria en su derecho a la vida privada reconocido en el artículo 17 del Pacto. El Comité recuerda su jurisprudencia en el sentido de que la decisión de una mujer de solicitar la interrupción del embarazo es una cuestión que queda comprendida en el ámbito de esta disposición. En el presente caso, el Estado parte se injirió en la decisión de la autora de no continuar con un embarazo no viable. La injerencia en este caso era posible en virtud del artículo 40.3.3 de la Constitución y, por lo tanto, no



era ilegal con arreglo al derecho interno del Estado parte. Sin embargo, la cuestión que debe determinar el Comité es si esa injerencia fue ilícita o arbitraria en virtud del Pacto. El Estado parte sostiene que no hubo arbitrariedad, dado que la injerencia fue proporcionada a los objetivos legítimos del Pacto y tuvo cuidadosamente en cuenta el equilibrio entre la protección del feto y los derechos de la mujer.

**7.8** El Comité considera que el equilibrio por el que el Estado parte ha optado entre la protección del feto y los derechos de la mujer en el presente caso no puede justificarse. El Comité recuerda su Observación General N°. 16 (1998) sobre el derecho a la intimidad, según la cual con el concepto de arbitrariedad se pretende garantizar que incluso cualquier injerencia prevista en la ley esté en consonancia con las disposiciones, los propósitos y los objetivos del Pacto y sea, en todo caso, razonable en las circunstancias particulares del caso. El Comité observa que el embarazo muy deseado de la autora no era viable, que las opciones que se le ofrecieron fueron inevitablemente una fuente de un sufrimiento intenso, y que su viaje al extranjero para interrumpir su embarazo tuvo importantes consecuencias negativas para ella, como se describe más arriba, que podrían haberse evitado si se le hubiera permitido abortar en Irlanda, lo que resultó en daños en contravención del artículo 7. Sobre esa base, el Comité considera que la injerencia en la decisión de la autora sobre la mejor manera de afrontar su embarazo no viable no fue razonable y fue arbitraria, en vulneración del artículo 17 del Pacto.

**7.10** El Comité observa que, en virtud del régimen jurídico del Estado parte, las mujeres embarazadas cuyo feto presenta una malformación incompatible con la vida y que no obstante deciden llevar la gestación a término siguen recibiendo la protección plena del sistema público de atención de salud. Sus necesidades médicas siguen estando cubiertas por el seguro de salud y durante el embarazo siguen beneficiándose de la atención y el asesoramiento de profesionales médicos públicos. Tras un aborto espontáneo o el parto de un mortinato, reciben toda la atención médica puerperal necesaria, así como atención para hacer frente al duelo. En cambio, las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no viable deben sufragarlo con sus propios recursos económicos, totalmente al margen del sistema público de atención de la salud. Se les niega la cobertura del seguro médico para ese fin, deben viajar al extranjero a sus expensas para que se les practique el aborto y asumir las cargas financieras, psicológicas y físicas derivadas del viaje, y se les niega la atención médica tras la interrupción del embarazo y el apoyo psicológico para hacer frente al duelo que necesitan. El Comité toma nota, además, de las alegaciones no refutadas de la autora de que, a fin de asegurar la interrupción de su embarazo no viable, se vio obligada a viajar al extranjero, contrayendo gastos que para ella eran difíciles de sufragar. También tuvo que realizar el viaje de regreso a Dublín tan solo 12 horas después del parto, dado que ella y su esposo no podían permitirse permanecer más tiempo en el Reino Unido.

[...]



**7.11** En el párrafo 13 de su Observación General N°. 28 (2000) relativa a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, el Comité afirma que “no toda diferenciación de trato constituirá una discriminación, si los criterios para tal diferenciación son razonables y objetivos y lo que se persigue es lograr un propósito legítimo en virtud del Pacto”. El Comité toma nota de la afirmación de la autora de que la penalización del aborto en el Estado parte la sometió a un estereotipo basado en el género sobre la función reproductiva de la mujer principalmente como madre, y que al estereotiparla como instrumento reproductivo se la sometió a discriminación. El Comité considera que la diferenciación de trato de que fue objeto la autora en relación con otras mujeres en situaciones similares no tuvo debidamente en cuenta sus necesidades médicas y sus circunstancias socioeconómicas ni cumplió los requisitos de razonabilidad, objetividad y legitimidad del propósito de tal diferenciación. En consecuencia, el Comité dictamina que la negativa del Estado parte a prestar a la autora los servicios que necesitaba constituyó una discriminación y vulneró los derechos que la amparan en virtud del artículo 26 del Pacto.

**8.** El Comité, actuando en virtud del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, dictamina que los hechos que tiene ante sí ponen de manifiesto una violación por el Estado parte de los derechos que asisten a la autora en virtud de los artículos 7, 17 y 26 del Pacto.

[...]



**Dictamen del Comité de Derechos Humanos a tenor del párrafo 4 del artículo 5 del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Comunicación N°. 1608/2007, L.M.R. vs Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007, 28 de abril de 2011.**

Deliberaciones del Comité

[...]

*Examen de la cuestión en cuanto al fondo*

[...]

**9.2** [...] El Comité considera que la omisión del Estado, al no garantizar a L.M.R. el derecho a la interrupción del embarazo conforme a lo previsto en el artículo 86, inc. 2 del Código Penal cuando la familia lo solicitó, causó a L.M.R. un sufrimiento físico y moral contrario al artículo 7 del Pacto, tanto más grave cuanto que se trataba de una joven con una discapacidad. En este sentido el Comité recuerda su Observación General N°. 20 en la que señala que el derecho protegido en **el artículo 7 del Pacto no sólo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral.**

[...]

**9.4** El Comité toma nota de las alegaciones de la autora en el sentido de que el Estado parte, al no disponer de mecanismos para que a L.M.R. se le permitiera interrumpir su embarazo, es responsable por omisión de una violación del artículo 2 del Pacto. El Comité observa que los recursos judiciales promovidos internamente para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo fueron resueltos favorablemente para L.M.R. con el fallo de la Suprema Corte de Justicia. Sin embargo, para llegar a ese resultado la autora debió pasar por tres instancias judiciales, el periodo del embarazo se prolongó de varias semanas, con las consecuencias que ello implicaba para la salud de L.M.R. y motivó que, finalmente, tuviera que acudir a su realización de manera clandestina. Por estas razones el Comité considera que la autora no dispuso de un recurso efectivo y que los hechos descritos configuran una violación del artículo 2, párrafo 3 en relación con los artículos 3, 7 y 17 del Pacto.

**10.** El Comité de Derechos Humanos, actuando en virtud del párrafo 4 del artículo 5 del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, considera que los hechos que tiene ante sí ponen de manifiesto una violación de los artículos 7, 17 y 2, párrafo 3 en relación con los artículos 3, 7 y 17 del Pacto.



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

**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 periodo 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 del sufrimiento por el cual ella tuvo que pasar. El Comité ha señalado en su Observación General N°. 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.



EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

### III) 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 salvadoreño** en **1990**.

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.

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

## Observaciones Generales



**Observación General N.º 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia,**  
CRC/C/GC/20\*,  
6 de diciembre de 2016.

[...]

### Periodo de riesgos para la salud

**13.** Si bien la adolescencia se caracteriza en general por una mortalidad relativamente baja en comparación con otras franjas etarias, el riesgo de muerte y enfermedad durante la adolescencia es real, entre otras razones por causas evitables, como partos, abortos peligrosos, accidentes de tránsito, infecciones de transmisión sexual, como el VIH, violencia interpersonal, enfermedades mentales y suicidios, todas las cuales están asociadas con determinados comportamientos y requieren una colaboración intersectorial.

[...]

### Niños

**29.** Los conceptos tradicionales de masculinidad y las normas de género asociadas con la violencia y la dominación suelen restringir los derechos de los niños. Entre estos se cuentan la imposición de perniciosos ritos de iniciación, la

exposición a la violencia, las bandas, la coacción para incorporarse a milicias, los grupos extremistas y la trata. La negación de la vulnerabilidad de los varones a la explotación y el maltrato físico y sexual también supone obstáculos considerables y generalizados a que los niños obtengan acceso a información, bienes y servicios sobre salud sexual y reproductiva, y generan un déficit de servicios de protección.

[...]

### VII. Definición de niño

**38.** La Convención prohíbe toda discriminación por motivos de género y los límites de edad deben ser iguales para las niñas y los niños.

**39.** Los Estados deben promulgar leyes que afirmen el derecho del adolescente a asumir responsabilidades cada vez mayores en relación con las decisiones que afecten a su vida, o revisar en este sentido las ya vigentes. El Comité recomienda a los Estados que adopten límites mínimos de edad legal, compatibles con el derecho a la protección, el principio de interés superior y el respeto del desarrollo evolutivo del adolescente. Por ejemplo, los límites de edad deben reconocer el derecho a adoptar decisiones en relación con los servicios y tratamientos sanitarios, el asentimiento a la adopción, el cambio de nombre y las solicitudes presentadas a los tribunales de familia. En todos los casos debe también reconocerse el derecho a asentir y denegar consentimiento que asiste al niño que, sin haber alcanzado esa edad mínima, muestre discernimiento suficiente. Las intervenciones y los tratamientos médicos deben

contar con el consentimiento voluntario e informado del adolescente, con independencia de que se exija o no también el de un progenitor o representante legal. También debe considerarse la posibilidad de que se presuma la capacidad jurídica del adolescente para solicitar servicios y productos urgentes o preventivos de salud sexual y reproductiva, y para tener acceso a ellos. El Comité subraya que, si lo desean, todos los adolescentes tienen derecho con independencia de su edad a acceder de forma confidencial a orientación y asesoramiento médicos sin el consentimiento de un progenitor o tutor legal. Este derecho es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad.

[...]

**60.** El acceso a los productos básicos, a la información y al asesoramiento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos no debería verse obstaculizado por, entre otros factores, el requisito de consentimiento o la autorización de terceros. Además, es necesario poner un especial interés en superar las barreras del estigma y el miedo que dificultan el acceso a esos servicios a, por ejemplo, las adolescentes, las niñas con discapacidad y los adolescentes gais, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales. **El Comité insta a los Estados a que despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto.**

**61.** Los programas de los estudios obligatorios deben incluir educación sobre salud sexual y los derechos reproductivos que sea apropiada a la edad de sus destinatarios, amplia, incluyente, basada en evidencias científicas y en normas de derechos humanos y diseñada con la colaboración de los adolescentes. Dicha educación debe dirigirse también a los adolescentes no escolarizados. Se debe prestar atención a la igualdad de género, la diversidad sexual, los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, la paternidad y el comportamiento sexual responsables, así como a la prevención de la violencia, los embarazos precoces y las enfermedades de transmisión sexual. La información debería estar disponible en formatos alternativos para garantizar la accesibilidad a todos los adolescentes, especialmente a los que presentan discapacidad.

[...]



**Observación General N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, 17 de abril de 20**

[...]

**31.** De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad

del consentimiento de sus padres o su custodia legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redundaría en el interés superior del niño. Los Estados deben aclarar los procedimientos legislativos para la designación de los cuidadores adecuados que se encarguen de los niños sin padres o representantes legales y puedan dar su consentimiento en representación del niño o ayudarlo a dar su consentimiento en función de la edad y la madurez del niño. Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad.

[...]

**53.** La atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas en la salud y el desarrollo de sus hijos. El cumplimiento de la obligación de garantizar el acceso universal a un conjunto completo de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva deberá basarse en el concepto de atención ininterrumpida que empieza en el periodo anterior al embarazo, prosigue durante el embarazo y el parto y se extiende hasta el periodo posterior al parto. La atención oportuna y de calidad durante estos periodos sucesivos ofrece importantes oportunidades de prevenir la transmisión intergeneracional de la mala salud y tiene grandes repercusiones en la salud del niño durante toda su trayectoria vital.

**54.** Las intervenciones que deben ofrecerse durante este proceso ininterrumpido constan, entre otras cosas, de prevención y promoción de la salud básica y servicios de curación, incluida la prevención del tétanos neonatal, la malaria en el embarazo y la sífilis congénita; la atención nutricional; el acceso a educación, información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva; educación sobre el comportamiento en materia de salud (por ejemplo, en relación con el consumo de tabaco y otras sustancias); preparación para el parto; detección y tratamiento temprano de complicaciones; servicios de aborto en condiciones de seguridad y de atención después del aborto; atención básica durante el parto; y prevención de la transmisión materno infantil del VIH, junto con la atención y el tratamiento de las mujeres y los lactantes infectados por el VIH. En el marco de la atención dispensada a madres y recién nacidos después del parto no debe separarse innecesariamente a la madre de su hijo.

[...]

**56.** En vista de las altas tasas mundiales de embarazo en la adolescencia y de los consiguientes riesgos de morbilidad y mortalidad, los Estados han de velar por que los sistemas y servicios sanitarios puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluso mediante servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad. Los Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva. Debe prohibirse la discriminación de las adolescentes que se quedan embarazadas, como



cuando se las expulsa de la escuela, y deben ofrecerse oportunidades de educación permanente.

[...]

### c) Planificación de la familia

**69.** Los servicios de planificación familiar, que deben situarse en el marco general de los servicios de salud sexual y reproductiva, han de comprender la educación en materia de sexualidad, incluido el asesoramiento. Puede entenderse que forman parte de la serie ininterrumpida de servicios descritos en el artículo 24, párrafo 2 d), y que deben pensarse para que todas las parejas y personas adopten decisiones en materia de salud sexual y reproductiva en condiciones de libertad y responsabilidad, en particular por lo que se refiere al número de hijos que desean tener, los intervalos entre los partos y el momento adecuado para tenerlos, y para que dispongan de información y medios para ello. Debe prestarse atención a garantizar a las mujeres casadas y solteras y a los adolescentes varones el acceso confidencial y universal a los bienes y servicios. Los Estados deben velar por que no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva como consecuencia de objeciones de conciencia de los proveedores.

**70.** Los métodos anticonceptivos a corto plazo, como los preservativos, los métodos hormonales y los anticonceptivos de emergencia, deben estar a disposición inmediata de los adolescentes sexualmente activos. También deben facilitarse

métodos anticonceptivos permanentes y a largo plazo. El Comité recomienda que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal.



**Observación General N° 12 (2009), 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 N°. 11 (2009),  
Los niños indígenas y sus derechos en  
virtud de la Convención,**  
CRC/C/GC/11,  
12 de febrero de 2009.

**54.** En relación con la salud de los adolescentes, los Estados parte deberían considerar estrategias específicas para dar a los adolescentes indígenas acceso a información sexual y reproductiva y a los servicios pertinentes, en particular sobre la planificación familiar y los contraceptivos, los riesgos de los embarazos precoces, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Con este fin, el Comité recomienda que los Estados parte tengan en cuenta sus Observaciones generales No. 3, sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño (2003), y N o. 4, sobre la salud de los adolescentes (2003).



**Observación General N°. 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 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 ETS, 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.

## Observaciones Finales



**Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Guatemala,**  
CRC/C/GTM/CO/5-6,  
28 de febrero de 2018.

[...]

III. Principales motivos de preocupación y recomendaciones

[...]

*F. Discapacidad, salud básica y bienestar (arts. 6, 18 (párr. 3), 23, 24, 26, 27 (párrs. 1 a 3) y 33)*

[...]

Salud de los adolescentes

**33.** En relación con sus Observaciones Generales N°. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia y N°. 4 (2003) sobre la salud de los adolescentes, y observando con preocupación los obstáculos a los que se siguen enfrentando los adolescentes en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación en ese ámbito, la elevada incidencia de embarazos entre las adolescentes y el alto riesgo de mortalidad materna entre las madres adolescentes, así como el acceso insuficiente a métodos anticonceptivos modernos y a planificación familiar, el Comité recomienda al Estado parte que:

[...]

- b)** Despenalice el aborto en todas las circunstancias y garantice el acceso de las adolescentes a servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto, asegurándose de que la opinión de estas sea escuchada en todo momento y se tenga debidamente en cuenta en el proceso de decisión;

[...]

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

## IV) 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 **Guatemala** el año siguiente.

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.

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

## Observaciones Generales



**Recomendación General N° 39 sobre los derechos de las mujeres y las niñas Indígenas,**  
CEDAW/C/GC/39,  
31 de octubre de 2022.

[...]

### *E. Derecho a la salud (arts. 10 y 12)*

**51.** Las mujeres y las niñas Indígenas tienen un acceso limitado a servicios de atención de la salud adecuados, incluidos servicios e información de salud sexual y reproductiva, y se enfrentan a la discriminación racial y de género en los sistemas de salud. A menudo no se respeta el derecho al consentimiento libre, previo e informado de las mujeres y las niñas Indígenas en el sector de la salud. Los profesionales de la salud suelen tener prejuicios raciales y de género, son insensibles a las realidades, la cultura y los puntos de vista de las mujeres Indígenas, a menudo no hablan los idiomas Indígenas y rara vez ofrecen servicios que respeten su dignidad, privacidad, consentimiento informado y autonomía reproductiva.

Las mujeres Indígenas suelen tener dificultades para acceder a la información y la educación sobre salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos de planificación familiar, la anticoncepción y el acceso

a un aborto seguro y legal. Con frecuencia son objeto de violencia de género en el sistema de salud, incluida la violencia obstétrica; de prácticas coercitivas como las esterilizaciones involuntarias o la anticoncepción forzada; y obstáculos para su capacidad de decidir el número y el espaciamiento de los hijos que tienen. Las parteras indígenas suelen ser criminalizadas, y los sistemas de salud no indígenas suelen no valorar los conocimientos técnicos.

Las pandemias tienen repercusiones desproporcionadas en las mujeres y las niñas Indígenas y los Estados parte deben garantizar el acceso a servicios de atención de la salud, pruebas y vacunación culturalmente aceptables durante este tipo de emergencias.

**52.** El Comité recomienda que los Estados parte:

- a)** Garanticen que se disponga de servicios e instalaciones de salud de calidad, que sean accesibles, asequibles, culturalmente adecuados y aceptables para las mujeres y las niñas Indígenas, incluidas aquellas con discapacidad, las mujeres de edad avanzada y las mujeres y las niñas Indígenas lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales; y velen por que se respeten el consentimiento libre, previo e informado, y la confidencialidad en la prestación de servicios de salud;
- b)** Garanticen que las mujeres y las niñas Indígenas reciban información rápida, comple-

ta y precisa en formatos accesibles sobre los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso asequible a dichos servicios, incluidos servicios de aborto seguro y formas modernas de anticoncepción;

- c) Velen por que la información de salud se difunda ampliamente en los idiomas Indígenas, incluso a través de los medios de comunicación convencionales y sociales;
- d) Velen por el reconocimiento de los sistemas de salud, los conocimientos ancestrales, las prácticas, las ciencias y las tecnologías indígenas, y prevengan y sancionen la criminalización de estos conocimientos;
- e) Proporcionen una formación que tenga en cuenta las cuestiones de género y las características culturales, con una perspectiva de género e intercultural, como se define en los párrafos 4 y 5, a los profesionales de la salud, incluyendo a los trabajadores de salud comunitarios y las parteras, que tratan a las mujeres y las niñas Indígenas, y alienten a las mujeres Indígenas a entrar en la profesión médica;
- f) Adopten medidas para prevenir todas las formas de violencia de género, las prácticas coercitivas, la discriminación, los estereotipos de género y los prejuicios raciales en la prestación de servicios de salud.

[...]



**Recomendación General N.º 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.

[...]

#### *D. Derecho a la salud*

[...]

**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 N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la Recomendación General N° 19, 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, **a 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 partes 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 N° 34 (2016),  
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 periodos de espera o el consentimiento de terceros para practicarlo.

[...]



**Recomendación General N° 24, Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud, 20° periodo 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 N°. 19, La violencia contra la mujer, 11º periodo de sesiones, 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.

[...]

## Observaciones Finales



**Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Guatemala, CEDAW/C/GTM/CO/10, 14 de noviembre de 2023.**

[...]

### *E. Principales esferas de preocupación y recomendaciones*

[...]

#### Salud

**38.** El Comité observa con preocupación la regresión del acceso de las mujeres a los derechos sexuales y reproductivos en el Estado parte. En particular, observa con preocupación:

- a)** La penalización del aborto, excepto en casos de amenazas a la vida de la mujer embarazada, y el acceso limitado de las mujeres a servicios de aborto y postaborto, así como la alarmante tasa de mortalidad materna;

[...]

- c)** Ciertas disposiciones de la iniciativa de ley N°. 6153, de apoyo a la dignificación de la muerte gestacional, como la obligación del personal médico de establecer un registro de defunciones prenatales que podría utilizarse para procesar a las mujeres que se han sometido a un aborto y carecen de una perspectiva interseccional para abordar las realidades que enfrentan las mujeres indígenas;
- d)** Que la Política Pública de Protección a la Vida y la Institución de la Familia 2021-2023 priorice la promoción de la abstinencia sexual como única medida efectiva para reducir las tasas de embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes.

[...]

**39.** En consonancia con sus anteriores observaciones finales (CEDAW/C/GTM/CO/8-9, párr. 37), la Recomendación General N°. 24 (1999), relativa a la mujer y la salud, y las metas 3.1 y 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, consistentes en, respectivamente, de aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos y, de aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, el Comité recomienda al Estado parte que:

- a)** Modifique el artículo 139 del Código Penal para legalizar el aborto y despenalizarlo en todos los casos y garantizar que las mujeres y las adolescentes tengan un acceso adecuado al aborto seguro y a servicios postaborto para garantizar la plena realización de los derechos de la mujer, su igualdad y su autonomía económica y corporal para tomar decisiones libres sobre sus derechos reproductivos y fortalecer medidas para contrarrestar la alarmante tasa de mortalidad materna;
- b)** Aplique una estrategia nacional eficaz para prevenir la transmisión materno infantil del VIH y garantice que las mujeres y las niñas que viven con el VIH tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, libres de discriminación y estigmatización;
- c)** Retirar o modificar el proyecto de ley N°. 6153, de apoyo a la dignificación de la muerte gestacional, para adaptarlo a las normas internacionales;
- d)** Modifique las políticas públicas, incluida la Política Pública de Protección de la Vida y la Institución de la Familia 2021-2023, para garantizar que los adolescentes tengan acceso a información sobre planificación familiar en formatos accesibles y en lenguas indígenas, así como a anticonceptivos modernos asequibles.

[...]



**Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados de Guatemala,**  
CEDAW/C/GTM/CO/8-9,  
22 de noviembre de 2017.

[...]

*E. Principales esferas de preocupación y recomendaciones*

[...]

Salud

**36.** El Comité observa con agrado el reconocimiento por el Estado parte de las prácticas tradicionales y los conocimientos indígenas por su importante contribución a la salud de la mujer, en particular en lo que respecta a la salud materna. También observa la aprobación de un protocolo de aborto terapéutico que procura garantizar la vida y la salud de las mujeres. Sin embargo, el Comité sigue preocupado por:

[...]

- e)** La ausencia de medidas para aplicar las recomendaciones anteriores del Comité destinadas a revisar la legislación que penaliza el aborto y a prevenir los abortos peligrosos (CEDAW/C/GUA/CO/7, párr. 36).

[...]

**37.** El Comité recomienda al Estado parte que:

- c)** Vele por que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluidas una educación sexual apropiada para cada edad en las escuelas y campañas de sensibilización en los idiomas locales sobre la planificación familiar y la prevención de los embarazos precoces y las infecciones de transmisión sexual, y a métodos anticonceptivos asequibles y modernos;
- d)** Vele por que las mujeres y niñas víctimas de abuso sexual tengan acceso inmediato a servicios de salud de emergencia, por ejemplo, para reducir el riesgo de daños causados por abortos en condiciones de riesgo;
- f)** Legalice el aborto en los casos de amenaza para la salud de la madre, violación, incesto o malformaciones graves del feto, lo despenalice en todos los demás casos y aplique medidas eficaces para facilitar el acceso al aborto terapéutico.

[...]

[...]

## Quejas individuales



**Comunicación núm. 22/2009, Dictamen aprobado por el Comité en su 50° periodo de sesiones celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011 (Caso LC vs. Perú, negativa de aborto terapéutico por violación, menor de edad), CEDAW/C/50/D/22/2009, 25 de noviembre de 2011.**

**2.1** L. C. reside en el distrito de Ventanilla, provincia del Callao. Cuando tenía 11 años, J. C. R., un varón de aproximadamente 34 años, comenzó a abusar sexualmente de ella. Como consecuencia, a los 13 años quedó embarazada y, aquejada de depresión, intentó suicidarse el 31 de marzo de 2007 arrojándose desde un edificio. Trasladada al hospital público Daniel Alcides Carrión, se le diagnosticó “traumatismo vertebromedular cervical, luxación cervical y sección medular completa”, con “riesgo de discapacidad permanente” y “riesgo de deterioro de la integridad cutánea resultante de la inmovilidad física”.

**2.2** Los daños producidos en la columna vertebral causaron, entre otros problemas médicos, una paraplejía de los miembros inferiores y superiores que requería una intervención quirúrgica urgente. [...]

[...]

**2.4** El día programado para la intervención quirúrgica se informó [...] que la cirugía había sido suspendida debido al embarazo de L. C. [...]

[...]

**2.8** El 7 de junio de 2007, cuando L. C. estaba embarazada de 16 semanas, la autora presentó un recurso de reconsideración de opinión ante la Junta Médica del hospital respecto de la interrupción de la gestación, al que se adjuntó el informe del Colegio Médico y en el que se enfatizó el grave e inminente riesgo en que se encontraba la salud de la menor, tanto física como mental, únicos requisitos establecidos por el Código Penal para permitir la interrupción legal del embarazo.

**2.9** El 16 de junio de 2007, L. C. sufrió un aborto espontáneo. [...]

[...]

**2.11** L. C. permaneció en el Instituto Nacional de Rehabilitación durante dos meses, pero tuvo que abandonar el tratamiento por falta de medios. En la actualidad se encuentra paralizada desde el cuello para abajo y solo ha recuperado parcialmente la movilidad de las manos. [...]

[...]

**2.12** Según la autora, no existen en el Estado parte recursos administrativos para solicitar la interrupción legal de un embarazo. Tampoco existe un protocolo de atención que indique el procedimiento

de solicitud de un aborto legal o que asegure la disponibilidad de ese servicio médico, recursos que serían los adecuados para reclamar el derecho y garantizar el acceso a un servicio médico esencial que solo requieren las mujeres.

**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 N° 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 N°. 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.

[...]





# 1.3

## 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**, en los ámbitos nacional, regional e internacional; emitir recomendaciones al Consejo basadas en informes 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 periodos de 4 años y sesiona una vez por año en Nueva York.

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



**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 que, para mejorar la salud materna, reducir la morbilidad y la mortalidad de la madre y el niño y prevenir el VIH y el SIDA** y responder ante estos, fortalezcan, incluso mediante cooperación internacional, los sistemas de salud y se aseguren de 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 y, 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 y a adoptar medidas en todos los niveles para atacar las causas profundas interrelacionadas de la mala salud sexual y reproductiva, los embarazos no deseados, las complicaciones resultantes del aborto inseguro [...].

**12.** *Insta también* a a los gobiernos y a los asociados para el desarrollo a que, para mejorar la salud materna, reducir la morbilidad y la mortalidad de la madre y el niño y prevenir y responder ante el VIH y al sida, fortalezcan, incluso mediante cooperación internacional, los sistemas médicos y aseguren que den prioridad al acceso universal a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva; incluso [...] [a] la atención obstétrica de emergencia, [...] [a] 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 y, cuando 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, [...] lo cual 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  
GUATEMALA, 2023

**02**

**SISTEMA  
INTERAMERICANO DE  
DERECHOS HUMANOS**

**Ipas**  
LATINOAMÉRICA  
Y EL CARIBE

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

## SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS

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 Guatemala**.

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.

A la fecha, Guatemala ha ratificado los principales tratados internacionales sobre derechos humanos del Sistema Interamericano.

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023

<b>Nombre de tratado</b>	<b>Fecha de ratificación</b>
Convención Americana sobre Derechos Humanos	25 de mayo de 1978
Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura	29 de enero de 1987
“Protocolo de San Salvador”: Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	5 de octubre de 2000
Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte	No ha ratificado
“Convención de Belém do Pará”: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer	4 de abril de 1995
Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas	25 de febrero de 2000
Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	28 de enero de 2003
Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia	No ha ratificado
Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia	No ha ratificado
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	No ha ratificado



# 2.1

## CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

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 seis 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  
GUATEMALA, 2023

## I) JURISPRUDENCIA

Como órgano principal que aplica e interpreta la **Convención Americana sobre Derechos Humanos**, mediante la emisión de las sentencias de los casos contenciosos que resuelve y de opiniones consultivas, la **Corte** emite pronunciamientos o valoraciones jurídicas en torno al contenido normativo y alcance de los derechos humanos; las obligaciones de los Estados; las restricciones de los derechos y las relaciones de los derechos con otros contemplados en la **Convención Americana**.

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



**Corte IDH. Caso Manuela y otros vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C núm. 441.**

[...]

### *B. Contexto fáctico*

**41.** [...] la Comisión incluyó en su Informe de Fondo información relativa a la penalización del aborto en El Salvador y el alegado efecto que esto ha traído en casos de emergencias obstétricas y de infanticidios. Si bien en este caso no se aplicó la normativa penal relativa al aborto, este Tribunal advierte que esta información se relaciona con la alegada criminalización de mujeres que han sufrido emergencias obstétricas en El Salvador.

[...]

**192.** El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos.

B.3 La violación del secreto médico y la protección de datos personales

[...]

**204.** [...] La vida privada incluye la forma en que el individuo se ve a sí mismo y cómo decide proyectarse hacia los demás, y es una condición indispensable para el libre desarrollo de la personalidad<sup>341</sup>. Además, se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.

**205.** Aunque los datos personales de salud no se encuentren expresamente previstos en el artículo 11 de la Convención, se trata de información que describe los aspectos más sensibles o delicados sobre una persona, por lo que debe entenderse como protegida por el derecho a la vida privada. Aquellos datos relativos a la vida sexual deben considerarse, además, como personales y altamente sensibles.

[...]

**224.** En este sentido, la Corte considera que, en casos como el presente, relacionados con emergencias obstétricas, la divulgación de información médica puede restringir el acceso a una atención médica adecuada de mujeres que necesiten asistencia médica, pero eviten ir a un hospital por miedo a ser criminalizadas, lo que pone en riesgo sus derechos a la salud, a la integridad personal y a la vida. En efecto, en estos casos colidan en apariencia dos normas: el deber de guardar el secreto profesional y el de denunciar. Tratándose de casos de urgencias obstétricas, en que está en juego la vida de la mujer,

debe privilegiarse el deber de guardar el secreto profesional.

[...]

**252.** La Corte ha reconocido que la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales. Ello se ha debido a que se ha asignado social y culturalmente a los hombres un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres y a que las mujeres son vistas como el ente reproductivo por excelencia. No obstante, las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia.



**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 núm. 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.

**175. El artículo 4.1 de la Convención Americana señala:**

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.



**Corte IDH. Caso Radilla Pacheco Vs. México. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2009. Serie C núm. 209.**

[...]

**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.**



# 2.2

## COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)

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.

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



## I) RESOLUCIONES

A través de sus resoluciones, la **Comisión Interamericana de Derechos Humanos** emite pronunciamientos oficiales sobre temas relacionados con el ejercicio de sus funciones o el estado de los derechos humanos en contextos particulares.

EL  
ABORTO  
EN EL  
SISTEMA  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



## Resolución No. 1/2020, Pandemia y Derechos Humanos en Las Américas

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), con el apoyo de sus Relatorías Especiales sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales y sobre Libertad de Expresión, en ejercicio de su mandato, adopta la presente resolución con estándares y recomendaciones bajo la convicción de que las medidas adoptadas por los Estados en la atención y contención de la pandemia deben tener como centro el pleno respeto de los derechos humanos.

Mujeres

[...]

**53.** Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de diseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad



## II) INFORMES

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 periódicamente informes sobre el estado de los derechos humanos de los países y 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.

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



**CIDH. Guía práctica para la eliminación de la violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, 2021.**

[...]

Recomendaciones

[...]

Mantener los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la distribución de métodos contraceptivos, la atención prenatal y posnatal, los servicios para prevenir las infecciones de transmisión sexual y aquellos para la interrupción del embarazo dentro de las posibilidades que consagra su orden jurídico.

[...]

**Buenas prácticas identificadas**

Protocolo de acceso a la interrupción legal del embarazo en contexto de pandemia

[...]

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a interrumpir el embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos en el Marco de la pandemia por Coronavirus, en Argentina. Además de recomendar la ampliación de la cantidad de integrantes del equipo para cubrir la atención a la salud sexual y reproductiva en horarios y días rotativos, y de garantizar la inmediatez de entrega

de métodos anticonceptivos, el Protocolo detalla las condiciones de atención de consultas relativas a interrupciones legales del embarazo (ILE), que deben “considerarse una prioridad, por lo cual no puede[n] posponerse, ni derivarse a otro centro del mismo nivel”. Este protocolo representa una medida positiva para mitigar los impactos negativos que pueda tener en la salud y en la vida de las mujeres, niñas y adolescentes la crisis sanitaria global y es una forma de priorizar las necesidades en materia de salud que solo mujeres y niñas requieren.



**CIDH. Obligación de los Estados de adecuar su normativa interna a los estándares Interamericanos de Derechos Humanos.**

OEA/Ser.L/V/II. Doc. 11,  
25 enero 2021.

[...]

**24.** La obligación de respeto y garantía de los derechos humanos, así como la adecuación interna a los estándares interamericanos son las normas que determinan la vinculación y articulación entre el derecho interamericano y el derecho interno. **Los Estados Miembros, al adherirse a los instrumentos que conforman el Sistema Interamericano de protección de derechos humanos, asumen la obligación de que sus órganos deben velar por que se observen los estándares interamericanos cuando las disposiciones de derecho interno presenten algún tipo de contradicción con la normativa interamericana.**

[...]

**32.** En el ámbito interno, debe ser realizado en el marco de las competencias de cada autoridad, por todos los agentes estatales, en particular por operadores de justicia al analizar la compatibilidad de las normas internas con los instrumentos interamericanos. **Es de destacar que todo funcionario estatal está obligado a interpretar la normativa interna del Estado de forma tal que sean compatibles con las obligaciones internacionales contraídas, que permitan viabilizar la efectividad de los derechos humanos.** De esta manera el ejercicio de la obligación por parte de las autoridades nacionales cuenta con una importante función preventiva respecto de violaciones de los derechos humanos.

[...]

**36.** Cuando un Estado ha ratificado un tratado internacional como la Convención Americana, sus jueces, legisladores y otros representantes estatales están sometidos a esos instrumentos, lo que les obliga a velar porque el efecto útil de los tratados de derechos humanos no se vea mermado o anulado por la aplicación de leyes contrarias a sus disposiciones, objeto y fin. En otras palabras, los órganos del Estado, en el marco de sus respectivas competencias deben ejercer un control ex officio entre las normas internas y los instrumentos interamericanos.



**CIDH. Informe Anual 2020.**

OEA/Ser.L/V/II. Doc. 28.

30 de marzo de 2021.

[...]

**25.** En este sentido, la CIDH adoptó informes relativos a temas relevantes y actuales como, por ejemplo: la interrupción del embarazo en víctimas de violencia sexual o en casos de aborto terapéutico de niñas y adolescentes; [...]. Todos estos casos están actualmente en la etapa de fondo del trámite ante la CIDH. Los informes que presentamos a continuación son algunos ejemplos de casos representativos, en función de la gravedad de los hechos alegados, o por tratarse de temas novedosos poco desarrollados por la jurisprudencia del Sistema Interamericano:

[...]

Informe N°. 67/20, P 1223-17 Rosaura Almonte Hernández y familia, República Dominicana

**28.** La parte peticionaria sostiene que una adolescente de 16 años fue hospitalizada en un centro médico de carácter público, donde fue diagnosticada con leucemia y un embarazo de tres semanas. El personal médico se habría negado a practicarle un aborto terapéutico, que había sido recomendado inicialmente por su propio doctor; igualmente habrían rehusado proveerle el tratamiento de quimioterapia requerido para la leucemia hasta casi tres semanas luego de ser internada, con el objeto de no afectar el

periodo crítico de embarazo. La parte peticionaria alega que estas decisiones médicas se adoptaron principalmente por la prohibición absoluta del aborto establecidas en la Constitución y el Código Penal vigente en esa época. La presunta víctima falleció en el hospital un mes después, presuntamente por complicaciones debido a diversas fallas adicionales en los servicios médicos, además de la falta de información completa y negativa de participación de su familia en las decisiones. En la etapa de fondo la CIDH podrá analizar la situación que se denuncia como parte de un contexto de discriminación de género estructural en el país, incluida la falta de un marco regulatorio para los derechos sexuales y reproductivos de niñas y mujeres, así como la falta de investigación y sanción de tales hechos.

[...]

#### *D. Decisiones sobre el fondo*

[...]

**38.** Durante 2020, la Comisión adoptó un total de 63 informes de fondo que resuelven 83 casos. [...]

[...]

#### **Derechos reproductivos y sexuales**

**53.** En un caso en el cual la víctima tenía una enfermedad de base de gravedad que ponía en riesgo su vida, salud e integridad personal en caso continuar con su embarazo siendo el feto producto de dicho embarazo incompatible con la vida extrauterina,

la Comisión determinó que correspondía analizar si la intervención del poder punitivo del Estado prohibiendo de manera absoluta la interrupción voluntaria del embarazo resultaba compatible con el marco de protección del derecho internacional de los derechos humanos. La Comisión destacó que aquellos Estados que han decidido prohibir y/o criminalizar dicha práctica, no están exentos de un análisis de proporcionalidad a la luz de los derechos de la mujer que podrían resultar afectados. En ese sentido, si bien la protección de la vida desde la concepción, de manera gradual e incremental, es un fin legítimo, tal protección podrá ser inconvencional si no es idónea para lograr el fin, o si no es necesaria si, por ser absoluta, afecta desproporcionadamente otros derechos en juego.

**54.** La Comisión determinó que la medida de prohibición absoluta de interrupción voluntaria del embarazo no era proporcional, en vista de que la inviabilidad de la vida extrauterina del feto rompe la relación de medio a fin entre la criminalización y la finalidad que supuestamente persigue, ya que el interés protegido, vida del feto, indefectiblemente no podrá materializarse en la realidad pese a la prohibición penal de la conducta. Asimismo, en relación con la proporcionalidad en sentido estricto, tomando en cuenta que en el caso también existía un riesgo a la vida, integridad personal y salud de la víctima por su enfermedad de base, el efecto de la protección de la vida del feto, era nula debido a su condición que lo hacía incompatible con la vida extrauterina. Por todo lo anterior, la CIDH concluyó que el Estado, pretendiendo brindarle una protección absoluta al nasciturus mediante la criminalización del aborto sin

excepciones y sin ponderar las afectaciones severas a los derechos involucrados, incurrió en actuación desproporcionada y contraria a las garantías convencionales que constituyeron violaciones a los derechos a la vida, integridad personal, vida privada y salud, tanto física como mental, contenidos en los artículos 4.1, 5.1, 11.2, 11.3 y 26 de la Convención Americana. Asimismo, estos mismos hechos implicaron la vulneración del derecho a la vida privada, a partir del análisis conjunto de los derechos contenidos en los artículos 5.1, 11.2, 11.3 y 26 de la CADH, todo lo anterior en relación con los artículos 1.1 y 2 de dicho instrumento. Asimismo, la CIDH consideró que el dolor y sufrimiento que atravesó la víctima desde que solicitó la interrupción del embarazo y aún con posterioridad al nacimiento y muerte del feto, constituyeron tratos crueles, inhumanos y degradantes, por lo que el Estado vulneró el artículo 5.2 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 del mismo instrumento, y los artículos 1 y 6 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.

[...]



**CIDH. Violencia y discriminación contra las mujeres, niñas y adolescentes.**

OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233.

14 de noviembre de 2019.

[...]

**2. Impactos de la criminalización total del aborto en los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes**

**200.** La Comisión ha entendido que los derechos sexuales y reproductivos incluyen el derecho a la igualdad y no discriminación, la vida, la integridad personal, la salud, la dignidad, y el acceso a la información, entre otros. Frente a los mismos, la obligación fundamental de los Estados incluye garantizar el acceso pronto y adecuado a servicios de salud que sólo las mujeres, adolescentes y niñas necesitan en función de su género y de su función reproductiva, libre de toda forma de discriminación y de violencia, de conformidad con los compromisos internacionales vigentes en materia de desigualdad de género. En el marco de lo anterior, tanto el sistema universal como el sistema interamericano de derechos humanos han abordado de forma progresiva y consistente los impactos de la denegación de dichos servicios sobre los derechos de las mujeres, y en particular, los impactos de la criminalización total del aborto en los países de América Latina y del Caribe.

**201.** Al respecto, la Comisión recuerda que la Convención para la Eliminación de todas las Formas de

Discriminación contra la Mujer prevé que los Estados parte “adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”, al tiempo que establece que “adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.”

**202.** De igual forma, la Comisión reitera el impacto negativo de las leyes que criminalizan el aborto de forma absoluta sobre los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud, y a los derechos de las mujeres a vivir libres de violencia y de discriminación en los casos de riesgo a la salud, inviabilidad del feto y en embarazos resultantes de violencia sexual o incesto. Lo anterior, en tanto dichas disposiciones imponen una carga desproporcionada en el ejercicio de los derechos de las mujeres y las niñas, y crea un contexto facilitador de abortos inseguros. Al respecto, la Comisión advierte que **la criminalización absoluta del aborto, al imponer una carga desproporcionada en el ejercicio de los derechos de las mujeres, resulta contrario a las obligaciones internacionales que tiene el Estado de respetar, proteger y garantizar los derechos de las mujeres a la vida, a la salud y a la**

**integridad.** Asimismo, la CIDH ha recibido información constante sobre las consecuencias directas que tiene la criminalización del aborto en todas las circunstancias y su vínculo con las cifras de morbilidad y mortalidad materna en tanto, debido a la ausencia de opciones legales, seguras y oportunas, muchas mujeres han de someterse a prácticas peligrosas e incluso mortales; se abstienen o están desalentadas de requerir servicios médicos o tienen emergencias obstétricas sin la necesaria atención médica; o se ven sometidas, en caso de verse obligadas a proceder con el embarazo, a un prolongado y excesivo sufrimiento físico y psicológico.

**203.** La CIDH recuerda que las diversas Conferencias de Naciones Unidas sobre desarrollo y población avanzaron progresivamente hacia una definición de los derechos sexuales y reproductivos, resaltando el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la planificación de la familia y la salud sexual. En la misma línea, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing afirmó que “en muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. [...] El aborto en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos. [...] En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de



sus derechos económicos y políticos. La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”. Además, las conferencias coinciden que “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos, [y] se debería considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales”.

**204.** En adición a lo anterior, la Comisión ha tomado nota de la Observación General N°. 36 del Comité de Derechos Humanos relativa al artículo 6 del PIDCP. En ésta, el Comité afirma que, aunque los Estados pueden adoptar medidas destinadas a reglamentar la interrupción del embarazo, dichas medidas no deben resultar en la vulneración del derecho a la vida de la mujer embarazada o de sus otros derechos en virtud del Pacto, como la prohibición de los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Por lo tanto, las restricciones jurídicas que limiten la capacidad de las mujeres para someterse a un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas ni exponerlas a dolores o sufrimientos físicos o psíquicos. En consecuencia, el Comité afirma que “los Estados parte deben facilitar un acceso seguro al aborto para proteger la vida y la salud de las mujeres embarazadas, y en las situaciones en que llevar a término el embarazo causaría a la mujer graves dolores o sufrimientos, sobre todo en los casos en que el embarazo es producto de violación o incesto, o el feto presenta una anomalía grave”. El Comité de

Derechos Humanos ha establecido que imponer “a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos”, no respeta el derecho de las mujeres a la privacidad. En su recomendación, el Comité indica que los Estados no deben regular el embarazo ni el aborto de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres no tengan que recurrir a abortos peligrosos, “por ejemplo, no deben adoptar medidas como penalizar los embarazos de las mujeres solteras, ni aplicar sanciones penales a las mujeres que se someten a un aborto o a los médicos que las asisten para hacerlo, cuando se prevea que la adopción de esas medidas va a suponer un aumento significativo de los abortos peligrosos.”

**205.** Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión advierte que a excepción del Protocolo de Maputo, los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos no han abordado explícitamente el tema de la despenalización ni de la criminalización total del aborto. Sin embargo, órganos universales y regionales de derechos humanos sí han abordado la relación entre el aborto y los derechos de las mujeres en sentencias, decisiones y otros pronunciamientos relevantes. Por ejemplo, en el caso *K. L* relativo a Perú el Comité de Derechos Humanos de la ONU encontró que el Estado peruano había violado los derechos de una adolescente al denegarle su derecho a acceder a un aborto terapéutico, siendo obligada a los 17 años a continuar con el embarazo de un feto anencefálico, poniendo en riesgo su integridad física y mental. El Comité encontró al Estado responsable de violaciones a los artículos 17 (derecho a la privacidad) y 7 (derecho a no sufrir tratos crueles,

inhumanos o degradantes) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), insistiendo además en la especial situación de vulnerabilidad que se encontraba al ser mujer menor de edad. Asimismo, en el caso *L.M.R* relativo a Argentina, el mismo Comité encontró al Estado responsable de violaciones a los artículos 2, 3, 7 y 17 del PIDCP (derecho a la igualdad y a no discriminación, igualdad en el goce de todos los derechos entre hombres y mujeres, derecho a no ser sujeto a torturas o tratos crueles inhumanos o degradantes, derecho a la privacidad, respectivamente) cuando una mujer con discapacidad, con edad mental de entre 8 y 10 años, presentó un embarazo como resultado de violación sexual. A pesar de haber solicitado la interrupción del embarazo en virtud de las disposiciones legales autorizando legalmente el aborto en su situación, el procedimiento fue impedido por una orden judicial contra el hospital. Resultado de los numerosos obstáculos que encontró, *L.M.R* hubo de recurrir a un aborto clandestino e inseguro

[...]

**210.** Igualmente, la Comisión reitera que los Estados tienen el deber de eliminar todos los obstáculos de *jure* y de *facto* que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna, salud sexual y salud reproductiva que ellas requieren, incluyendo información y educación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estas medidas han de tener en cuenta la situación de especial riesgo, desprotección y vulnerabilidad de niñas y de adolescentes, así como de las mujeres en particular situación de exclusión y alinearse con los estándares interamericanos en

la materia. En adición a lo anterior, la Comisión ha recomendado emprender moratorias a la aplicación de las disposiciones que prevén la criminalización total del aborto; revisar detenidamente las condenas de mujeres en virtud de estas disposiciones, en miras a asegurar el juicio justo y libre de estereotipos a cada una de ellas y de probarse lo contrario, a ponerlas en libertad. Finalmente, la CIDH reitera a los Estados que aún no cuentan con un marco normativo adecuado, su obligación de adoptar legislación dirigida a garantizar a las mujeres el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos, en el entendido que la denegación de la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas circunstancias puede constituir una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres, niñas y adolescentes.

[...]



**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 de 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 y 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. Estándares jurídicos: igualdad de género y derechos de las mujeres.**

OEA/Ser.L/V/II.143 Doc. 60.  
3 de noviembre de 2011.

## Capítulo II. Discriminación contra las mujeres

[...]

*B. Análisis de sentencias judiciales que aplican los estándares jurídicos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*

[...]

Derechos reproductivos

[...]

*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 y 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.



**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 Actualización del 2011-2014,**  
OEA/Ser.L/V/II. Doc. 11  
26 enero 2015.

## Capítulo II. Violencia contra las mujeres

[...]

### *F. Audiencias convocadas por la CIDH*

**51.** La Comisión realizó varias audiencias sobre asuntos vinculados a los derechos de las mujeres entre el 2011 y el 2014. En algunas de esas audiencias se abordaron asuntos novedosos y notables para el sistema interamericano de recursos humanos, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos, los derechos de las mujeres indígenas y afrodescendientes, y distintas facetas de los derechos económicos, sociales y culturales.

[...]

**53.** La Comisión ha recibido información continuamente sobre estos asuntos prioritarios y ha reafirmado sistemáticamente los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, observando que tales asuntos también implican el ejercicio de los derechos de la mujer a la vida, la integridad, la dignidad y la libertad, entre otros derechos. [...]

La Comisión ha señalado también que los Estados deberían hacer referencia a las recomendaciones de la CIDH en sus informes sobre el Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos y el Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos al examinar y aplicar las leyes, normas y políticas públicas vigentes relacionadas con los servicios de salud reproductiva a fin de prevenir la discriminación y garantizar que las mujeres tengan acceso a información oportuna, completa, accesible, fiable y proactiva sobre asuntos reproductivos. Por último, la Comisión recalcó la importancia de reconocer el aborto terapéutico como servicio de salud especializado que las mujeres necesitan cuando la vida de la madre está en riesgo debido al embarazo.

**55.** [...] la Comisión reitera la obligación del Estado de El Salvador y otros de la región de emprender “una revisión detallada de todas las leyes, normas prácticas y políticas públicas cuya redacción o implementación práctica pueda tener repercusiones discriminatorias en el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva; su deber de eliminar todos los obstáculos de jure y de facto que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna que requieren, como su penalización; y tomar en cuenta que las leyes restrictivas tienden a tener un efecto especial en las niñas y mujeres afectadas por la pobreza, que tienen bajos niveles de educación y viven en zonas rurales”.

[...]



**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 *in loco*, 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 deberán 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 (...).





### III) 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.

EL  
**ABORTO**  
EN EL  
**SISTEMA**  
INTERNACIONAL  
DE  
DERECHOS HUMANOS  
GUATEMALA, 2023



**Comunicado de prensa 315/21, La CIDH llama a los Estados a erradicar la violencia sexual contra mujeres, niñas y adolescentes.**

25 de noviembre de 2021.

[...] la Comisión observa que persisten en la región normas discriminatorias que favorecen la impunidad, tolerancia y repetición de la violencia sexual, entre ellas definiciones estereotipadas de delitos sexuales y normas que restringen el acceso a la justicia de las niñas y adolescentes víctimas de violación, como las normas sobre estupro y las restricciones procesales que limitan su capacidad para presentar denuncias. Asimismo, destaca que el impacto desproporcionado de la violencia sexual contra niñas y adolescentes, especialmente cuando tiene como consecuencia el embarazo, afectando sus proyectos de vida y perpetuando patrones de pobreza, desigualdad y exclusión. En particular, toma nota de que las complicaciones durante el embarazo y en el parto son la segunda causa de muerte entre las niñas y las adolescentes a nivel mundial.

**La Comisión lamenta la persistencia de restricciones legales y de facto que impiden a las sobrevivientes de violencia sexual acceder a la anticoncepción oral de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo y rechaza la adopción de medidas regresivas que intensifican estas limitaciones.** En particular, las medidas dirigidas a prohibir la inclusión de la educación sexual integral y enfoque de género en los currículos educativos de niños, niñas

y adolescentes, las medidas dirigidas a restringir de manera absoluta al acceso a la interrupción del embarazo obstaculizan la prevención de la violencia sexual y aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos en condiciones inseguras.

**La Comisión llama a los Estados de la región a adoptar medidas para modificar las condiciones estructurales, normas sociales y patrones culturales que legitiman y reproducen la violencia contra las mujeres, particularmente la violencia sexual. En especial, los urge a abstenerse de adoptar medidas que obstaculizan la prevención y el acceso a servicios de atención integral a las consecuencias de la violencia sexual, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.** Asimismo, hace un llamado a armonizar sus marcos jurídicos con los estándares interamericanos para combatir la violencia y discriminación basada en género y asegurar protecciones especiales y reforzadas a las niñas y las adolescentes frente a la violencia sexual.

[...]



**Comunicado de prensa 289/21, CIDH presenta Informe Situación de Derechos Humanos en El Salvador.**

3 de noviembre de 2021.

[...]

En relación con los derechos de las mujeres, pese a los avances legislativos, se observa que El Salvador sigue siendo el país con mayor número de asesinatos de mujeres en la región. Ante ello, el Estado debe fortalecer el sistema de protección a mujeres y niñas víctimas de violencia, incluyendo la creación de un Fondo Especial de Reparación a Mujeres Víctimas de violencia feminicida. Además, la normativa que criminaliza el aborto en todas circunstancias sigue vigente en el país, impactando negativamente los derechos de las mujeres a vivir libres de violencia y de discriminación, así como los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud. **La CIDH reitera su preocupación por información sobre mujeres privadas de libertad por delitos relacionados con emergencias obstétricas sentenciadas a penas de hasta 30 años de prisión; y recomienda adecuar el marco normativo salvadoreño a los estándares interamericanos en materia de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes.**

[...]



**Comunicado de prensa 287/21, La CIDH urge al Estado de Bolivia cumplir con su obligación de proteger a las niñas y a las adolescentes de la violencia sexual y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos.**

2 de noviembre de 2021.

Washington, D.C.- La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) urge al Estado de Bolivia a proteger a las niñas y a las adolescentes de la violencia sexual y el embarazo forzado, así como garantizar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta la situación particular de vulnerabilidad que enfrentan por razones de género y edad, en aplicación del marco normativo nacional e internacional.

La violencia sexual contra niñas y adolescentes constituye no solo un tipo particular de agresión basado en género, sino una forma de discriminación que impide el goce de otros derechos humanos, que puede afectar por completo su proyecto de vida. La Comisión observa que el embarazo de niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual pone en riesgo su vida, salud física y mental, y afecta su autonomía integral.

En el informe sobre Violencia y Discriminación contra Mujeres, Niñas y Adolescentes, la CIDH advirtió que el embarazo infantil y adolescente es un serio problema en el hemisferio con cerca de 10 millones de embarazos al año, respecto del cual los Estados tienen el deber de atender el interés

superior y garantizar la protección especial de los derechos humanos de las niñas y las adolescentes por la condición de especial vulnerabilidad. En particular, quienes son víctimas de violencia sexual deben acceder pronta y oportunamente a los servicios de salud, y a toda la información científica para que tanto ellas como sus familias puedan tomar las decisiones y dar el consentimiento sobre cualquier procedimiento, sin que esto represente un riesgo para sus vidas, o afectación a otros derechos. El Estado debe además garantizar la confidencialidad y privacidad, blindándolas de cualquier tipo de opiniones y o información no científica por parte de personas que se desempeñan como funcionarias de instituciones públicas y/o de terceros que pueda interferir en sus decisiones.

[...]

Al respecto, se destaca que el Estado de Bolivia cuenta con un marco normativo de protección a las niñas y las adolescentes que son víctimas de violencia sexual y embarazo forzado, que debe implementarse atendiendo de forma estricta el interés superior, entendiendo que la negación de la interrupción voluntaria segura y oportuna del embarazo en determinadas circunstancias puede constituir una vulneración a sus derechos fundamentales, en especial, los derechos a la vida, integridad personal, salud y, en general, el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y discriminación.

[...]

Además, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y el Comité Contra la Tortura señalan que la violencia de género vulnera el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y que la continuación forzada del embarazo puede constituir una forma de trato cruel, inhumano o degradante, pudiendo evitar el riesgo de mortalidad materna a la que mujeres, niñas y adolescentes son sometidas en este contexto.

Ante el escenario del incremento de la violencia de género contra niñas y adolescentes, la CIDH considera fundamental que los Estados desarrollen políticas y programas que faciliten el acceso a una educación sexual de calidad adaptada a la edad y a servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, garantizando su participación y el acceso a la información. [...]



**Comunicado de prensa 208/21, La CIDH expresa su preocupación por la adopción de medidas regresivas en materia de derechos sexuales y reproductivos en la región.**

11 de agosto de 2021.

Washington, D.C.- La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) expresa su preocupación ante iniciativas de decretos, políticas públicas y leyes que generan obstáculos al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la región. En especial, la CIDH destaca aquellas direccionadas a restringir la

interrupción del embarazo de manera absoluta, así como limitaciones a la educación sexual integral o de género de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestación.

La CIDH ha recibido información sobre la adopción de reformas e iniciativas de ley que restringen el acceso a la interrupción del embarazo, incluso en casos de violación o incesto, peligro a la vida de la mujer o persona gestante y emergencias obstétricas. Ello ha llevado a la criminalización y persecución de mujeres y personas con capacidad de gestación, así como de personas defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, quienes abogan por el acceso a servicios de atención en salud sexual y reproductiva.

Igualmente, la Comisión ha tenido conocimiento de la adopción de medidas dirigidas a prohibir la inclusión de la educación sexual integral y la perspectiva de género en los programas o planes de estudio de las instituciones educativas. Al respecto, la Comisión recuerda que el acceso a la educación sexual integral es fundamental para avanzar en la autonomía reproductiva de las mujeres y prevenir embarazos no deseados, particularmente en niñas y adolescentes; en consecuencia, la ausencia de una educación sexual integral vulnera los derechos a la salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestación.

Lo anterior resulta particularmente preocupante para la CIDH debido al incremento de la violencia sexual contra las mujeres, niñas y adolescentes durante la pandemia, lo cual, sumado a la falta de acceso a métodos anticonceptivos y a educación

sexual integral, podría resultar en un incremento de embarazos no deseados, en especial de niñas y adolescentes. Además, la CIDH destaca que, como consecuencia de la pandemia del COVID-19 y las medidas de contención, el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva se ha visto restringido.

Al respecto, la CIDH recuerda que los Estados tienen el deber de eliminar todos los obstáculos legales y de hecho que impiden el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva requerida en función del sexo/género y capacidad reproductiva, tomando en consideración la situación de especial riesgo, desprotección y situación de vulnerabilidad de niñas y adolescentes, así como de mujeres en particular situación de exclusión.

Además, reafirma que la criminalización absoluta de la interrupción del embarazo, incluyendo casos en donde la vida se encuentra en riesgo y cuando el embarazo es producto de una violación sexual o incesto, impone una carga desproporcionada en el ejercicio de los derechos, especialmente, los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes, y crea un contexto facilitador de abortos inseguros y de altas tasas de mortalidad.

En este sentido, la Comisión subraya que el incremento de la violencia sexual en el hemisferio en el contexto de la pandemia del COVID-19, requieren de una oferta de atención de salud integral hacia las mujeres sobrevivientes, incluida la atención psicológica, la anticoncepción de emergencia y la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sea

aplicable. Además, es necesario el acceso pleno a los servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de género e interseccional, que incluya el acceso a información veraz y a la educación sexual integral necesaria para que mujeres, niñas y adolescentes puedan tomar decisiones libres e informadas.

Al mismo tiempo, la CIDH saluda algunas medidas adoptadas en la región que abonan a la plena vigencia de los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, la Comisión tomó conocimiento de reformas legislativas en Argentina y dos entidades federativas de México, que reconocen el derecho de las mujeres a la interrupción del embarazo hasta la semana 14 en el caso de Argentina, y la semana 12 en el caso de las entidades federativas de México, periodo después del cual se podría acceder a la interrupción legal cuando el embarazo sea producto de una violación y/o cuando corra peligro la vida o la salud de la mujer. Dichas medidas legislativas también reconocen el derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a recibir atención médica postaborto en los servicios de salud, así como a recibir información, educación sexual integral, y acceso a métodos anticonceptivos eficaces. Cabe destacar que el Estado de Argentina reconoce estos derechos también a todas las personas gestantes.

Asimismo, la CIDH tomó conocimiento de la decisión judicial adoptada en Ecuador, que dispone la adopción de una ley que regule la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación y observa que el Estado provee atención médica postaborto y facilita el acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo a la población adolescente. En esa misma línea, la CIDH destaca también las medidas legislativas existentes

en los Estados de Barbados y Guyana para garantizar el acceso a la atención médica para la interrupción legal del embarazo, en casos de peligro a la vida o salud física y mental de la mujer, así como en casos de violación y de incesto, entre otras causales.

No obstante, la CIDH recuerda la obligación de adoptar medidas que sean compatibles con la Convención Americana de Derechos Humanos y demás instrumentos regionales de protección. En este sentido, la Comisión urge a los Estados a abstenerse de adoptar medidas regresivas que obstaculizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestación en condiciones de igualdad, así como a abstenerse de criminalizar a las personas defensoras de derechos humanos que trabajan en favor de estos derechos. En especial, la Comisión llama a los Estados de la región que aún no cuentan con un marco normativo adecuado, a adoptar legislación compatible con los estándares interamericanos de protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestación, reconociendo que la denegación de la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas circunstancias constituye una vulneración a sus derechos fundamentales, en especial, los derechos a la vida, integridad personal, salud y, en general, el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y discriminación.

Asimismo, la CIDH urge a los Estados a adoptar las medidas legislativas, políticas públicas y cualquier otra medida que sea necesaria para garantizar, sin discriminación alguna, la disponibilidad,

accesibilidad, pertinencia y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a la información y educación sexual integral, bajo un enfoque interseccional y de género. Finalmente, la CIDH llama a los Estados a adoptar medidas integrales para respetar y garantizar estos derechos a través de la provisión de establecimientos, bienes, servicios e información sobre salud sexual y reproductiva, así como de educación sexual integral con perspectiva de género para que mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestación puedan adoptar decisiones libres y autónomas.

La CIDH es un órgano principal y autónomo de la Organización de los Estados Americanos (OEA), cuyo mandato surge de la Carta de la OEA y de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La Comisión Interamericana tiene el mandato de promover la observancia de los derechos humanos en la región y actuar como órgano consultivo de la OEA en la materia. La CIDH está integrada por siete miembros independientes que son elegidos por la Asamblea General de la OEA a título personal, y no representan a sus países de origen o residencia.



**Comunicado de prensa 217/20, La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia.**

14 de septiembre, 2020.

Washington, D.C. - La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) exhorta a los Estados a garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres y niñas en el contexto de la pandemia de la COVID-19. La Comisión reitera la naturaleza esencial y carácter imprescindible de estos servicios para la efectividad de los derechos de las mujeres y niñas a la vida, igualdad y no discriminación, integridad personal, salud, dignidad, acceso a la información, entre otros.

Como ha sido señalado anteriormente por la CIDH, la pandemia ha profundizado la discriminación estructural y la desigualdad histórica a la que distintos grupos en situación de vulnerabilidad están expuestos. En particular, en cuanto a los derechos de las mujeres y niñas, ha profundizado las desigualdades existentes, resultando en la afectación a sus derechos sexuales y de salud reproductiva debido a las distintas medidas de contención y prevención del contagio de la COVID-19.

Al respecto, entre estas medidas, la Comisión destaca el recorte presupuestal de políticas de salud con perspectiva de género; la ausencia de personal, recursos humanos y materiales y tecnológicos debido a la reubicación hacia áreas médicas directamente

relacionadas a la pandemia; el cierre de clínicas especializadas en la materia y el desabastecimiento de métodos anticonceptivos y medicinas específicas relacionadas a la salud reproductiva de las mujeres y niñas. Asimismo, la Comisión toma nota, con preocupación, de la suspensión temporal de programas de atención prenatal y programas educativos de prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

En esta oportunidad, la Comisión reitera que los Estados tienen el deber de eliminar todos los obstáculos de jure y de facto que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna, salud sexual y salud reproductiva que ellas requieren, incluyendo información y educación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estas medidas han de tener en cuenta la situación de particular exclusión y alinearse con los estándares interamericanos en la materia.

Por su vez, la CIDH considera que el enfoque de derechos humanos exige que la asignación y ejecución presupuestaria responda a los principios de disponibilidad, continuidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, lo cual implica que decisiones sobre la cuantía y los destinatarios, tomen en cuenta que el objetivo debe ser la disminución de las brechas de desigualdad, la priorización de los grupos históricamente discriminados y la remoción de obstáculos para la realización de los derechos. En este sentido, los Estados deben adoptar todas las medidas que resulten necesarias, desde una perspectiva de género, para asegurar que los recursos disponibles se utilicen,

de manera prioritaria, para evitar retrocesos en el disfrute de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de grupos en situación de vulnerabilidad.

Adicionalmente, la CIDH subraya que el incremento de la violencia de género que se ha registrado durante los procesos de contención de la COVID-19, -incluidas la violencia intrafamiliar y la violencia sexual - demandan la oferta de atención de salud integral hacia las mujeres sobrevivientes, incluida la atención psicológica, la anticoncepción de emergencia y la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sea aplicable.

En este sentido, la Comisión refuerza el llamado que realizó en la Resolución 01/20, respecto a la obligación de los Estados de adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, reforzando la disponibilidad y continuidad en la oferta de los servicios de esta naturaleza en el contexto de emergencia. En particular, la CIDH insta los Estados a que garanticen el acceso a salud materna y de calidad; aseguren el acceso seguro a la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; faciliten el acceso a información veraz y sin censura, así como a la educación con perspectiva de género integral necesaria para que mujeres y niñas puedan adoptar decisiones libres y autónomas.

La CIDH es un órgano principal y autónomo de la Organización de los Estados Americanos (OEA), cuyo mandato surge de la Carta de la OEA y de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.



La Comisión Interamericana tiene el mandato de promover la observancia y la defensa de los derechos humanos en la región y actúa como órgano consultivo de la OEA en la materia. La CIDH está integrada por siete miembros independientes que son elegidos por la Asamblea General de la OEA a título personal, y no representan sus países de origen o residencia.



**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, 2017.

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.

[...]

“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 Margarete 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.

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 infecciones 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.

[...]

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.

“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 postaborto, 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 141 Periodo 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  
GUATEMALA, 2023

## REFERENCIAS

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (22 de noviembre de 1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), 1969*. [https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_b-32\\_convencion\\_americana\\_sobre\\_derechos\\_humanos.htm#:~:text=Nadie%20debe%20ser%20sometido%20a,dignidad%20inherente%20al%20ser%20humano.&text=excepcionales%2C%20y%20ser%20sometidos%20a,condici%C3%B3n%20de%20personas%20no%20condenadas](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm#:~:text=Nadie%20debe%20ser%20sometido%20a,dignidad%20inherente%20al%20ser%20humano.&text=excepcionales%2C%20y%20ser%20sometidos%20a,condici%C3%B3n%20de%20personas%20no%20condenadas).

\_\_\_\_\_ (7 de junio de 2010). *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. OEA/Ser. L/V/II. Doc. 69. <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/SaludMaterna2010.pdf>

\_\_\_\_\_ (1 de abril de 2011). *Anexo al Comunicado de Prensa 28/11 sobre el 141o Período de Sesiones de la CIDH*. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2011/028a.asp>

\_\_\_\_\_ (3 de noviembre de 2011). *Estándares jurídicos: igualdad de género y derechos de las mujeres*. OEA/Ser.L/V/II.143 Doc. 60. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10240.pdf>

\_\_\_\_\_ (22 de noviembre de 2011). *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61. <https://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>

\_\_\_\_\_ (28 de diciembre de 2011). *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65. <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducySalud.pdf>

\_\_\_\_\_ (23 de octubre de 2017). *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*. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/165.asp>

\_\_\_\_\_ (14 de noviembre de 2019). *Violencia y discriminación contra las mujeres, niñas y adolescentes*. OEA/Ser.L/V/II. Doc.233. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>

\_\_\_\_\_ (2020) *Informe anual 2020*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 28. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/IA.asp?Year=2020>

\_\_\_\_\_ (10 de abril de 2020). *Resolución N°. 1/2020, Pandemia y Derechos Humanos en Las Américas*. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

\_\_\_\_\_ (14 de septiembre de 2020). *Comunicado de prensa 217/20. La cidh exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia*. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/217.asp>

\_\_\_\_\_ (2021). *Guía práctica para la eliminación de la violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, 2021*. [https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/O1\\_GuiaPractica\\_MV\\_V1\\_SPA.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/O1_GuiaPractica_MV_V1_SPA.pdf)

\_\_\_\_\_ (11 de agosto de 2021). *Comunicado de prensa 208/21. La CIDH expresa su preocupación por la adopción de medidas regresivas en materia de derechos sexuales y reproductivos en la región*. <http://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/208.asp>

\_\_\_\_\_ (2 de noviembre de 2021). *Comunicado de prensa 287/21, La CIDH urge al Estado de Bolivia cumplir con su obligación de proteger a las niñas y a las adolescentes de la violencia sexual y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos*. <http://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/287.asp>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (28 de noviembre de 2012). *Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf)

\_\_\_\_\_ (2 de noviembre de 2021). *Caso Manuela y otros vs. El Salvador (Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_441\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf)

\_\_\_\_\_ (23 de noviembre de 2009). *Caso Radilla Pacheco vs. Estados Unidos Mexicanos. Sentencia del 23 de noviembre de 2009. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_209\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_209_esp.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (29 de enero de 1992). *Recomendación General No 19, La violencia contra la mujer, 11º periodo de sesiones, 1992*. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1\\_Global/INT\\_CEDAW\\_GEC\\_3731\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_S.pdf)

\_\_\_\_\_ (21 de enero de 1999). *Reporte de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Ms. Radhika Coomaraswamy. Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen, E/CN.4/1999/68/Add.4*. <https://undocs.org/es/E/CN.4/1999/68/Add.4>

\_\_\_\_\_ (2 de febrero de 1999). *Recomendación General N° 24. La mujer y la salud, 20º periodo de sesiones, 1999*. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1\\_Global/INT\\_CEDAW\\_GEC\\_4738\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_S.pdf)

\_\_\_\_\_ (29 de marzo de 2000). *Observación General N° 28. La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3), Comité de Derechos Humanos, 68º periodo de sesiones, HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. 1)*. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1\\_Global/CCPR\\_C\\_21\\_Rev-1\\_Add-10\\_6619\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_21_Rev-1_Add-10_6619_S.pdf)

\_\_\_\_\_ (11 de agosto de 2000). *Observación General N° 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*. <https://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>

\_\_\_\_\_ (27 de agosto de 2001). *Consideración de los Informes Presentados por los Estados parte bajo el Artículo 40 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos, República de Guatemala, CCPR/CO/72/GTM*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fCO%2f72%2fGTM&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fCO%2f72%2fGTM&Lang=es)

\_\_\_\_\_ (21 de julio de 2003). *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*. <https://undocs.org/es/CRC/GC/2003/4>

\_\_\_\_\_ (16 de febrero de 2004). *El derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, E/CN.4/2004/49*. <https://undocs.org/es/E/CN.4/2004/49>

\_\_\_\_\_ (22 de noviembre de 2005). *Comunicación 1153/2003, Dictamen, CCPR/C/85/D/1153/2003. (Caso KL vs. Perú, negativa de aborto no punible, feto anencefálico, menor de edad)*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f85%2fD%2f1153%2f2003&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f85%2fD%2f1153%2f2003&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (3 de marzo de 2006). *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*. <https://undocs.org/es/E/CN.4/2006/48>

\_\_\_\_\_ (13 de septiembre de 2006). *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*. <https://undocs.org/es/A/61/338>

\_\_\_\_\_ (26 de diciembre de 2006). *Informe de la Relatora Especial sobre la libertad de religión o de creencias, Sra. Asma Jahangir, A/HRC/4/21*. <https://undocs.org/es/A/HRC/4/21>

\_\_\_\_\_ (15 de enero de 2008). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, A/HRC/7/3*. <https://undocs.org/es/A/HRC/7/3>

\_\_\_\_\_ (12 de febrero de 2009). *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer Guatemala, CEDAW/C/GUA/CO/7*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8394.pdf?view=1>



\_\_\_\_\_ (12 de febrero de 2009). *Observación General No 11. Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención, CRC/C/GC/11*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f11&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f11&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (2 de julio de 2009). *Observación General No 20, la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, E/C.12/GC/20*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f20&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f20&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (20 de julio de 2009). *Observación General No 12, El derecho del niño a ser escuchado, CRC/C/GC/12*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f12&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f12&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (10 de agosto de 2009). *Derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del relator especial Anand Grover, A/64/272*. <https://undocs.org/es/A/64/272>

\_\_\_\_\_ (16 de abril de 2010 y 11-15 de abril de 2011). *Comisión de Población y Desarrollo. Informe sobre el 44° periodo de sesiones. [Tema especial: Fecundidad, salud reproductiva y desarrollo], E/2011/25/E/CN.9/2011/8, 16 de abril de 2010 y 11 a 15 de abril de 2011*. <https://undocs.org/es/E/2011/25>

\_\_\_\_\_ (15 de abril de 2011, 23-27 de abril de 2012). *Comisión de Población y Desarrollo. Los adolescentes y los jóvenes, E/2012/25. E/CN.9/2012/8*. <https://undocs.org/es/E/CN.9/2012/8>

\_\_\_\_\_ (28 de abril de 2011). *Dictamen Comunicación No 1608/2007, L.M.R. vs. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007*. <https://undocs.org/es/CCPR/C/101/D/1608/2007>

\_\_\_\_\_ (3 de agosto de 2011). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe provisional del Relator Especial, 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*. <https://undocs.org/es/A/66/254>

\_\_\_\_\_ (25 de noviembre de 2011). *Comunicación N° 22/2009. Dictamen aprobado por el Comité en su 50° periodo de sesiones celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011, CEDAW/C/50/D/22/2009. (Caso LC vs. Perú, negativa de aborto terapéutico por violación, menor de edad)*. <https://undocs.org/es/CEDAW/C/50/D/22/2009>

\_\_\_\_\_ (19 de abril de 2012). *Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Guatemala, CCPR/C/GTM/CO/3*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGT-M%2fCO%2f3&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGT-M%2fCO%2f3&Lang=es)

\_\_\_\_\_ (1 de febrero de 2013). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/105/80/PDF/G1310580.pdf?OpenElement>

\_\_\_\_\_ (17 de abril de 2013). *Observación General No15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f15&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f15&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (1 de septiembre de 2014). *Informe de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Rashida Manjoo, A/69/368*. <https://undocs.org/es/A/69/368>

\_\_\_\_\_ (9 de diciembre de 2014). *Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Guatemala, E/C.12/GTM/CO/3*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGTM%2fCO%2f3&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGTM%2fCO%2f3&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (6 de agosto de 2015). *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, Victoria Tauli Corpuz, A/HRC/30/41*. <https://undocs.org/es/A/HRC/30/41>

\_\_\_\_\_ (5 de enero de 2016). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57*. <https://undocs.org/es/A/HRC/31/57>

\_\_\_\_\_ (7 de marzo de 2016). *Recomendación General N°. 34, sobre los derechos de las mujeres rurales, CEDAW/C/GC/34*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/34&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/34&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (4 de abril de 2016). *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*. <https://undocs.org/es/A/HRC/32/32>

\_\_\_\_\_ (8 de abril de 2016). *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. <https://undocs.org/es/A/HRC/32/44>

\_\_\_\_\_ (2 de mayo de 2016). *Observación General N.º 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. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%-2f22&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%-2f22&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (17 de noviembre de 2016). *Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación N.º 2324/2013, CCPR/C/116/D/2324/2013. (Caso Amanda Jane Mellet vs. Irlanda, interrupción del embarazo en un país extranjero)*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f116%2fD%2f2324%2f2013&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f116%2fD%2f2324%2f2013&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (6 de diciembre de 2016). *Observación General N.º 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, CRC/C/GC/20. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGC%2f20&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGC%2f20&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (11 de julio de 2017). *Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación N.º 2425/2014, CCPR/C/119/D/2425/2014. (Caso Siobhán Whelan vs. Irlanda, acceso a la interrupción del embarazo)*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f119%2fD%2f2425%2f2014&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f119%2fD%2f2425%2f2014&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (26 de julio de 2017). *Recomendación General num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer por la que se actualiza la Recomendación General N.º 19, CEDAW/C/GC/35*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/35&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/35&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (22 de noviembre de 2017). *Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados de Guatemala*, CEDAW/C/GTM/CO/8-9. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fGTM%2fCO%2f8-9&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fGTM%2fCO%2f8-9&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (2 de enero de 2018). *Consejo de Derechos Humanos. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Guatemala, A/HRC/37/9*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/000/16/PDF/G1800016.pdf?OpenElement>

\_\_\_\_\_ (28 de febrero de 2018). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Guatemala, CRC/C/GTM/CO/5-6*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGTM%2fCO%2f5-6&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGTM%2fCO%2f5-6&Lang=es)

\_\_\_\_\_ (13 de marzo de 2018). *Recomendación General N°. 37 sobre las dimensiones de género de la reducción del riesgo de desastres en el contexto del cambio climático, CEDAW/C/GC/37*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/37&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/37&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (10 de abril de 2018). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/38/36*. <https://undocs.org/es/A/HRC/38/36>

\_\_\_\_\_ (14 de mayo de 2018). *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. [Reafirmación de la igualdad y lucha contra los retrocesos], A/HRC/38/46*. <https://undocs.org/es/A/HRC/38/46>

\_\_\_\_\_ (5 de octubre de 2018). *Resolución 39/10. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos en situaciones humanitarias, A/HRC/RES/39/10*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/296/09/PDF/G1829609.pdf?OpenElement>

\_\_\_\_\_ (7 de mayo de 2019). *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Guatemala, CCPR/C/GTM/CO/4*. [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGTM%2fCO%2f4&Lang=es](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGTM%2fCO%2f4&Lang=es)

\_\_\_\_\_ (15 de mayo de 2019). *Mujeres privadas de libertad. Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, A/HRC/41/33*. <https://undocs.org/es/A/HRC/41/33>

\_\_\_\_\_ (10 de julio de 2019). *Resolución 41/6. Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, A/HRC/41/L.6/Rev.1*. <https://undocs.org/es/A/HRC/41/L.6/REV.1>

\_\_\_\_\_ (11 de julio de 2019). *Informe de la Relatora Especial sobre violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, A/74/137*. <https://undocs.org/es/A/74/137>

\_\_\_\_\_ (12 de julio de 2019). *Informe provisional del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Importancia de la prohibición de este tipo de actos en el contexto de la violencia doméstica, Nils Melzer, A/74/148.* <https://undocs.org/es/A/74/148>

\_\_\_\_\_ (3 de septiembre de 2019). *Observación General N°. 36 (2019) sobre el artículo 6 de la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida, CCPR/C/GC/36.* <https://undocs.org/es/CCPR/C/GC/36>

\_\_\_\_\_ (4 de marzo de 2020). *Opiniones aprobadas por el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria en su 86° periodo de sesiones, 18 a 22 de noviembre de 2019. Opinión N°. 68/2019, relativa a Sara del Rosario Rogel García, Berta Margarita Arana Hernández y Evelyn Beatriz Hernández Cruz (El Salvador), A/HRC/WGAD/2019/68.* <https://undocs.org/es/A/HRC/WGAD/2019/68>

\_\_\_\_\_ (30 de abril de 2020). *Observación General N°. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrafos 1 b), 2, 3, y 4 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/25.* [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f25&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f25&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (25 de junio de 2020). *Opiniones aprobadas por el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria en su 87° periodo de sesiones, 27 de abril a 1 de mayo de 2020. Opinión N°. 19/2020, relativa a Imelda Cortez Palacios (El Salvador), A/HRC/WGAD/2020/19.* <https://undocs.org/es/A/HRC/WGAD/2020/19>

\_\_\_\_\_ (16 de julio de 2020). *El derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial Dainius Pūras, A/75/163.* <https://undocs.org/es/A/75/163>

\_\_\_\_\_ (21 de julio de 2020). *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 17 de julio de 2020, 44/17. Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, A/HRC/RES/44/17.* <https://undocs.org/es/A/HRC/RES/44/17>

\_\_\_\_\_ (24 de julio de 2020). *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 17 de julio de 2020, 44/16. Eliminación de la mutilación genital femenina, A/HRC/RES/44/16.* <https://undocs.org/es/A/HRC/RES/44/16>

\_\_\_\_\_ (24 de julio de 2020). *Violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias. Reporte de la relatora especial, Dubravka Šimonović. Interacción entre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y la pandemia de violencia de género contra la mujer, con especial énfasis en la violencia doméstica y la iniciativa por la paz en el hogar, A/75/144.* <https://undocs.org/es/A/75/144>

\_\_\_\_\_ (24 de agosto de 2020). *Violencia de género y discriminación en nombre de la religión o las creencias. Informe del Relator Especial sobre la libertad de religión o de creencias, Sr. Ahmed Shaheed, A/HRC/43/48.* <https://undocs.org/es/A/HRC/43/48>

\_\_\_\_\_ (19 de abril de 2021). *La violación como una vulneración grave, sistemática y generalizada de los derechos humanos, un delito y una manifestación de la violencia de género contra las mujeres y las niñas, y su prevención. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, A/HRC/47/26.* <https://undocs.org/es/A/HRC/47/26>

\_\_\_\_\_ (26 de abril de 2023). *Consejo de Derechos Humanos. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Guatemala. A/HRC/53/9.* <https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=a%2Fhrc%2F53%2F9&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>

Organización de las Naciones Unidas. (28 de abril de 2021). *Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis. Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, A/HRC/47/38.* <https://undocs.org/es/A/HRC/47/38>

\_\_\_\_\_ (16 de julio de 2021). *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID 19, A/76/172.* <https://undocs.org/es/A/76/172>

\_\_\_\_\_ (26 de julio de 2021). *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 14 de julio de 2021, 47/25. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad derechos humanos, A/HRC/RES/47/25.* <https://undocs.org/es/A/HRC/RES/47/25>

\_\_\_\_\_ (6 de agosto de 2021). *Informe del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria, A/HRC/48/55.* <https://undocs.org/es/A/HRC/48/55>

\_\_\_\_\_ (14 de octubre de 2021). *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 8 de octubre de 2021, 48/6. Matrimonio infantil, precoz y forzado en tiempos de crisis, incluida la generada por la pandemia de COVID-19, A/HRC/RES/48/6.* <https://undocs.org/es/A/HRC/RES/48/6>

\_\_\_\_\_ (14 de noviembre de 2023). *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre el décimo informe periódico de Guatemala. CEDAW/C/GTM/CO/10.* [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FGTM%2FCO%2F10&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FGTM%2FCO%2F10&Lang=en)

\_\_\_\_\_ (12 de diciembre de 2023). *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, Guatemala, E/C.12/1/Add.93.* [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F1%2FAdd.93&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F1%2FAdd.93&Lang=en)





El aborto en el Sistema Internacional de Derechos Humanos. Guatemala, 2023.

1ª edición: Octubre, 2024  
Ipas Latinoamérica y el Caribe

**Recopilación del contenido:**

Marisol Escudero  
Herma Araujo  
Claudia Mendoza

**Revisión de contenido:**

Fernanda Díaz de león  
Mayte Ochoa

**Revisión editorial:**

Laura Andrade

**Ipas LAC** 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 cuatro continentes, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.



EL

ABORTO

EN EL

SISTEMA

INTERNACIONAL

DE

DERECHOS HUMANOS

GUATEMALA, 2023

[www.ipaslac.org](http://www.ipaslac.org)  
[www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org](http://www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org)

Síguenos como @ipaslac

