



Universidad de Chile

Facultad de Derecho

Departamento de Derecho Internacional

**DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER EN LA AGENDA
2030. UN ANÁLISIS A NIVEL INTERNACIONAL DE LAS NACIONES UNIDAS,
UNIÓN EUROPEA Y LATINOAMÉRICA.**

Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales

SOFÍA PATRICIA VALENZUELA FERNANDOY

Profesora Guía:

Dra. Ana María Moure Pino

Santiago de Chile

2024

A mi madre y a mi padre, que siempre han apoyado mis sueños
A mis hermanos, María José y José Nicolás,
A mis amigas, que admiro y que son la razón por la cual escribo esta memoria
Y a todas.

Quién sabe qué hay dentro mí
Qué misterios alberga mi cuerpo
Si sólo puedo ver mi piel
¿Habrá mariposas? o ¿habrá miel?
O estaré llena de tormentos
O tal vez qué agujas se habrán quedado ahí dentro
O qué habrán dejado
Aquellos hombres que por mí han pasado
Sé que dentro de mí emergen los humanos
Pero no sé aún si quiero ser el asilo de alguno de ellos
O acaso me debo sentir contenta
¿Por regalarle hijos a la tierra?
Hijos que después hacen leyes
Que condenan lo que llevo dentro
¿Sin si quiera yo saberlo?
Hijos que disfrazan mi libertad
¿Para después bailar con ella?
No señores,
Yo decido cuando empieza
Y cuando termina la fiesta.

CONTENIDO

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: La Agenda 2030 y el Compromiso de las Naciones Unidas con la Igualdad de género y la salud de las mujeres y niñas.....	11
I. Breve descripción de la Agenda 2030 y sus objetivos	11
II. Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5 de la Agenda 2030	12
III. Naturaleza jurídica de la Agenda 2030	14
IV. Concepto y alcance de los derechos sexuales y reproductivos en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	18
V. Marco Legal Internacional de los Derechos Humanos respecto a derechos sexuales y reproductivos en la Agenda 2030	21
A. Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (CIPD).....	22
B. Plataforma de acción de Beijing de 1995	25
C. Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW).....	26
VI. Órganos de la ONU relacionados a la promoción y supervisión de los DSR de mujeres y niñas	28
A. ONU MUJERES.....	29
B. Organización mundial de la salud (OMS).....	31
C. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).....	32
D. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).....	33
CAPÍTULO II: La salud sexual y reproductiva de las mujeres en la Unión Europea.....	36
I. La Unión Europea y la implementación de la agenda 2030.....	36
II. La institucionalidad de la UE y la transferencia de competencias	38
III. Igualdad de género en los tratados de la UE	39
IV. La UE y política sanitaria.....	41
V. Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines del Parlamento Europeo.....	43
VI. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Europa: recomendaciones del Comisario del Consejo de Europa	46
VII. El Instituto Europeo de la Igualdad de Género	48
A. El Índice de Igualdad de Género:.....	49

B.	IEIG y la Plataforma de Acción de Beijing en la UE	51
CAPÍTULO III: Análisis de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Latinoamérica y el Caribe.....		
53		
I.	La situación de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe	53
II.	La evolución de la protección de los DSR en Latinoamérica	56
III.	Organizaciones Internacionales latinoamericanas que promueven la salud y bienestar de la mujer	58
A.	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)	58
B.	Red Latinoamericana y del Caribe de Católicas por el derecho a Decidir (CDD) ⁶⁰	
CAPITULO IV: el derecho al aborto en Latinoamérica: análisis comparado del proceso legislativo de la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo		
62		
I.	Agenda 2030 y la interrupción voluntaria del embarazo	62
II.	Evolución sobre la despenalización del aborto en Latinoamérica	65
III.	El proceso legislativo respecto al aborto en Chile	68
1.	Evolución histórica de la interrupción voluntaria del embarazo en Chile	68
2.	La objeción de conciencia y el aborto	70
3.	Proyecto de ley de despenalización del aborto	72
IV.	El proceso de despenalización del aborto en Argentina	73
1.	Historia de la despenalización del aborto en Argentina desde el siglo XIX hasta los comienzos del siglo XXI	73
2.	El fallo F., A.L. s/ medida autosatisfactiva	76
3.	El escenario posterior al fallo F.A.L. y la presentación de un nuevo proyecto de ley.....	79
4.	Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610.....	81
V.	El proceso de despenalización del aborto en Uruguay	84
1.	Historia de la despenalización del aborto en Uruguay.....	84
2.	Iniciativas Sanitarias: El modelo de reducción de riesgo y daños de aborto inseguro	85
3.	Ley N°18.987 de interrupción voluntaria del embarazo.....	92
VI.	Ventajas y barreras de los modelos de interrupción voluntaria del embarazo de Chile, Argentina y Uruguay.....	94
CONCLUSIONES		
97		
BIBLIOGRAFÍA		
101		

RESUMEN

La presente memoria tiene como objeto abordar los objetivos de desarrollo sostenible 3 y 5 de la Agenda 2030 en cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, haciendo un análisis a su aplicación y efectividad en tres niveles distintos. En primer lugar, cómo opera la Organización de las Naciones Unidas siendo el organismo que plantea los lineamientos y metas que deben seguir y cumplir sus países miembros y del que también surgen los instrumentos que consagran estos derechos en el sistema internacional de derechos humanos. En segundo lugar, la Unión Europea que representa una unidad territorial que cuenta con su propia institucionalidad y mecanismos para garantizar estos derechos y, por último, a Latinoamérica y el Caribe considerada como un continente que posee raíces culturales comunes pero que a nivel local tiene un desarrollo heterogéneo en cuanto al ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Para abordar cada nivel, primero se analiza a la agenda 2030 y su naturaleza jurídica, para luego revisar los distintos instrumentos internacionales y normativas que se aplican en los distintos niveles, las organizaciones internacionales que hacen posible la protección de estos derechos en estos territorios, y las distintas realidades que se viven en las regiones en estudio, mediante la revisión de informes y bibliografía respecto al desarrollo de estos derechos y de salud sexual y reproductiva. Por último, se hace un análisis comparado de los procesos de despenalización del aborto en Chile, Argentina y Uruguay. Mediante esta memoria se busca evidenciar la transversalidad de la desigualdad de género que sufren las mujeres en el ámbito de su salud sexual y reproductiva y la dificultad para el pleno goce de estos derechos.

INTRODUCCIÓN

En septiembre del 2015, como parte de 193 países miembros de la Organización de Naciones Unidas (en adelante ONU), Chile adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, ésta cuenta con 17 objetivos y 169 metas que establecen un marco de profundización de los compromisos adquiridos previamente mediante los Objetivos de Desarrollo del Milenio y amplían e integran las tres dimensiones del desarrollo social, económico y ambiental. Desde su firma en 2015, este plan de acción se posiciona como instrumento rector de los programas de desarrollo mundial durante quince años, marcando un compromiso de todos los países firmantes para lograr el desarrollo sostenible de toda la sociedad a nivel mundial.

Dentro de éstos 17 objetivos de desarrollo sostenible (en adelante ODS) y dada la estrecha relación entre cada uno, es posible centrar el estudio en un análisis particular de alguna temática del desarrollo social que pueda ser ventajosa para comprender la realidad y los problemas que enfrentamos como comunidad a nivel mundial, continental y local, y que nos impiden alcanzar el desarrollo sostenible como sociedad.

Es por esto que, el objeto de estudio de esta memoria analiza la relación entre el ODS número 3: “salud y bienestar”, y el ODS número 5 sobre igualdad de género, en cuanto a la salud y bienestar de la mujer, desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos (en adelante, DSR), que en la actualidad se presentan como una grave problemática de desigualdad de género que afecta transversalmente a mujeres de todas las edades y de cualquier clase social u origen, evidenciando la falta o ineficacia de acción y protección estatal respecto a problemas como la prevención del embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, barreras de acceso al sistema de salud público y privado, y la eliminación de la violencia física, psicológica y sexual hacia las mujeres, desafíos que se les presentan a los estados y a la comunidad internacional que deben superarse indudablemente para poder alcanzar el desarrollo sostenible de

nuestra sociedad, siendo el empoderamiento de las mujeres y niñas un objetivo clave para llevar la igualdad de género a la realidad.

Para poder adentrarnos a este análisis es necesario definir lo que entendemos por salud y salud sexual y reproductiva basado en lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En primer lugar, la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS expresa: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, por otro lado, *“la salud reproductiva abarca los procesos, funciones y sistemas reproductivos en todas las fases de la vida”*. Por salud reproductiva se entiende que las personas sean capaces de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria, segura, tener la libertad de elegir el momento apropiado y el número de hijos deseados. Esta última condición engloba el derecho de los hombres y las mujeres a ser informados y a tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, asequibles, aceptables y de su elección, y el derecho a acceder a servicios de asistencia sanitaria idóneos para que las mujeres lleven a buen término su embarazo y parto y por otro lado, para brindar a las parejas las máximas posibilidades de tener un niño sano.

En cuanto a salud sexual, ésta se define como *“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad”*; no es simplemente una ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de una actitud positiva y respetuosa hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, además de la posibilidad de tener experiencias sexuales libres de coerción, discriminación y violencia. Para lograr y mantener la salud sexual, *“todos los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y realizados”*¹.

Definido estos conceptos es posible delimitar el análisis de este trabajo, en tres niveles de organización: en primer lugar, las Naciones Unidas como el foro mundial donde se plantean los lineamientos contenidos en la Agenda 2030 en cuanto a la promoción de DSR. En segundo lugar, a la Unión Europea que representa a una

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Definir la salud sexual: Informe de una consulta técnica sobre salud sexual". (Ginebra: OMS, 2006).

organización internacional a nivel continental que cuenta con su propio sistema institucional, normativo y político para poder garantizar estos derechos y, por último, a Latinoamérica y el Caribe en cuanto a la situación que se vive en la región sobre DSR y sus particularidades a nivel local para aplicar los compromisos internacionales que ha adquirido a lo largo de los años en los variados instrumentos internacionales que han surgido sobre esta materia.

En el primer capítulo, se presentarán los ODS de la Agenda 2030 que son objeto de estudio de este trabajo, para seguido a esto, definir la naturaleza jurídica de la Agenda y su valor para la comunidad internacional. Luego, se describirán los instrumentos jurídicos internacionales más importantes en los cuales se basa la Agenda 2030 para los ODS en estudio y se delimitará el concepto y alcance de lo que se entiende por DSR en el sistema internacional de derechos humanos y, por último, se revisarán las organizaciones internacionales dependientes de la ONU que promueven, monitorean y trabajan en pos de asegurar el ejercicio de los DSR de las mujeres y niñas a nivel mundial.

En el segundo capítulo, se analizará la aplicación de la Agenda 2030 en cuanto a los ODS en estudio en la Unión Europea, revisando en primer lugar, cómo funciona la institucionalidad de la UE y la transferencia de competencias de los países miembros para delegar ciertas competencias a este organismo internacional. Seguido a esto, se examinará la consagración de la igualdad de género en los tratados de la UE y cómo se aplica en las políticas sanitarias de los países miembros sobre salud sexual y reproductiva. Por último, se revisarán informes sobre la situación de DSR en el continente europeo y la labor del Instituto Europeo de la Igualdad de Género (IEIG) en la promoción y monitoreo de estos derechos.

En el tercer capítulo, se analizará la situación respecto a DSR en Latinoamérica y el Caribe, revisando cómo ha ido evolucionando la protección a estos derechos en el continente y el cambio de paradigmas sobre salud sexual y reproductiva que se han ido plasmando en los distintos instrumentos internacionales que se han firmado por los países latinoamericanos. Por último, se revisarán algunas organizaciones

internacionales sin fines de lucro levantadas por mujeres feministas para promover y proteger los DSR en la región.

En el cuarto capítulo, se profundizará respecto a la situación latinoamericana haciendo un análisis sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y cómo este derecho se encuentra integrado en la agenda 2030, para luego analizar la evolución de la despenalización de éste en América Latina y el Caribe. Finalmente, se hará un análisis comparado de estos procesos en los países de Chile, Argentina y Uruguay, definiendo las ventajas y barreras más importantes a los que se enfrentan las mujeres a la hora de requerir un aborto.

De este modo, mediante dichos niveles de organización se busca comprender y determinar la efectividad de la Agenda 2030 como un instrumento internacional de gran envergadura que en la actualidad se levanta como el compromiso internacional más ambicioso y vanguardista de la humanidad, llevado a su aplicación práctica en cuanto a los ODS en estudio y los DSR de las mujeres y niñas correlativos a éstos en la Unión Europea y en el continente latinoamericano, regiones que son sumamente distintas en cuanto a su desarrollo histórico, económico, cultural y político, pero que en ambas, las mujeres se ven enfrentadas a graves barreras para tener un ejercicio pleno y efectivo de sus DSR, evidenciando cómo la desigualdad de género es una problemática transversal a nivel mundial y que requiere un cambio de paradigma a nivel normativo, político y social.

CAPÍTULO I: La Agenda 2030 y el Compromiso de las Naciones Unidas con la Igualdad de género y la salud de las mujeres y niñas

I. Breve descripción de la Agenda 2030 y sus objetivos

Para adentrarnos en el análisis de lo que concierne a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres contenidos en la agenda y entender la importancia y alcance de éstos, es necesario comenzar dilucidando el contenido de ésta y su valor como instrumento internacional.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Septiembre de 2015 contiene un plan de acción ambicioso que ha sido llamado: “un contrato para el futuro del mundo” así como también un “Plan de Gobierno de la humanidad”, y compromete a todos los países a avanzar hacia un nuevo paradigma de desarrollo, que pretende hacer realidad los derechos humanos de las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y niñas, que se plasman en los 17 objetivos que contiene.

El plan de acción debe entenderse bajo una perspectiva universal e indivisible, ya que busca la participación de todos los países por igual y a su vez, integra los tres pilares del desarrollo sostenible -económico, social y medioambiental- e integral, ya que la consecución de cada objetivo depende del logro de todos los otros, demostrando así, la visión holística que se requiere para lograr un desarrollo próspero y equitativo para la humanidad.

Los objetivos de desarrollo sostenible (en adelante, ODS) se enumeran en 17 “ejes” que son:

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Fin de la Pobreza | 6. Agua limpia y saneamiento |
| 2. Hambre Cero | 7. Energía asequible y no contaminante |
| 3. Salud y bienestar | 8. Trabajo decente y crecimiento económico |
| 4. Educación de calidad | |
| 5. Igualdad de género | |

- | | |
|--|---|
| 9. Industria, innovación e infraestructura | 13. Acción por el clima |
| 10. Reducción de las desigualdades | 14. Vida submarina |
| 11. Ciudades y comunidades sostenibles | 15. Vida de ecosistemas terrestres |
| 12. Producción y consumo responsables | 16. Paz, justicia e instituciones sólidas |
| | 17. Alianzas para lograr los objetivos |

Cada uno de los objetivos se desglosa en metas específicas que en total conforman 169 metas de un plan de acción a largo plazo que se espera haber cumplido para el año 2030.

II. Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 5 de la Agenda 2030

En cuanto al compromiso de lograr el desarrollo sostenible para toda la sociedad, lograr la igualdad entre los géneros es uno de los fundamentos esenciales para construir un mundo pacífico, próspero y sostenible. Es por esto, que dicha meta no se encuentra aislada solamente en el Objetivo N°5 de la Agenda, sino que atraviesa varios de los ejes de ésta, dadas las diferentes desigualdades e injusticias que sufren las mujeres en los distintos ámbitos de desarrollo económico, social, político, cultural, entre otros, que obliga a los estados a hacerse cargo de estas discriminaciones y garantizar los derechos humanos de mujeres y niñas.

Para la presente memoria, el ODS 3 “*Salud y Bienestar*” y el ODS 5 “*Igualdad de Género*” son los cuales nos permitirán analizar en los niveles propuestos de estudio, cuál es el nivel de desarrollo de la esfera de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el plano internacional en las Naciones Unidas, Unión Europea y Latinoamérica. En dichos objetivos se encuentran las metas específicas que

comprometen a los Estados a cumplir e implementar en el ámbito local considerando las diferentes realidades y niveles de desarrollo de cada estado.

A continuación, se detallan las metas de dichos objetivos que permitirán elaborar el análisis de esta investigación:

Objetivo de desarrollo sostenible (ODS) N°3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”²:

“Meta 3.1: Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.”

“Meta 3.7: Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”.

Objetivo de desarrollo sostenible (ODS) N°5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”³:

“Meta 5.1: Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo”.

“Meta 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación”.

“Meta 5.6: Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen”.

² Asamblea General de las Naciones Unidas, "Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ". En A/RES/70/1(2015). Objetivo 3.

³ Ibidem. Objetivo 5.

“Meta 5.c: Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles”

Al describir las metas mencionadas se puede vislumbrar el carácter integral que poseen los ODS, ya que, para lograr el desarrollo sostenible, el enfoque universal e indivisible es esencial, ya que no se pueden aislar cada una de estas áreas debido a que el cumplimiento de un objetivo depende del cumplimiento de todos los otros, siendo éste un factor de diferenciación de los ODM (Objetivos del Milenio) que precedían de la nueva Agenda 2030 en el que su enfoque no contenía este nivel de compromiso a nivel internacional.

III. Naturaleza jurídica de la Agenda 2030

Al anunciarse en los medios la nueva agenda de la humanidad y que comenzara a hacerse parte de las nuevas directrices de las políticas públicas, lo que más resalta son sus ambiciosos objetivos encerrados dentro de cuadrados de colores muy llamativos y recogidos en un lenguaje simple para que pudieran ser comprendidos por todos, lo que fue una gran estrategia de promoción para que los ODS logran llegar al conocimiento público. Sin embargo, poco se sabe respecto a cuál es el nivel de compromiso que tienen los gobiernos y sus autoridades en llevar a cabo lo contenido en la agenda. ¿Es obligatorio para los estados cumplir las metas comprendidas en ésta?

Para contestar esta pregunta es necesario analizar la naturaleza jurídica de la agenda la cual tiene el carácter de -resolución- adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, para esto es menester entender brevemente cómo funciona este órgano y seguido a esto, definir el carácter jurídico de los ODS, distinguiendo así, el valor que posee para la comunidad internacional y, por consiguiente, para cada uno de los Estados firmantes.

En primer lugar, las Naciones Unidas (en adelante, ONU) es la organización universal por excelencia. Prácticamente todas las naciones del mundo tienen el carácter de miembro de esta organización. Es importante tener presente que la ONU se ha convertido en el mayor instrumento con el que cuenta la comunidad internacional para el mantenimiento de la paz entre las naciones.⁴

La ONU cuenta con seis órganos principales: la Asamblea General, Consejo de Seguridad, Consejo Económico y Social, Consejo de Administración Fiduciaria, La Corte Internacional de Justicia y la Secretaría de la ONU. Cada uno cuenta con variados órganos subsidiarios, comisiones, departamentos y oficinas, dependiendo de sus funciones. Dicho esto, ya se puede vislumbrar la complejidad de su estructura orgánica, sin embargo, en esta instancia nos limitaremos a describir el alcance que tiene la Asamblea general como principal órgano deliberativo de la ONU.

Creada en 1945 en virtud de la Carta de las Naciones Unidas, la Asamblea es el órgano representante, normativo y deliberativo de la ONU, y el único que cuenta con representación universal al estar integrada por sus 193 miembros. Constituye un foro central para deliberaciones multilaterales sobre toda gama de cuestiones internacionales que abarca la Carta. Otras atribuciones específicas relevantes son: generar recomendaciones en el ámbito del arreglo pacífico de controversias, la promoción de estudios y la adopción de recomendaciones para promover la cooperación internacional en el campo político y la promoción e impulso del desarrollo progresivo del Derecho Internacional y su codificación.⁵

La Asamblea General se reúne de manera ordinaria una vez al año; de manera extraordinaria si es que las circunstancias así lo exigen o de manera extraordinaria de emergencia en casos excepcionales. Durante una sesión ordinaria, la Asamblea debe debatir todos los asuntos que se dispongan previamente en un programa. Éste se

⁴ Oscar Merino Meneses, "Las resoluciones de las Organizaciones Internacionales como fuente del Derecho Internacional: Los casos de la Unión Europea y de la Organización de Naciones Unidas". (Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, 2015). p 143.

⁵ Manuel Díez de Velasco, *Instituciones De Derecho Internacional Público*. 17° ed. (Madrid 2009). p 207.

divide en temáticas variadas que deben ser debatidas particularmente, para luego alcanzar un consenso que se expresa en la adopción de una o más resoluciones o decisiones. Éstas pueden incluir recomendaciones políticas e identificar acciones que deben tomar los Estados Miembros. Dichas resoluciones reflejan el grado de acuerdo intergubernamental, la evolución de ideas políticas y el estado de cooperación internacional respecto a algún asunto en específico⁶.

Dicho esto, para el caso de la Agenda 2030, ésta fue aprobada durante el septuagésimo periodo de sesiones ordinarias de la Asamblea en una reunión plenaria de Alto Nivel, dada la asistencia de todos los representantes de los Estados Miembros. Por otro lado, cabe destacar, que para que se pudiera llegar a su aprobación en la sesión, la elaboración de la Agenda conllevó un largo proceso de más de dos años de consultas públicas, interacción con la sociedad civil y negociaciones entre los países, por lo que sería difícil considerar que se trata de una mera manifestación de voluntad o de deseo que haya nacido del acuerdo aislado de cierto grupo⁷.

De esta manera, la asamblea adoptó la Agenda como una resolución. En contraposición de un tratado internacional, las resoluciones no son jurídicamente vinculantes u obligatorias para quienes las suscriben. Comúnmente se sitúan dentro del “*soft law*” internacional, el cual se usa en la literatura legal para describir principios, reglas o estándares que gobiernan las relaciones internacionales y las cuales no se consideran parte integrante de las bases de las fuentes del derecho internacional contenidas en el artículo 38 del Estatuto de la Corte Internacional de Justicia que son los Tratados o Convenios, costumbre internacional, principios generales de derecho, la jurisprudencia y la doctrina.⁸

⁶ Nicole Ruder, Kenji Nakano, and Johann Aeschlimann, *The Ga Handbook: A practical guide to the United Nations General Assembly*. 2^o ed. (New York Permanent Mission of Switzerland to the United Nations, 2017). p 53.

⁷ Rafael García Matías, "Las entidades locales y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Algunas notas sobre la naturaleza jurídica de la Agenda 2030". *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* 2016. p 101.

⁸ Daniel Thürer, "Soft Law," in *Max Planck Encyclopedias of International Law [MPIL]*(Published under the auspices of the Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law under the direction of Professor Anne Peters and Professor Rüdiger Wolfrum, 2009).

El *soft law*, o derecho blando, se caracteriza por tener cierta relevancia jurídica, pero carecer de una fuerza vinculante que imponga obligaciones exigibles a las partes. En este ámbito encontramos las recomendaciones, resoluciones, acuerdos, declaraciones y otras expresiones de voluntad que emanan de ciertos organismos internacionales que, aunque no sean vinculantes, representan compromisos políticos internacionales de gran envergadura y que comprometen el actuar de los estados en el ámbito internacional y local y que paulatinamente pueden producir efectos jurídicos e impulsar el desarrollo del derecho internacional.

Por otra parte, en la doctrina existe imprecisión jurídica sobre el alcance y valor jurídico de las resoluciones de las organizaciones internacionales. No hay un régimen común de las organizaciones internacionales, dado que dependen de su tratado constitutivo y por esto es difícil intentar una respuesta común aplicable en todos los casos⁹.

En el caso de la ONU, sus resoluciones y decisiones son expresiones formales de la opinión o voluntad de los órganos de las Naciones Unidas, por lo cual, llevado al gran foro internacional que encarna la Asamblea General, cada uno de sus 193 miembros representa y compromete a su estado con la participación política en ese foro, y cada uno de los votos de sus representantes tiene una relevancia jurídico-institucional al interior de cada uno de sus Estados, por los cuales deben ser responsables en base a sus propios sistemas jurídicos y normativos. Esta responsabilidad nacional es de especial relevancia en relación con los mecanismos de implementación de la Agenda 2030¹⁰.

Es por esto, que afirmar que la Agenda 2030 y su plan de acción es una mera recomendación, sería impreciso. Para autores como García Matíes, la Agenda contiene inequívocamente la voluntad de los Estados Firmantes de resolver cuestiones esenciales para la humanidad y porque más allá de referencias abstractas, contiene acciones bien definidas, tanto en cantidad como en el tiempo en que han de lograrse.

⁹ García Matíes (2016). Op. Cit, p 102.

¹⁰ Loc. Cit.

El hecho de que las voluntades coincidentes de los Estados firmantes no tengan la forma de Tratado u otra figura semejante, suscrita con todas las formalidades, que la haga “jurídicamente correcta” no la convierte en inoperante.

En ese sentido, la misma introducción de la Agenda expresa: *“La presente Agenda tiene un alcance y una importancia sin precedentes. Todos los países la aceptan y se aplica a todos ellos, aunque teniendo en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada uno y respetando sus políticas y prioridades nacionales”*¹¹

Dicho esto, no se puede negar el compromiso y la responsabilidad por parte de los Estados de llevar a cabo el Plan de Acción que comprende la Agenda 2030. Los acuerdos multilaterales son una necesidad en un mundo globalizado, por lo que la agenda encarna un acierto para la comunidad internacional y para el desarrollo del derecho internacional, ya que materializa en acciones claras lo que numerosas declaraciones de derechos humanos, medioambiente, entre otras, contienen y que no han logrado implementarse de manera exitosa en décadas de trabajo político, jurídico y social.

IV. Concepto y alcance de los derechos sexuales y reproductivos en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

Ya presentados los objetivos a analizar en esta investigación, es menester definir y delimitar su alcance en el derecho internacional, comprendiendo su contenido para definir cuáles son los derechos que se deben respetar y garantizar por los gobiernos de cada estado y dirigir sus acciones y políticas en el sentido que formula la Agenda.

Encontrar una definición para los DSR implica una conjunción de distintos elementos que emergen de variados principios de los derechos humanos. Por un lado, es necesario distinguir que, aunque comúnmente son nombrados en conjunto, implican

¹¹ Asamblea General de las Naciones Unidas (2015). Op. Cit. Párrafo 5.

esferas distintas de derechos y libertades de las mujeres y hombres, pero que están interrelacionadas íntimamente, de manera que el examen de unos generalmente implicará la referencia a los otros.

Respecto a lo que se conoce como derechos reproductivos, éstos son derechos humanos que esencialmente se fundamentan en los principios de igualdad, autodeterminación y dignidad humana. Comprenden el derecho de los individuos a decidir de forma libre el número y espaciamiento entre los hijos, así como a tener la información y medios para ejercer esta autonomía. Ello implica el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva sin discriminación e incluye, entre otros, el derecho a la atención obstétrica, el derecho al aborto, el derecho a acceder a la anticoncepción, el derecho a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva y el derecho a estar libre de interferencias indebidas en la salud sexual y reproductiva -como son, por ejemplo, la mutilación genital femenina y las esterilizaciones forzadas o sin consentimiento-. La organización Panamericana de la Salud ha establecido que la salud reproductiva implica la plena capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y cuán a menudo hacerlo.¹²

Por otra parte, los derechos sexuales, han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los siguientes términos: *“Los derechos sexuales abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros acuerdos de consenso, que son parte integral e indivisible de los derechos humanos universales. Incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a (1) el mayor estándar posible de salud, en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; (2) buscar, recibir e impartir información en relación a la sexualidad; (3) educación sexual; (4) respeto por la integridad corporal (5) elección de pareja; (6) decidir ser o no ser sexualmente activo; (7) relaciones sexuales consensuadas; (8) matrimonio consensuado; (9) decidir tener o no tener, y cuándo*

¹² Mónica Arango, "Derechos Sexuales y Reproductivos". En *Derechos Humanos y Mujeres: Teoría y Práctica*. (Santiago Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, 2013). p 201.

*tener hijos; y (10) ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respeten el derecho de los otros”.*¹³

Hasta este punto, podemos comprender los DSR como derechos de los que son titulares hombres y mujeres, sin embargo, el desarrollo de los derechos reproductivos se ha dado principalmente desde el ejercicio de éstos por parte de las mujeres y sobre aquellos derechos reproductivos de los que sólo ellas son titulares. Lo anterior es lógico, ya que el punto de partida de los derechos reproductivos se relaciona íntimamente con la autodeterminación reproductiva, y dado que los costos de la maternidad recaen principalmente sobre la mujer, es ella quien muchas veces será exclusivamente afectada por la falta de garantía de los mismos. Así, su desarrollo se ha enmarcado principalmente dentro del derecho a la salud de las mujeres, y particularmente, en relación con el acceso a servicios de salud reproductiva que sólo ellas requieren, como el aborto, el acceso a servicios obstétricos de salud y a la anticoncepción de emergencia.¹⁴

El logro de que se llegara a acuñar términos como salud sexual y reproductiva y su desarrollo en cuanto a derechos humanos, se debe indudablemente a los movimientos feministas que han intentado mostrar como la discriminación histórica de las mujeres, trasladada al campo del acceso a servicios de salud, integrales, de calidad y asequibles y a la protección de sus derechos fundamentales, está en la base de la criminalización de conductas referidas a su sexualidad y autodeterminación reproductiva, y que ello configura prácticas vulneradoras de derechos humanos.¹⁵

Es por esto que, el alcance de los DSR tiene un impacto diferenciado para las mujeres. A modo de ejemplo, algunos de los datos que entrega la ONU respecto a esta materia son alarmantes. A nivel mundial, 750 millones de mujeres y niñas se casaron antes de los 18 años y al menos 200 millones de mujeres y niñas en 30 países

¹³ Loc. Cit.

¹⁴ Ibidem. p 204.

¹⁵ Loc. Cit.

se sometieron a la mutilación genital femenina (MGF); por otro lado, sólo el 52% de las mujeres casadas o en una unión, toman libremente sus propias decisiones sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención médica.

Éstos entre otros datos, reflejan la clara desigualdad y discriminación que reciben las mujeres solo debido a su género y que implica una desprotección en el ámbito de su salud sexual y reproductiva, problema que ha intentado mitigarse con el desarrollo en distintos instrumentos de derecho internacional de derechos humanos para darle reconocimiento a los DSR de mujeres y niñas a lo largo del tiempo.

V. Marco Legal Internacional de los Derechos Humanos respecto a derechos sexuales y reproductivos en la Agenda 2030

Al buscar fuentes de derecho internacional que hagan mención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y, por tanto, a su reconocimiento en instrumentos legales, nos encontramos con que su desarrollo es relativamente nuevo en el ordenamiento jurídico internacional de los Derechos Humanos.

La primera referencia a los derechos reproductivos en el ámbito internacional proviene de la Proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán (1968), en la que se estableció que *“los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”*, esta declaración no consiguió darle un carácter de universalidad al derecho, sino más bien un primer acercamiento a la titularidad y protección de éste.¹⁶

No obstante, en las últimas dos décadas, los esfuerzos a nivel mundial de los grupos feministas y de activistas han ido perfilando el concepto y elevando el reconocimiento de los DSR a los niveles internacional y regionales, incrementándose la consciencia sobre la obligación de los gobiernos de proteger y promover dichos

¹⁶ Ibidem. p 212.

derechos.¹⁷

El ámbito de protección que proporcionan los DSR y las obligaciones que de ellos se derivan para los Estados han sido desarrollados principalmente por el Derecho internacional de los Derechos Humanos y el Derecho Constitucional, los que han dotado de contenido específico sus protecciones y delineado, en algunos casos, su exigibilidad como derechos fundamentales. En este sentido, uno de los argumentos que se han utilizado para sostener la exigibilidad de los DSR consiste en afirmar que la progresividad en la interpretación de los derechos humanos permite ampliarlos hacia el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.¹⁸

En este sentido, la Agenda hace expresa mención en la meta 5.6 presentada anteriormente, que se debe asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

A continuación, se revisarán los instrumentos internacionales más relevantes para la aplicación de la Agenda 2030 y para la consagración de los DSR.

A. Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (CIPD)

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (CIPD) fue adoptado por 179 países en el Cairo en 1994. El programa de acción supuso un giro copernicano en lo que respecta a la propuesta de poner al ser humano en el centro de los debates

¹⁷ Claudia Ahumada y Shannon Kowalski, *Derechos Sexuales y Reproductivos, guía para activistas jóvenes*. (The youth coalition, 2006). p 12.

¹⁸ Arango (2013). Op. Cit. p 211.

demográficos y de control poblacional en las disyuntivas población/ecologismo y población/consumo¹⁹. Es donde por primera vez aparece el concepto de salud reproductiva en un instrumento de derecho internacional:

“La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios seguros y adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (...) la definición de salud reproductiva (...) incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”²⁰.

Además, proporciona el siguiente concepto de derechos reproductivos:

“Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los

¹⁹ Marina Casas Varez y Gabriela Cabezas, *Los Derechos Sexuales y Reproductivos desde la perspectiva de género en América Latina: Entre el control y la autonomía*. (Santiago: Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, 2016). p 17.

²⁰ Naciones Unidas, "Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo". En *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. (El Cairo: Naciones Unidas, 1994). párrafo 7.2

*individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad (...)*²¹

El CIPD fue un instrumento progresista para su época ya que cuenta con todo un eje temático sobre derechos y salud reproductivos, en el que se trazan objetivos y medidas para la planificación familiar, la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Por otro lado, se desarrollan los lineamientos para el óptimo desarrollo de la salud sexual, afirmando la importancia de la igualdad entre los géneros en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación. También se reconoce que en este ámbito: *“la violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y la violación, están sumamente extendidas y cada vez son más las mujeres expuestas al SIDA y a otras ETS como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas”*.²²

Otro elemento por destacar, son sus lineamientos respecto a la salud de la mujer y a la maternidad sin riesgo en cuanto al aborto, ya que, aunque se rechaza el aborto como método de planificación de familia, se insta a los gobiernos y organizaciones a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas, reconociendo que la práctica de abortos clandestinos es un problema de salud pública. En este sentido, el programa de acción manifiesta que en todos los casos -es decir, en los países en que el aborto está penalizado y en los que no es contrario a la ley- las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos, y dar los servicios pertinentes de asesoramiento postaborto.²³

²¹ Ibidem. párrafo 7.3

²² Ibidem. párrafo 7.35

²³ Ibidem. párrafo 8.25.

B. Plataforma de acción de Beijing de 1995

En segundo lugar, la “*Plataforma de Acción de Beijing*” que se forjó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas en 1995, es considerado el plan más progresista que se ha desarrollado para promover los derechos de la mujer.

Así como en el plan de acción de la CIPD se reitera la conceptualización de los derechos reproductivos, en ésta se agrega algo particularmente relevante, una definición del derecho de las mujeres a tener control sobre su sexualidad y reproducción:

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener el control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”²⁴

La plataforma de acción contiene objetivos estratégicos para fomentar el acceso de la mujer a la atención de salud e información adecuada²⁵, proporcionando servicios de salud más accesibles, económicos y de calidad en cuanto a salud sexual y reproductiva y reitera lo dispuesto en el Programa de Acción del Cairo en cuanto a la atención postaborto. Por otro lado, destaca su objetivo de tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las ETS y el VIH/SIDA.²⁶

²⁴ Naciones Unidas, "Declaración y Plataforma de Acción de Beijing". En *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing: Naciones Unidas, 1995). Párrafo 96.

²⁵ Ibidem. Objetivo estratégico c1.

²⁶ Ibidem. Objetivo estratégico c.3.

C. Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW)

Por otra parte, una fuente importante que cabe analizar pero que no se menciona expresamente en los ODS de la agenda 2030, es la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer adoptada en 1979 por la Asamblea General de la ONU (CEDAW, siglas en inglés), la cual al tener carácter de una Convención Internacional que es vinculante para los países que la han ratificado conlleva un nivel de compromiso y cumplimiento que está supervisado por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (Comité CEDAW), aparte de su protocolo facultativo que establece mecanismos de denuncia e investigación de la CEDAW y otorga la competencia a este Comité para conocer denuncias de individuos e investigar violaciones graves o sistemáticas de la Convención.

A pesar de ser un instrumento que es una convención internacional, una cantidad significativa de países ha ratificado ésta sujeta a ciertas declaraciones, reservas y objeciones, lo cual puede explicar de cierta manera, que no se haga mención explícita a cumplir los protocolos de la CEDAW en los ODS, pero sí al Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing, que no tienen tal carácter.

En la CEDAW además de hacer referencia explícita al derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud sin discriminación y, por lo tanto, a los derechos reproductivos y las protecciones derivadas de éstos, se establecen obligaciones específicas para los Estados respecto de los DSR. Podemos mencionar las que están más estrechamente relacionadas con los ODS objeto de estudio de esta investigación:

- adoptar medidas 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”*²⁷

²⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas, "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer". En RES 34/180 (1979). Art. 12.1.

- asegurar 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 a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*²⁸

Respecto al alcance de estas obligaciones, el Comité CEDAW es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención, elabora informes y recomendaciones que han sido particularmente consistentes en enmarcar la denegación de acceso a servicios de salud reproductiva como una violación al derecho a la no discriminación. Han evidenciado, a su vez, importantes conexiones entre la mortalidad materna y la falta de acceso a servicios de aborto en los casos en que la vida o la salud de la mujer se encuentra en peligro, a la anticoncepción e incluso a la educación sexual.²⁹

Cabe mencionar que, a pesar de los logros de la ONU en cuanto a la protección de los derechos del género femenino durante esa época, se hizo necesario el refuerzo en la protección contra la violencia hacia este colectivo con el designio, en el marco de la Conferencia de Viena en 1993, y considerando que *“los derechos humanos de la mujer y la niña son parte inalienable e indivisible de los DDHH individuales”*, de una Relatora Universal sobre el tema.³⁰

El comité CEDAW ha sido estructural en la promoción del reconocimiento de los DSR. Su incesante atención al dirigirse a los Estados ha sido determinante en la evolución de las protecciones que se desprenden de estos derechos, particularmente en relación con la necesidad de abordar las políticas de salud nacionales con

²⁸ Ibidem. Art.16 e).

²⁹ Centro de Derechos Reproductivos, "Haciendo de los derechos una realidad: Aborto y Derechos Humanos". (Centro de Derechos Reproductivos, 2010).

³⁰ Los Relatores Especiales de la ONU forman parte de los 'Procedimientos Especiales', el mayor órgano de expertos independientes en el sistema de la ONU para los Derechos Humanos, que reúne a los mecanismos de investigación y monitoreo establecidos por el Consejo de Derechos Humanos para hacer frente a situaciones concretas en países o a cuestiones temáticas en todo el mundo. Los expertos de los Procedimientos Especiales trabajan de manera voluntaria; no son personal de la ONU y no perciben un salario por su labor. Son independientes de cualquier gobierno u organización y actúan a título individual.

perspectiva de género y traducir estas protecciones al derecho nacional, así como a la obligación de erradicar los patrones socioculturales que perpetúan estereotipos de género negativos de las mujeres.³¹

Finalmente, luego de analizar las tres fuentes mencionadas, es que podemos demostrar que, en la década de los noventa, se abre paso a una nueva etapa de incorporación de una perspectiva de género en todas las estrategias, procesos normativos y acciones en materia de derechos de la persona, en especial en el marco del sistema de la ONU.³²

VI. Órganos de la ONU relacionados a la promoción y supervisión de los DSR de mujeres y niñas

Como se mencionó anteriormente, la ONU cuenta con 6 órganos principales, de los cuales surgen órganos subsidiarios, conexos y especializados, entre otros, en los que se delega el trabajo en múltiples materias de competencia de las Naciones Unidas. Dentro de éstos confluyen variados organismos como fondos y programas, comisiones y órganos especializados que promueven, supervisan y trabajan en pos de garantizar los derechos humanos de mujeres y niñas.

En razón de ceñirnos al análisis de la protección de los DSR, es que en la presente investigación se describirán cuatro de los órganos con competencia universal de la ONU que tienen relación directa con la salud sexual y reproductiva de la mujer: ONU mujeres; la Organización Mundial de la Salud (OMS); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de la ONU (UNFPA), los cuales tienen planes estratégicos de trabajo y mantienen alianzas activas entre las mismas organizaciones y entes públicos y privados en los países en que centran su labor.

³¹ Arango (2013). Op. Cit. p 207.

³² Casas (2016). Op. Cit. p. 13.

Sin perjuicio que otros organismos de la ONU también se pronuncian respecto a esta materia, como la comisión especializada del ECOSOC de la condición jurídica y social de la mujer, así como las comisiones con competencia regional del mismo, se excluirán del análisis dado a que son órganos dependientes del ECOSOC y su trabajo se concentra exclusivamente a la celebración de sesiones programáticas, así como el Departamento de estadísticas de la ONU en cuanto a género, ya que se considera un órgano instrumental en cuanto a recopilación de datos y estadísticas. Por último, tampoco se considerará al Comité CEDAW ya que fue descrito previamente.

A. ONU MUJERES

ONU Mujeres es la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Es un ente que se posiciona como defensora mundial de mujeres y niñas, para acelerar el progreso que conllevará a mejorar las condiciones de vida y para responder a las necesidades que enfrentan en el mundo. En cuanto a las necesidades sanitarias a nivel mundial, las mujeres y niñas, se ven enfrentadas a la discriminación de género socavando sistemáticamente su acceso a la atención sanitaria, por razones que incluyen menos recursos financieros y limitaciones en su movilidad, problemática que se refleja en datos a nivel mundial, ya que tan solo la mitad de las mujeres de las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan, y en cuanto a salud sexual, una de cada cinco mujeres y niñas han sufrido violencia física y/o sexual³³, por otra parte, en lo que respecta a salud reproductiva, sólo el 52% de mujeres casadas o en una unión, toman libremente sus propias decisiones sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención médica.

³³ Includido el 19% de las mujeres y niñas de 15 a 49 años, han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, durante los últimos 12 meses, según datos de la ONU en su portal <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/> (consultado el 31-03-2021)

Frente a esta gravísima realidad, es que ONU Mujeres, actúa para promover el bienestar y la salud de las mujeres colaborando con gobiernos para mejorar la prestación de servicios sanitarios a las mujeres y las niñas, incluidas las sobrevivientes de violencia, apoyando medidas que buscan poner fin a las leyes y prácticas discriminatorias que impiden que las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Debido a esto, que aparte de su acción local, ONU MUJERES actúa como un órgano mundial, que tiene un papel crucial en la recopilación de datos y diagnóstico a nivel global para poder reconocer efectivamente cómo se integra la igualdad de género de manera transversal en todos los ámbitos de la sociedad, respecto a esto se encuentra la evaluación exhaustiva y fidedigna de los avances, dificultades y posibilidades de la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) desde una perspectiva de género en su informe: *“Hacer las promesas realidad: la igualdad de género en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible”*, siendo éste documento una fuente de análisis de alta calidad de datos y políticas, de utilidad para organizaciones y países.

Respecto a la crisis sanitaria del COVID-19, ONU Mujeres ha diseñado una respuesta rápida y específica para mitigar el impacto de la crisis en las mujeres y las niñas y garantizar que la recuperación a largo plazo las beneficie. Ésta incluye asesoramiento de políticas e intervenciones programáticas y forma parte de la respuesta más amplia para toda la organización de la ONU. Su estrategia se centra en prioridades como la mitigación de la violencia de género, incluida la violencia doméstica, la protección social y paquetes de estímulo económico que tengan en cuenta a las mujeres y niñas y conseguir que las personas apoyen y practiquen el reparto equitativo del trabajo de cuidados.

B. Organización mundial de la salud (OMS)

La OMS es un organismo especializado de la ONU, que dedica su acción a gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. En cuanto a perspectiva de género en el ámbito de la salud, para los objetivos del milenio ya contaban con una estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño (2005), que se centraba en la problemática de la mortalidad maternal y natal, y cómo para evitar esto era necesario garantizar el acceso a la planificación familiar, prevención de enfermedades transmisibles como el VIH. Le sigue a ésta la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente³⁴, que se implementa entre el año 2016 al 2030, a diferencia de la anterior, esta es mucho más amplia y ambiciosa y está mucho más centrada en la equidad que la anterior, se centra en la realización del derecho humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, incluso en las circunstancias más difíciles.

La estrategia cuenta con planes de acción definidos como reforzar las capacidades de liderazgo y de gestión en los países, movilizar recursos en salud, evaluar los riesgos, la observancia de los DDHH y las necesidades relacionadas con las cuestiones de género, entre otras, además recalca los beneficios que reporta el invertir en salud femenina, dada la alta rentabilidad de éstas, que podría lograr la eliminación de la mortalidad prevenible de madres, recién nacidos, niños y adolescentes, entre otras ventajas. Por otro lado, la gran convergencia en materia de salud brinda a las mujeres, niños y adolescentes una igualdad de oportunidades de sobrevivir y prosperar.

Complementario a la estrategia, la OMS elaboró en el 2019, el documento: *“Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes”*, el cual contiene directrices claves sobre cómo se deben implementar planes de Educación Sexual Integral para adolescentes, además de directrices

³⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)". (2015).

respecto a la orientación y suministro de anticonceptivos, prevención y atención de ETS y VIH, prevención y atención hacia la violencia contra las mujeres y niñas, y la prevención de las prácticas sanitarias tradicionales nocivas.³⁵ Esta recopilación de directrices de la OMS fue elaborada en virtud de las normas de derechos humanos que los países están obligados a garantizar, por lo cual, hace que el documento sea tremendamente útil para analizar qué tan alineados están los gobiernos y sus respectivos sistemas de salud y educación a los estándares internacionales que dispone la ONU.

Respecto a las consecuencias sanitarias de la pandemia para la salud sexual y reproductiva, el llamado de la OMS es a mantener la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso equitativo a ellos y a que los incluyan en el conjunto esencial de servicios de salud para la respuesta al COVID-19, ya que la experiencia y la evidencia de brotes anteriores por otras epidemias indican que es probable que se reduzcan estos servicios de salud³⁶.

C. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, más conocido mundialmente por sus siglas UNICEF, nace tras el desastre humanitario que deja la segunda guerra mundial, en la que miles de niños de Europa se ven amenazados por el hambre y las enfermedades. En 1946 la ONU crea UNICEF para que se les preste socorro de emergencia.

En 1953 UNICEF se convierte en un organismo permanente de la ONU, ya que la Asamblea General amplía indefinidamente su mandato. Desde su creación la organización defiende los derechos y el bienestar de todos los niños y niñas del mundo. Popularmente, UNICEF se ha hecho conocida por sus variados embajadores de buena

³⁵ "Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales de los adolescentes". (Ginebra, 2019).

³⁶ "El género y la Covid-19". (2020). petición clave n°3.

voluntad que suelen ser personalidades reconocidas como artistas, actores, deportistas, etc.³⁷, sin embargo, su acción va más allá de los rostros famosos que llevan el logo de la organización.

En cuanto a la igualdad de género, UNICEF cuenta con una base de recopilación de datos y estadísticas que revelan que, al comienzo de la adolescencia, las normas de género y la discriminación hacia las niñas incrementan el riesgo de embarazo no deseado, VIH/SIDA y malnutrición. Especialmente en lugares donde la menstruación sigue siendo tabú, las niñas se ven privadas de información y elementos que necesitan para mantenerse saludables y seguras. Además, se evidencia la violencia sexual que sufren millones de niñas y adolescentes en el mundo al ser víctimas de relaciones sexuales forzadas, matrimonio infantil y mutilación genital femenina.

Para hacer frente a estas problemáticas en la actualidad, UNICEF cuenta con estrategias globales y regionales en consonancia con los ODS de la Agenda 2030, en la cual todas sus esferas de trabajo integran estrategias que abordan la discriminación y las desventajas relacionadas con el género.

Respecto a la salud de niñas y adolescentes, su estrategia cuenta con cinco prioridades: impulsar la educación secundaria para niñas, ofrecer apoyo en materia de salud e higiene menstrual, poner fin a el matrimonio infantil y uniones tempranas y promover la salud de los adolescentes con una perspectiva de género en cuanto a la prevención del embarazo, y la atención materna, así como la prevención del VIH y el virus del papiloma humano (VPH).³⁸

D. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

El UNFPA (siglas en inglés) es el organismo de las Naciones Unidas encargado exclusivamente a la salud sexual y reproductiva. Su misión es crear un mundo en el

³⁷ Embajadores de Buena Voluntad de UNICEF CHILE: Iván zamorano, Benjamín Vicuña, 31 minutos.

³⁸ UNICEF, "Plan de acción de género 2018-2021". (UNICEF, 2018).

que todos los embarazos sean deseados, todos los partos sean seguros y se aproveche el potencial de todos los jóvenes.

La organización trabaja en más de 150 países y territorios que albergan a la gran mayoría de la población mundial y se guía por el Programa de Acción de la CIPD, colabora con gobiernos, la sociedad civil y otros organismos para impulsar su misión.

En relación con los ODS, el UNFPA codirigió junto con ONU-Mujeres el proceso para el desarrollo y la presentación de informes sobre el Objetivo 5 relativo a la igualdad de género, incluidos los indicadores relacionados con el objetivo 5.2 (sobre la eliminación de todas las formas de violencia), el Objetivo 5.3 (sobre la eliminación de todas las prácticas nocivas, incluida la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil y las uniones tempranas forzadas) y el objetivo 5.6 (sobre los derechos reproductivos de las mujeres y el acceso a la salud sexual y reproductiva).

Por otro lado, el Fondo gestiona el Programa Mundial para Acelerar las Medidas Encaminadas a Poner Fin al Matrimonio Infantil, que cuenta con el respaldo de la Unión Europea, así como el Programa Conjunto sobre la Mutilación/Ablación Genital Femenina: Acelerar el cambio, ambos en colaboración con UNICEF.³⁹

Respecto a las repercusiones de la pandemia a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, ésta ha tenido un impacto en las cadenas de suministro, el cierre de fronteras y las limitaciones a los flujos de entrega de los fabricantes en los países están afectando de manera negativa la importación, la disponibilidad y la distribución de anticonceptivos, medicamentos esenciales para la salud materna y otros medicamentos esenciales, incluidos medicamentos antirretrovirales, poniendo en riesgo la vida y revirtiendo los avances recientes en el aseguramiento del acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Es por esto, que la respuesta del UNFPA a estas problemáticas ha sido redoblar esfuerzos para asegurar el abastecimiento, la provisión, la administración apropiada y la distribución en el país de los insumos de salud sexual y reproductiva, entre otras medidas relacionadas que implican la

³⁹ UNFPA, "Estrategia de Igualdad de Género del UNFPA". (2019). p. 8.

coordinación entre la UNFPA con los ministerios de salud de los distintos países con los que trabaja y entes privados.⁴⁰

⁴⁰ "Preparación y respuesta a la enfermedad del Coronavirus (Covid-19). Resumen Técnico Provisional Del UNFPA". (UNFPA, 2020).

CAPÍTULO II: La salud sexual y reproductiva de las mujeres en la Unión Europea

I. La Unión Europea y la implementación de la agenda 2030

Al analizar el promedio del número de hijos que tienen las mujeres en los distintos continentes del mundo, por lo general, los países cuyas tasas de fecundidad se han mantenido bajas durante un largo periodo de tiempo suelen ser los más desarrollados. En este caso se encuentra el continente europeo. Según los informes de la UNFPA, en este tipo de regiones se respetan la mayoría de los derechos reproductivos básicos. Sin embargo, el hecho de que las mujeres de esta región eviten los embarazos o los retrasen hasta pasados los 35 o 40 años, presentan un riesgo mayor de infertilidad y complicaciones durante el embarazo.

Como los estudios y la carrera profesional suelen ser la prioridad número uno para las mujeres en estas regiones, la persistente falta de apoyo continuada para conciliar el trabajo y la vida familiar puede impedir que las mujeres tengan el número de hijos que desean. Por lo tanto, a pesar de los altos niveles de desarrollo, algunos obstáculos que se presentan para las mujeres europeas y el ejercicio de sus derechos reproductivos son las dificultades económicas, la falta de viviendas asequibles, el costo elevado de los servicios de cuidado infantil y la incertidumbre que permea los mercados de trabajo.⁴¹

Por otro lado, a pesar del avance del continente en cuanto a DSR, las mujeres en Europa se enfrentan a continuas denegaciones y violaciones generalizadas a su salud sexual y reproductiva. Las leyes, las políticas y prácticas establecidas en el

⁴¹ "Estado de la Población Mundial 2018. El poder de decidir derechos reproductivos y transición demográfica". (2018).

continente continúan limitando y socavando gravemente este ámbito de la vida de las mujeres, su autonomía, dignidad, integridad y toma de decisiones.

Los DSR son elementos intrínsecos del marco de derechos humanos, siendo imperativa la acción de los gobiernos para poder garantizar la salud sexual y reproductiva de las personas. En este contexto, la UE se posiciona como una destacada defensora de la Agenda 2030 y su propio Consenso Europeo sobre Desarrollo de mayo de 2017 expone el modo en que la UE se centrará en *“las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y la asociación”*, en su esfuerzo para lograr los objetivos de la agenda.⁴²

Por otra parte, la Comisión Europea de la UE en el 2016, expuso el enfoque estratégico con el cual se aplicarían los ODS, incluyendo éstos en las políticas e iniciativas de la UE en todos los niveles, con el desarrollo sostenible como principio rector de todas las políticas de la Comisión Europea.

En este sentido, examinar a la región que conforman los países de la UE como objeto de estudio en materia de DSR, evidencia factores importantes de la desigualdad entre los géneros, ya que a pesar del desarrollo económico que pueda vivir una región, no asegura a que se garanticen estos derechos de manera uniforme para todas las mujeres y niñas. Las distintas circunstancias sociales, institucionales y económicas conllevan a la discriminación y a obstaculizar a las mujeres a vivir su sexualidad de manera plena, a vivir libre de violencia y a elegir libre y responsablemente la cantidad de hijos que quieran o no tener.

Dicho esto, en primer lugar, se analizará cómo funciona el órgano que representa la UE y las competencias que posee para promover políticas de salud sexual y reproductiva dentro de los países que son parte de ésta, para luego describir las problemáticas del continente en cuanto a DSR y el acceso al aborto, observadas en

⁴² Comisión Europea, *¿Qué es y qué hace la Unión Europea?*. (Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea, 2018). p. 34.

informes y recomendaciones elaboradas por órganos de la UE, en el marco del compromiso contraído por la Agenda 2030, respecto a los ODS 3 y 5.

II. La institucionalidad de la UE y la transferencia de competencias

La Unión Europea es una organización internacional *sui generis*, que representa una comunidad política de 27 países del continente europeo. Sus raíces históricas comienzan con el ansia de acabar con los reiterados y brutales conflictos entre las naciones de la región, que finalmente culminaron con la segunda guerra mundial y, por otro lado, se buscaba crear una alianza económica que le diera estabilidad a la región.

En un principio, los países fundadores de lo que sería la UE tiempo después, era una comunidad conformada por 6 países⁴³, esta nueva alianza se materializó en la Comunidad Europea del Carbón y el Acero (CECA) en 1950, a la que le siguió la creación de la Comunidad Económica Europea (CEE) en 1957 y la Comunidad de Energía Atómica (CEEA o EURATOM) en 1958.

Debido a que para el presente trabajo no es necesario ahondar en cada etapa del desarrollo histórico de la unión, podemos mencionar brevemente que luego de conformarse estas primeras comunidades, le siguieron otros tratados, convenciones y adhesiones de distintos países, hasta que en 2007 luego de un intento fallido de instaurar una Constitución europea, se firma el Tratado de Lisboa, por 27 países del continente. Mediante este Tratado la UE adquiere personalidad jurídica propia para firmar acuerdos internacionales a nivel comunitario y convergen la unión y la comunidad europea en una sola organización.

De esta manera, se va conformando una comunidad de países en los que sus fines se estructuran para alcanzar un desarrollo armonioso y equilibrado; un crecimiento sostenible y no inflacionista; altos niveles de empleo y protección social;

⁴³ Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo y los Países Bajos.

la elevación del nivel y calidad de vida; la cohesión económica y social; y la solidaridad entre los Estados miembros.

La característica particular de la UE es que, aunque todos los Estados miembros siguen siendo soberanos e independientes, éstos han decidido poner en común parte de su soberanía en los ámbitos en los que tiene sentido colaborar. En la práctica, esto significa que los Estados miembros delegan algunos de sus poderes decisorios en las instituciones comunes creadas por ellos para poder tomar decisiones sobre asuntos específicos de interés común democráticamente y a nivel de la UE⁴⁴. En el ejercicio de sus competencias, la UE está facultada para adoptar actos de soberanía que, por sus efectos, son equivalentes a los de los Estados miembros.

Dicho esto, la UE se configura como una entidad autónoma con derechos de soberanía propios y con un ordenamiento jurídico independiente de sus Estados miembros, al que se someten tanto los Estados como sus ciudadanos, en los ámbitos en los que se les transfieren competencias a la UE.

III. Igualdad de género en los tratados de la UE

Para comprender el sistema jurídico de la UE es necesario analizar históricamente la consagración de la igualdad de género en sus tratados, ya que todas las acciones que emprende esta organización se fundamentan en el Estado de derecho y por lo tanto en lo contenido en éstos. A continuación, se detalla brevemente su consagración en orden cronológico:

Tratado de Roma (1957): El principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres fue introducido por primera vez por la Comunidad Europea en el artículo 141 (antiguo artículo 119) del Tratado de Roma, que exige que se garantice la «igualdad de retribución entre trabajadores y trabajadoras para un mismo trabajo». Aquella

⁴⁴ Comisión Europea (2018). Op. Cit. p. 7.

disposición, de alcance limitado en un primer momento, evolucionó progresivamente a partir de 1975 hasta cristalizar en una serie de instrumentos comunitarios que han precisado y desarrollado este principio fundamental del Derecho Comunitario⁴⁵.

Tratado de Ámsterdam (1997): fortaleció el compromiso europeo con la igualdad de género. Este Tratado reviste una especial importancia para el fomento de la igualdad entre hombres y mujeres en toda la UE, en la medida en que constituye un progreso fundamental en la consecución de una situación de igualdad en el mundo laboral.

Podemos destacar su artículo 3, apartado 2, que establece *“la supresión de las desigualdades de género en los objetivos, las estrategias y las acciones comunitarios (...) la Comunidad se impone el objetivo de eliminar las desigualdades entre el hombre y la mujer y promover su igualdad”*. Con ello se introduce en el Tratado el enfoque de integración de la perspectiva de género en el conjunto de las políticas comunitarias y, por otro lado, el artículo 13 que confiere un mandato explícito para emprender acciones adecuadas en la lucha contra la discriminación por motivos de sexo, entre otros supuestos de discriminación. Contrariamente al artículo 137, apartado 1, y al artículo 141, las medidas conformes al artículo 13 deben adoptarse por unanimidad, de forma que sólo se prevé la consulta previa del Parlamento.

Tratado de Niza (2001): el Consejo Europeo de Niza, asienta la meta de crear un “instituto europeo del género”, que se materializa el año 2006, éste último se detallará más adelante.

Tratado de Lisboa -o Tratado de la UE- (2007): pacto de especial relevancia, ya que en un principio se concibió como el Tratado por el que se establecería una constitución para Europa, hecho que implicaría la derogación de todos los Tratados vigentes y su sustitución por este texto único, por consiguiente, se incorporaría a la

⁴⁵ Parlamento europeo, "Derechos de las mujeres e igualdad de género: Información Básica,"(Bruselas: Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género, 2009). p. 3.

constitución, la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (en adelante la Carta), que aunque ya había sido aprobada en el 2000, permitía dotarla de un carácter jurídicamente vinculante e integrar en el acervo comunitario, los derechos y libertades fundamentales reconocidos en el conjunto de los Estados miembros, sin embargo, el proyecto fracasó en su proceso de ratificación, en su lugar, se elaboró un Tratado de Reforma, en el que el Derecho de la Unión continuaría siendo determinado por el Tratado de la UE, el Tratado de Funcionamiento de la UE y el tratado constitutivo de la Comunidad Europea de la Energía Atómica⁴⁶, de todas maneras se le dio un carácter vinculante a la Carta, en el que en su artículo 6, se le reserva el mismo valor legal que a los Tratados mencionados anteriormente.

Los cambios introducidos por el Tratado de Lisboa en el ámbito de los derechos de la mujer y la igualdad de género se centran en la afirmación del propio principio de igualdad de género y políticas de la UE en este ámbito, es por esto que cabe mencionar los artículos de la Carta que son atinentes, como el artículo 23 que declara: *“la igualdad entre hombres y mujeres será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución”*, por otra parte el primer apartado del artículo 21 que prohíbe todo tipo de discriminación. La Carta incluye también disposiciones relativas a la maternidad, que hacen hincapié en los derechos de las mujeres embarazadas y las madres, cabe mencionar también, lo relativo a la seguridad social y ayuda de servicios sociales, en la que declara: *“la Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad”*.

IV. La UE y política sanitaria

Para comenzar a adentrarnos en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (SSR) de la mujer, es necesario referirnos a la acción de la UE en cuanto a sus

⁴⁶ Klaus-Dieter Borchardt, *El Abc del Derecho de la Unión Europea*. (Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016). p. 13.

lineamientos en política sanitaria, cómo este derecho está reconocido en su ordenamiento jurídico y qué planes de acción se desprenden de éste a fin de garantizar el derecho social a la salud y seguido de esto, encontrar su correlación con los DSR que se detallarán más adelante.

En el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (en adelante TFUE), el Título XIV sobre salud pública, en su artículo 169, garantiza altos estándares de protección a la salud humana, que se materializan en esfuerzos de prevención de enfermedades con la lucha contra enfermedades más graves, apoyando la investigación de sus causas, transmisión y prevención, así como la información y educación sanitarias.

Como se mencionó anteriormente, los países miembros de la UE delegan ciertos poderes decisorios a las instituciones creadas en común de la UE en temas de interés común para que sean regidos por el derecho comunitario. En este sentido, en el ámbito de salud pública, la UE no puede definir las políticas sanitarias, ni la organización o el suministro de servicios sanitarios y de atención médica de cada país miembro, ya que eso queda a decisión de las regulaciones y normativas de cada gobierno local.

Sin embargo, los órganos de la UE sí pueden complementar las políticas sanitarias nacionales apoyando a los gobiernos de sus países miembros para alcanzar objetivos en común, compartir los recursos y superar retos comunes en materia de salud, elaborando estrategias sanitarias y recomendaciones para la región. Además, la UE formula leyes y normas para productos y servicios sanitarios y proporciona financiación para proyectos sanitarios en toda la región.

Dicho esto, en consonancia con el artículo 169 del TFUE y las normativas de derecho internacional, los estados miembros de la UE están obligados a proporcionar acceso a servicios de salud sexuales y reproductivos seguros y de alta calidad. Pero en la práctica, el acceso a estos servicios varía significativamente según estado miembro. Este fenómeno se debe a las diferencias en la disponibilidad y asequibilidad

de los servicios sexuales y reproductivos, las legislaciones y factores culturales y religiosos.⁴⁷

V. Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines del Parlamento Europeo

Continuando con el análisis de las políticas de salud sexual y reproductivas de la UE, el Informe del Parlamento Europeo (en adelante PE) en su resolución A7-0426/2013 del 2 de diciembre del 2013⁴⁸, reconoce derechos en materia de salud sexual y reproductiva. De dicho informe se pueden extraer importantes indicadores sobre la situación europea en este ámbito y la acción legislativa de la UE por darle reconocimiento a estos derechos, y comunicar a los estados miembros de la importancia de su implementación en el continente europeo.

Los motivos que suscitaron este informe tienen como antecedentes los índices del PNUD que clasifica a los países según su nivel de desigualdad de género, incluyendo un indicador concerniente a salud sexual y reproductiva. Aunque la UE se encuentre entre las regiones con alto nivel de desarrollo, los datos obtenidos evidenciaban una fuerte disparidad en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en toda Europa, y sumado al incremento de posiciones muy conservadoras respecto a esta materia y oposición al derecho de decidir de la mujer, es que el PE, en vista de estos ataques, concebía que era más importante que nunca que el órgano defendiera los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y ofrezca un resumen útil de la situación actual de la salud sexual y reproductiva y derechos afines a escala europea.

⁴⁷ European Institute for Gender Equality, "Beijing + 25: The Fifth Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States. Area C - Health of Women: Achieving Gender Equality in Treatments Services and Outcomes". (Vilnius: EIGE, 2020). p. 3.

⁴⁸ Parlamento Europeo, "Documento de Sesión: Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines". (Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género 2013).

En cuanto a las tasas de natalidad y embarazo no deseados entre las adolescentes europeas, los datos varían de forma significativa entre los estados miembros, existiendo una fuerte disparidad en tasas de natalidad, que indicaban que gran parte de la juventud de la UE todavía carecía de las capacidades y conocimientos necesarios para tomar decisiones responsables en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva.

A mayor abundamiento, en el 2010 la oficina regional para Europa de la OMS elaboró un documento titulado: "*estándares de educación sexual para Europa*", el cual se desarrolló como una respuesta a la necesidad de normas de educación sexual que en ese entonces se había hecho evidente para la región y para unificar algunas de las directrices nacionales que ya existían en algunos países para la educación sexual y poder hacer frente a esta problemática de las y los adolescentes, brindando un enfoque holístico a la comprensión de la sexualidad como un área de potencial humano y ayudar a niños y adolescentes a desarrollar habilidades necesarias para determinar su propia identidad sexual.⁴⁹

Respecto al aborto, la mayoría de los Estados miembros permiten legalmente el aborto a petición de la mujer, los países restantes tienen distintos niveles de limitaciones, algunos más permisivos y otros estados como Malta, en el que se prohíbe legalmente el aborto sin ninguna excepción. Sin embargo, lo preocupante es que cada vez se imponen más barreras a los servicios de aborto en dichos países. Por ejemplo, las mujeres deben enfrentarse al uso no regulado de la objeción de conciencia de profesionales de salud reproductiva. Esta práctica ha denegado a muchas mujeres el acceso a los servicios de salud reproductiva, como información, acceso y compra de anticonceptivos, análisis prenatales e interrupción legal del embarazo. Evidenciando que estas barreras contravienen claramente las normas de derechos humanos y normas médicas internacionales.

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Estándares de Educación Sexual en Europa". (Oficina Regional para Europa de la OMS y BZgA 2010). p. 7.

Por otro lado, en la UE es común que mujeres que viven en países con políticas de aborto restrictivas viajen a otros Estados miembros para someterse a un aborto, pensando en las mujeres que viven en zonas rurales, o mujeres que no pueden financiar estos viajes, las mujeres refugiadas, o bajo la custodia del Estado, lo que contribuye a las desigualdades que existen respecto al derecho al acceso de realizar un aborto legal.

Respecto a las infecciones de transmisión sexual, como una problemática de salud pública que se relaciona estrechamente con derechos sexuales, el PE reconoce que en el estudio y recopilación de estadísticas los estados miembros fallan en remitir y presentar los datos a la UE, por lo que el sistema de vigilancia de las ETS no es exhaustivo, sobre todo porque los nuevos casos de contagio de VIH se produjeron entre jóvenes de entre 15 y 24 años⁵⁰, debido a esto es que en el caso del manejo del contagio de las ETS en las mujeres, los estados miembros deben enfrentar esta epidemia con enfoque de género, garantizando el acceso a programas de salud para mujeres con VIH, con apoyo, asesoramiento y fortaleciendo su prevención.

Debido a estas problemáticas, el informe presenta, varias recomendaciones a los países miembros, en relación con la política de salud sexual y reproductiva y derechos afines en la UE en general, como el fortalecimiento de la educación sexual, prevención del embarazo no deseado, acceso a anticonceptivos y servicios de aborto en condiciones de seguridad; prevención de ETS y sobre eliminación de violencia relacionada con los derechos sexuales y reproductivos.

⁵⁰ Centro Europeo de Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC), "Vigilancia del VIH/SIDA en Europa". (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2011).

VI. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Europa: recomendaciones del Comisario del Consejo de Europa

En 2017, unos años más tarde del informe del PE, el Comisario de Derechos Humanos de ese entonces, Nils Muiznieks, del Consejo de Europa⁵¹ publica el documento temático titulado: "*derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Europa*"⁵², el cual da cuenta de la situación de DSR de las mujeres europeas hasta esa fecha precedido por las recomendaciones del Comisario a todos los Estados miembros del Consejo para este ámbito, con una perspectiva de derechos humanos recogidos por los instrumentos internacionales y europeos sobre esta materia.

En el documento, el comisario reconoce los progresos mundiales en cuanto a salud sexual y reproductiva de las mujeres y el esfuerzo del Consejo de Europa por estar a la vanguardia de estos avances. Sin embargo, contrariando a dichos progresos, ataca a los retrocesos que han resurgido en la región a estos derechos, los cuales amenazan los compromisos de larga data que tiene el continente con la igualdad de género y la universalidad de los derechos de las mujeres.

En algunos Estados miembros, las leyes y políticas han pretendido hacer retroceder las protecciones existentes para la salud de las mujeres, en específico se menciona la introducción de restricciones regresivas del acceso al aborto y a anticonceptivos. Ejemplos de esta afirmación, es el caso de Polonia en el que una ley reintrodujo la obligación de obtener una prescripción médica para acceder a un medio anticonceptivo de urgencia. Y más recientemente, en 2020, el Tribunal Constitucional del mismo país decidió prohibir el aborto en caso de malformaciones graves del feto, causal que antes estaba permitida.

⁵¹ El consejo de Europa es una organización internacional destinada a promover los derechos humanos dentro de la región europea. 47 países son estados miembros, de los cuales 27 son parte de la UE.

⁵² Consejo de Europa, "La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en Europa. Resumen y recomendaciones del Comisario". (Comisario de Derechos humanos del Consejo de Europa, 2017).

Además, al igual que en el informe del PE, se reitera el fenómeno de que en los países en que el acceso al aborto está restringido o prohibido, las mujeres viajan a otros países donde sí está permitido para poder interrumpir su embarazo de forma segura, o se someten a un aborto clandestino en sus propios países. Incluso, se reitera la existencia de los obstáculos que enfrentan las mujeres en países donde sí está permitido el aborto, destacando la falta de adopción de marcos normativos adecuados y de medidas coercitivas para que las mujeres puedan acceder a servicios de aborto legal en la práctica aun cuando los profesionales médicos se nieguen a atenderlas por motivos de conciencia.

Por otro lado, en cuanto a la educación sexual, todavía existen países de Europa que no cumplen con los requisitos internacionales en materia de derechos humanos relativos a la ESI, ni las normas de educación sexual de la OMS para Europa.

A pesar de la solidez de la mayoría de los sistemas de salud europeos, el documento evidencia deficiencias en toda la región en la manera en que los servicios sanitarios responden a las necesidades de las mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva. La recopilación de datos y la financiación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres siguen siendo insuficientes. El acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos eficaces continúa siendo difícil a causa de una serie de déficits de asequibilidad y disponibilidad, de falta de información y de barreras de política discriminatorias.

Por último, otra problemática que destaca del documento es la exacerbación de todos estos déficits y obstáculos existentes en los sistemas de salud, para los grupos marginados de mujeres en Europa, en el que se incluyen las mujeres que viven en la pobreza, las mujeres romaníes, las adolescentes, las mujeres con discapacidad, las refugiadas, las solicitantes de asilo y las mujeres migrantes no documentadas. Las cuales se ven enfrentadas a una discriminación interseccional que vulnera sus DSR.

Dicho esto, algunas de las recomendaciones que destacan del Comisario de Derechos Humanos se centran en el llamado a los países miembros del Consejo europeo a:

1. Impedir los retrocesos en materia de normativas de DSR
2. Invertir en la salud sexual y reproductiva de las mujeres garantizando una asignación presupuestaria suficiente, evitar recortes presupuestarios en esta materia, que se identifiquen y afronten los obstáculos financieros que dificultan el acceso de las mujeres a la atención de salud, así como también a anticonceptivos y aborto
3. Que se garantice la educación sexual integral
4. Que se garantice la asequibilidad, disponibilidad y accesibilidad de anticonceptivos modernos
5. Asegurar el acceso de todas las mujeres a servicios de aborto seguros y legales
6. Que la denegación de los trabajadores de la salud de prestar atención de salud no ponga en peligro el acceso oportuno de las mujeres al acceso a salud sexual y reproductiva
7. Respetar y proteger los DDHH de las mujeres durante el parto, y garantizar la atención de salud materna de calidad
8. Asegurar el acceso de todas las mujeres a recursos efectivos por las violaciones relacionadas con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos
9. Eliminar la discriminación en la legislación y la práctica, incluidas las formas interseccionales y múltiples de discriminación, y garantizar la igualdad para todas las mujeres en el disfrute de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos

VII. El Instituto Europeo de la Igualdad de Género

La intención de que se creara una institución dedicada exclusivamente a la igualdad de género en la UE se remonta a la década de los noventa, sin embargo,

demora varios años en poder materializarse y lograr el consenso necesario para su fundación. Fue creado oficialmente en 2006 y su sede se encuentra en Vilna, capital de Lituania.

El Instituto Europeo de la Igualdad de Género (en adelante IEIG), es una entidad autónoma de la UE, como tal opera bajo el marco de las políticas e iniciativas de la organización. Fue establecido para contribuir y reforzar la promoción de la igualdad de género y la inclusión de la perspectiva de género en todas las políticas de la UE y combatir la discriminación debido al sexo y concientizar a los ciudadanos de la UE sobre la igualdad de género⁵³.

Las tareas más importantes del instituto se centran en la investigación que proporciona la generación de conocimiento y sensibilización en materia de género y de esta manera, facilitar información práctica basada en datos y estadísticas que contribuyen a las personas responsables de la elaboración de políticas de la UE y sus países miembros para acercar la equidad entre los géneros a todos los ámbitos de acción de la organización.

A. El Índice de Igualdad de Género:

En este ámbito, una de sus acciones más importantes es la implementación del “índice de igualdad de género”, el cual es una herramienta de evaluación única desarrollada por el IEIG que mide el progreso de la igualdad de género en los países de la UE a través del tiempo.

El índice usa una escala del 0 al 100, siendo 0 total desigualdad y 100 total igualdad. Escala que luego se aplica en las áreas de trabajo, dinero, conocimiento, tiempo, poder y salud y dos áreas específicas que analizan la violencia contra las

⁵³ Parlamento europeo y el Consejo de la Unión Europea, "Reglamento (Ce) N°1922/2006 por el que se crea un Instituto Europeo de la Igualdad de Género". (Diario Oficial de la Unión Europea 2006). Art. 2.

mujeres y desigualdades interseccionales que miden cómo las desigualdades de género se manifiestan en combinación con los factores de la edad, discapacidad, país de nacimiento, educación y tipo de familia.

El puntaje promedio de la UE para el año 2020, tomando en cuenta todas las áreas mencionadas anteriormente, exceptuando las áreas específicas, fue de 67.9 de 100 puntos. Según los cálculos del IEIG esto significaría que la UE está al menos a 60 años de alcanzar la igualdad de género, evidenciando la lentitud con la cual se avanza en esta materia, con una mejora promedio de solo medio punto cada año.⁵⁴

Sin embargo, al analizar los puntajes de cada área temática por separado, la salud es el área de la UE que está más cerca de alcanzar la igualdad de género, con un puntaje de 88 puntos. Principalmente, en la subcategoría de acceso a los servicios de salud, en el cual todos los países figuran con puntajes sobre los 90 puntos. Aunque en este ámbito, el índice no contiene aproximaciones a salud sexual y reproductiva, revela información valiosa sobre el estado de salud en general de las mujeres europeas y sobre la satisfacción de sus necesidades en el ámbito sanitario. Siendo Suecia el país con el puntaje más alto a nivel de salud (94.5) y Rumania, con el puntaje más bajo (71.2).

Cabe mencionar, que el área peor afectada es el ámbito del “tiempo” que mide la distribución de las tareas domésticas y de crianza en los hogares, en la cual las mujeres siguen llevándose toda la carga de trabajo doméstico al contrario de los hombres. Puntaje que ha descendido desde el 2010, brecha que para el IEIG ha empeorado con las consecuencias de la pandemia del COVID-19.

⁵⁴ European Institute for Gender Equality, "Gender Equality Index 2020. Key Findings for the Eu". (Vilnius 2020).

B. IEIG y la Plataforma de Acción de Beijing en la UE

Continuando con las acciones más destacadas del instituto y acercando su trabajo en consonancia con la Agenda 2030, el IEIG desempeña una importante labor en la investigación de las doce áreas que abarca la Plataforma de Acción de Beijing descrita en apartados anteriores, para dar apoyo a la UE en el seguimiento de este compromiso internacional.

En el informe del 2020 sobre el seguimiento de la Plataforma en el área de la salud de la mujer⁵⁵, el IEIG es categórico en afirmar que, a pesar de los altos estándares de salud europeos, todavía hay serias deficiencias y desigualdades en cuanto el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

El Informe tiene un acercamiento muy parecido a las recomendaciones del Comisario del Consejo Europeo que se mencionó anteriormente. Evidencia las amenazas a los DSR de las mujeres europeas en el retroceso legislativo y político que ha sufrido el continente en este ámbito desde el 2013.

Por otro lado, recalca los obstáculos que presentan ciertos grupos de mujeres para satisfacer sus necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva. Ejemplo de esto, se evidencia en las dificultades para acceder a servicios de salud materna de aproximadamente 500.000 mujeres dentro de la UE. Dentro de éstas, casi la mitad de las mujeres migrantes y refugiadas embarazadas no pueden acceder a servicios prenatales, situación que explica el acrecentado riesgo de mortalidad materna que sufren las mujeres migrantes de Europa, así como las mujeres romaníes en las que se da este mismo fenómeno. También se presentan dificultades de acceso a anticonceptivos en grupos de mujeres vulnerables como mujeres de bajos recursos y que viven en zonas rurales, adolescentes, migrantes, refugiadas y mujeres que viven con VIH.

⁵⁵ "Beijing + 25: The Fifth Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States. Area C - Health of Women: Achieving Gender Equality in Treatments Services and Outcomes".

Por último, se menciona una grave situación de violación a los DSR que han debido enfrentar mujeres que viven con discapacidad y mujeres romaníes que han sido esterilizadas forzadamente.

Es por esto que, en el marco de la Plataforma de Acción de Beijing, todavía queda un largo camino para poder integrar la perspectiva de género en las estrategias de salud de la UE. Y a pesar de los buenos índices de acceso a la salud de las mujeres europeas, el ámbito de la salud sexual y reproductiva aún presenta serios obstáculos que deben ser subsanados. El IEIG insta a los estados miembros a desarrollar investigación médica y servicios de salud que enfrenten el impacto de los factores biológicos y sociales de ambos géneros en la salud de mujeres y hombres. Recomendaciones que incluyen la capacitación apropiada de los profesionales de la salud, asegurar el acceso a anticonceptivos y servicios de atención pre y post natal y aborto, y proveer educación sexual a los jóvenes.

En cuanto al acceso a los servicios sanitarios de grupos vulnerables, se recomienda la implementación de iniciativas específicas que satisfagan los servicios de salud sexual y reproductiva de estos grupos, así como la provisión de información multilingüe en los sistemas salud y centros de acogida de refugiados y el acompañamiento de intérpretes a migrantes en los servicios de salud para mitigar las barreras de idioma.

CAPÍTULO III: Análisis de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Latinoamérica y el Caribe

I. La situación de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe

Intentar analizar América Latina y el Caribe como una región homogénea sería bastante superficial. Cuando se habla de éstas suelen tratarse como una sola entidad, lo que conlleva a un análisis que no refleja el escenario real. El continente es muy diversificado y los promedios estadísticos esconden la realidad de países como Haití, Honduras o Nicaragua frente a la de países como la de Argentina, Brasil y Chile. Al incluir, por ejemplo, los países del Caribe en el promedio general, muchas especificidades se esconden. En estos países, la proporción de adolescentes es aún muy expresiva, por lo que en este caso los gobiernos deben prepararse para satisfacer las demandas de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de este grupo, que es diferente en el caso de los países con población más envejecida. Además, en la zona del Caribe, la prevalencia de embarazo adolescente es mucho mayor al resto del continente, cuyo impacto socioeconómico contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza⁵⁶.

A pesar de estas diferencias entre las distintas regiones del continente, al revisar las legislaciones existentes relacionadas con los DSR, se evidencia que, efectivamente, casi todos los países disponen de una política pública, una ley o un programa nacional destinado a cubrir las necesidades de la salud sexual y reproductiva.

En la última década, los países de la región han avanzado en su legislación interna respecto a los DSR de las mujeres en dos líneas básicas: 1. Buscando eliminar

⁵⁶ Laura Rodríguez Wong y H. O. Ignez Perpétuo, "La Transición de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. 15 Años Después de El Cairo - 1994". En *Población y Desarrollo* (Santiago de Chile 2011). p. 8

legislación vulneradora de los derechos y 2. Legislando para crear políticas públicas que atiendan a las necesidades de las mujeres en esta materia. Todos los países ratificaron el Plan de Acción del Cairo entre otros muchos compromisos internacionales y regionales de DDHH, pero esto último no se ha correlacionado con buenas políticas públicas o mejor atención de la salud sexual y reproductiva, pues los servicios exigen presupuesto, mientras las declaraciones no tienen costo.⁵⁷

Es por esto que, aunque se contemplen políticas públicas, hay una discrepancia entre lo que se aprueba en las normas y la realidad en el acceso a SSR como la ESI, anticoncepción de emergencia, planificación familiar, entrega gratuita de preservativos, aborto, parto, atención integral y sin discriminación a personas LGBTI, atención diferencial a personas que viven con VIH/SIDA, entre otras situaciones de inequidad e injusticia que se presentan al momento de exigir la garantía de los DSR.

Por otra parte, no hay que olvidar que América Latina y el Caribe (ALC) es una región influenciada fuertemente por la religión católica, llevando a que la visión religiosa sea plasmada en las legislaciones locales, ocasionando una clara contradicción entre principios morales y el marco internacional de derechos humanos.

Además, encontramos un enfoque en materia de políticas de SSR construidas desde el enfoque “familista”, restrictivo del goce y el erotismo, y permeado por el control, la culpa y la sanción divina y social.⁵⁸

Sumado a estas deficiencias estructurales de garantías de DSR para las mujeres de ALC, la pandemia de COVID-19, afectó el ejercicio de estos derechos dada la magnitud de la crisis sanitaria y humanitaria y los graves efectos económicos y sociales que dificultan aún más el acceso a servicios públicos, y se prevé que esta situación continuará en aumento.

Dentro de los efectos negativos de la pandemia, las dificultades al acceso a una

⁵⁷ Casas Varez y Cabezas, *Los Derechos Sexuales y Reproductivos desde la perspectiva de género en América Latina: Entre el control y la autonomía*. p. 28.

⁵⁸ Clara Cardona y Humberto Rincón, "Sistema Interamericano de Derechos Humanos y los DSDR: Un Asunto Pendiente". (RSMLAC, 2020). p. 4.

atención pertinente, oportuna y de calidad de SSR, acentúan las brechas en el ejercicio de estos derechos, lo que implicaría un retroceso con respecto a los avances logrados en los últimos años.

Según estimaciones de UNFPA Latinoamérica, el COVID-19 podría representar un retroceso de cinco años en la reducción de la tasa específica de fecundidad adolescente de ALC, que pasaría de 61 a 65 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años. Previo a la pandemia, el número de embarazos adolescentes ya eran bastante altos en ALC, cerca de 60 por cada 1000 adolescentes, número sólo superado por África a nivel mundial⁵⁹. Esta proporción se agudiza entre las adolescentes de menores ingresos y educación y que pertenecen a pueblos indígenas o afrodescendientes. Proporción de la cual, la mayoría son embarazos no deseados.

Este fenómeno se podría deber a las dificultades y las barreras al acceso a métodos anticonceptivos y SSR, que podrían aumentar las tasas de embarazo y maternidad entre las adolescentes de la región. Además, las medidas de confinamiento aumentan la exposición de las niñas y adolescentes a situaciones de violencia sexual y abuso en el ámbito intrafamiliar. A largo plazo, la postergación de la implementación de programas de ESI, que constituyen una medida central de prevención del embarazo en la adolescencia también agudizarían esto.

Por otra parte, la mortalidad materna es otro problema de salud pública que enfrenta ALC, que a propósito de la pandemia podría agudizarse aún más, debido a las limitaciones a la atención de salud reproductiva, esta problemática se volverá a tratar más adelante, respecto al acceso al aborto en el continente latinoamericano.

⁵⁹ División de Asuntos de Género de la CEPAL, "Los Riesgos de la pandemia de Covid-19 para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres". (CEPAL, 2020). p. 2.

II. La evolución de la protección de los DSR en Latinoamérica

Al investigar la evolución de la protección a los DSR en el sistema interamericano de DDHH, el hito que marca un antes y después en relación con la visibilización de los DSR en ALC, es la adopción por parte de los países del continente del Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing durante la década de los noventa. Antes de este hito, la SSR se consideraba como un ámbito exclusivo a la procreación, transformando el paradigma hacia una visión integral de que la sexualidad y reproducción es una dimensión del comportamiento humano que va mucho más allá de la planificación familiar.

La CIPD y la Plataforma sustentaron la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital, visibilizando la importancia de promover y proteger los DSR de todas las personas.

De este modo, ALC debía emprender una transformación hacia responder satisfactoriamente las necesidades de SSR de la población. Sin embargo, hasta principios de los 2000, la escasez de información y análisis sobre los contextos y factores que determinan la sexualidad y reproducción de los distintos grupos demográficos como mujeres y adolescentes obstaculizaba la capacidad de los países de poder aplicar programas de SSR efectivos. A modo de ejemplo, en los trabajos investigativos sobre SSR de adolescentes, se ignoraban las condicionantes estructurales del comportamiento reproductivo, y muchas de las investigaciones se reducen a un simple análisis de algunos aspectos como la planificación familiar.⁶⁰

En 2010, la Asamblea General de la ONU decide extender el Programa de Acción de la CIPD, debido a su relevancia y actualidad, y entre las medidas acordadas se establece la de realizar conferencias regionales para reforzar los compromisos. La conferencia correspondiente a ALC se realiza en agosto de 2013 en Montevideo,

⁶⁰ José Miguel Guzmán et al., "Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe". (México D.F.: UNFPA, 2001). p. 2.

Uruguay.

38 representantes de países miembros y asociados de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas, incluyendo gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales, se reunieron en Montevideo para celebrar la primera reunión de la CIPD Regional de ALC, que culminó en la aprobación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, el acuerdo intergubernamental más importante adoptado en la región en materia de población y desarrollo.⁶¹

Poco después del consenso, se aprueba la Agenda 2030 en 2015, entrando en sinergia y articulación con los ODS. Estos acontecimientos marcan un periodo de riqueza y complejidad en la actividad internacional en cuanto a desarrollo sostenible y DDHH con el fin de lograr los objetivos planteados para el 2030.

El consenso viene a reforzar los compromisos hechos en materia de protección y garantía universal de acceso a los DSR, en tanto los reconoce como DDHH y a la SSR como un requerimiento indiscutible para el bienestar de la población. Se reconocen como sujetos de derecho a los niños, niñas y adolescentes, jóvenes, pueblos originarios, población afrodescendiente y personas de diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género, entendidos como sectores de la población a la que dirigir los mayores esfuerzos para atender sus requerimientos específicos, protegerles de la vulneración de sus derechos e incluirles específicamente en los proyectos de desarrollo impulsados por los Estados Miembros.⁶²

El gran impulso del Consenso de Montevideo no se refleja exactamente con una exitosa implementación en la práctica, sin embargo, marca otro eje importante en la evolución de los DSR, ya que contribuye a ser un instrumento de gran incidencia para la elaboración de políticas públicas y establece estándares internacionales para la

⁶¹ ALAP y UNFPA-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, "La Implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe: Avances y Desafíos". (UNFPA, 2020). p. 7.

⁶² Lilian Abrancinskas y Eliana Riaño, "A Veinticinco Años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo". (RSMLAC, 2019). p. 6

región a la cual los gobiernos tienen que responder, y que las organizaciones no gubernamentales de la región pueden vigilar y presionar para su cumplimiento.

Dicho esto, la riqueza de actividad internacional que se venía gestando en los últimos años comenzaba a hacer realidad y a dar un reconocimiento jurídico en el sistema internacional de DDHH a gran parte de las demandas de los movimientos sociales de los últimos tiempos, sin embargo, la pandemia ha conllevado a un retroceso del cual aún no se puede esbozar su magnitud para las mujeres y niñas de Latinoamérica y el resto del mundo.

III. Organizaciones Internacionales latinoamericanas que promueven la salud y bienestar de la mujer

La región de ALC cuenta con la acción en DSR de organizaciones regionales dependientes de la ONU como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la UNFPA para ALC, entre otras. Por otra parte, existe una gran red de organizaciones no gubernamentales a nivel continental que promueven los DSR de las mujeres, cumpliendo roles esenciales de monitoreo y de activismo feminista. Dicho esto, a continuación, se limitará el análisis a describir la acción de ONGS que no dependen de la ONU, sino que se levantan como organizaciones de articulación independiente a nivel regional y que luchan en pos del reconocimiento de los DSR para las mujeres de Latinoamérica y el Caribe.

A. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)

La RSMLAC surge durante la década de los 80, después del devastador periodo de dictaduras políticas que se vivieron en el continente, las mujeres comienzan a reorganizarse y a vincularse nuevamente en núcleos regionales de organizaciones para retomar la lucha por la reivindicación de los derechos e igualdad de las mujeres.

En 1984 se realiza el Primer Encuentro Regional de Salud de las Mujeres en Tenza, Colombia. Por decisión de 60 grupos participantes nace la RSMLAC y se fija como su prioridad la promoción de los DSR de las mujeres de la región. Frente a los altos índices de muertes maternas en AML y el peso del aborto clandestino, la red comienza a trabajar, siendo parte del impulso por cambiar los paradigmas existentes en materia de SSR que imperaban en la época, como el concepto de “control de la natalidad” y de “planificación familiar” hacia el concepto de “derechos sexuales y reproductivos”⁶³.

A lo largo de los 37 años de trabajo que tiene la red, se han articulado con más de 580 Organizaciones y redes nacionales de mujeres, han impulsado centenares de acciones nacionales, regionales y mundiales para la solidaridad y defensa de los derechos humanos de las mujeres.⁶⁴

En el ámbito internacional la red participa de múltiples alianzas con organizaciones y redes dentro de la región y fuera de ella, con organismos del Sistema de Naciones Unidas, Agencias de Cooperación Internacional, otras ONGs y grupos de especialistas, lo que ha permitido desarrollar herramientas de monitoreo para la implementación de acuerdos internacionales -como el Programa de Acción del Cairo y el Consenso de Montevideo-, potenciar las voces y demandas de las mujeres en los ámbitos nacional e internacional y sostener los avances gubernamentales materializados en leyes, decretos e instituciones de promoción y protección de los derechos de las mujeres.

Además, ha sido la gestora de campañas de concientización en temas relevantes sobre salud y derechos de las mujeres. Uno de sus hitos más importantes en esta materia fue la proposición de crear la efeméride del Día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres que se celebra el 28 de Mayo desde el 1987 y también fue parte de las organizaciones feministas latinoamericanas que impulsaron la creación

⁶³ Mabel Bianco y María Inés Re, "Nuestro Camino en la Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos". (RSMLAC, 2016). p. 1.

⁶⁴ Red de Salud de Mujeres de Latinoamérica y el Caribe (RSMLAC), "Folleto de Red de Salud de Mujeres de Latinoamérica y el Caribe (Rsmlac)". (RSMLAC, 2021).

del Día Internacional por la Eliminación de las Violencias contra las mujeres el 25 de Noviembre de todos los años, la fecha elegida fue para conmemorar el día del brutal asesinato ordenado por el gobernante Rafael Trujillo en 1960 de las tres hermanas Mirabal, quienes fueron activistas políticas en República Dominicana en 1981.

Por otra parte, la RSMLAC cuenta con una vasta colección de publicaciones que han demostrado ser una excelente herramienta para el posicionamiento y visibilización de las problemáticas y riesgos para la SSR de las mujeres, creando espacios autónomos para la generación de conocimiento desde una perspectiva feminista.

B. Red Latinoamericana y del Caribe de Católicas por el derecho a Decidir (CDD)

La red de ALC de católicas por el Derecho a Decidir, es una organización autónoma representada por mujeres católicas y feministas, comprometidas con la defensa de los derechos de las mujeres, especialmente los DSR y a una vida libre de violencia y discriminación. Trabajan en base al pensamiento teológico feminista que afirma y defiende la justicia social, la pluri-religiosidad y la validez moral de las decisiones tomadas por las mujeres. Su acción se remonta al año 1993 y en la actualidad está constituida como una organización civil sin fines de lucro.

Se articula regionalmente mediante una red latinoamericana y del Caribe, y también por grupos a nivel local en doce países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana) realizando acciones conjuntas con gran impacto y reconocimiento en el continente.

A nivel regional, la red de CDD participa de diversas articulaciones, alianzas y campañas a nivel internacional y de ALC, como su participación en las Conferencias Regionales sobre Población y Desarrollo de Latinoamérica y del Caribe y las campañas del Día Internacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos que se

celebran los 28 de septiembre de todos los años.

A nivel local en los países en que se despliegan, la red realiza formaciones y capacitaciones en DSR a profesionales de la salud y talleres dirigidos para organizaciones de mujeres sobre DSR, así como también cuentan con un área de litigio, que promueven desde lo jurídico mejores condiciones para el acceso al aborto con una atención sanitaria de calidad. A modo de ejemplo la red CDD Argentina llevó adelante la Defensa Técnica del caso “Belén”, joven tucumana encarcelada tras una injusta condena por aborto.

Su trabajo no ha estado exento de críticas y de controversias, desde el conservadurismo tradicional católico, la red ha sido ampliamente desacreditada por promover el acceso al aborto, tildándolas de “falsas católicas” y de usar su financiamiento para lograr la despenalización del aborto en los países de Latinoamérica, como se dio recientemente en Argentina.⁶⁵

Por otro lado, la iglesia católica cita la encíclica de Juan Pablo II, *Evangelium Vitae* para rechazar cualquier acción pro-aborto, la cual establece “*Así pues, el aborto y la eutanasia son crímenes que ninguna ley humana puede pretender legitimar*”. En su contraparte, la red de CDD, fundamenta que en el credo católico se reconoce el libre albedrío como una característica esencial del ser humano y, por ende, de la autonomía de las mujeres para decidir sobre su sexualidad y reproducción.

⁶⁵ Agencia Católica de Informaciones, "La verdad sobre las Católicas por el Derecho a Decidir," <https://www.aciprensa.com/controversias/cdd.htm> 2021. (consultado el 31-03-2021).

CAPITULO IV: el derecho al aborto en Latinoamérica: análisis comparado del proceso legislativo de la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo

I. Agenda 2030 y la interrupción voluntaria del embarazo

La Agenda 2030 al ser uno de los compromisos más recientes que se enmarcan en el sistema del Derecho Internacional de los DDHH, es un instrumento que se ubica en la cúspide de toda la actividad internacional de la última década. En ésta convergen todas las necesidades globales de la población y del medio ambiente, amparadas por los DDHH para lograr una sociedad sostenible y de bienestar. Dicho esto, la Agenda en materia de DSR pretende recoger cada uno de los compromisos internacionales a nivel mundial y regionales que los consagran y garantizan, comprometiendo el cumplimiento integral de todos éstos por parte de los países firmantes.

En cuanto al aborto, aunque no hay una mención explícita, el objetivo N°5.6 establece el acceso universal a la SSR *“de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo -Programa de acción del Cairo- y la Plataforma de Acción de Beijing”*.

¿Qué contienen estos instrumentos respecto a la interrupción voluntaria del embarazo? En primer lugar, el Programa de Acción del Cairo, en el párrafo 7.6 expresa que: *“todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas (...). La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas (...) interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25”*⁶⁶

El párrafo 8.25 del programa establece: *“(...) En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos*

⁶⁶ Naciones Unidas, "Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo". Párrafo 7.6.

*los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos”.*⁶⁷

Por último, el programa en su apartado 13.14 b), hace alusión directa al aborto como un componente de servicios básicos de salud reproductiva según lo especificado en el párrafo 8.25

Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing, en el párrafo 106 k) reitera lo mencionado en el Programa de Acción en el párrafo 8.25, y añade que se debe: *“Considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales”*⁶⁸

Sumado al objetivo 5.6 de la Agenda, el ODS n°3.1 expresa: *“para el 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”*. El hecho de que se incluya este objetivo en la Agenda se debe a que la mortalidad materna a nivel mundial es inaceptablemente alta. Según datos de la OMS, Cada día mueren cerca de 830 mujeres alrededor del mundo por complicaciones en el embarazo, parto o después de éstos. Una de las causas principales que causan el 75% de las muertes maternas son los abortos peligrosos⁶⁹, los cuales son practicados sin la atención médica necesaria y de manera clandestina.

Por lo tanto, teniendo en cuenta todo lo anteriormente descrito, el tratamiento respecto al aborto contemplado en el Programa de Acción del Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, es posible contemplar en los ODS el enfoque de garantizar el acceso al aborto en condiciones sanitarias óptimas que no pongan en riesgo la vida de la mujer en los países en que la legislación prevé la interrupción del embarazo. Y en todos los casos, asegurar el acceso a servicios de atención sanitaria postaborto y por otra parte la de revisar las leyes que penalizan a las mujeres que se practican un aborto, esto último es de gran relevancia, ya que es un llamado a considerar la despenalización o

⁶⁷ Ibidem. párrafo 8.25.

⁶⁸ Naciones Unidas, "Declaración y Plataforma de Acción de Beijing ". párrafo 106 k).

⁶⁹ Say L et al., "Global Causes of Maternal Death: A Who Systematic Analysis". (Lancet Global Health, 2014).

por lo menos, a considerar la modificación de las penas establecidas para el delito de aborto voluntario.

Además, asegurar el acceso a un aborto seguro, contribuye a disminuir la mortalidad materna, la cual es un problema sanitario a nivel mundial y que se da en su mayoría en mujeres de países en desarrollo. Se ha comprobado que en los países donde se legaliza el aborto, el índice por muertes producidas por abortos es muy bajo o cercanas a cero, como en el caso de Uruguay que se analizará más adelante.

Dicho esto, que no se mencione el derecho al acceso a un aborto seguro en la Agenda 2030, no significa que no esté contemplado. La Agenda posee un enfoque de género que apuesta por el pleno empoderamiento de la mujer. Siendo una consecuencia de ésta, el reconocimiento de su autonomía que, a su vez, reconoce también, su derecho a decidir sobre planificación familiar e interrupción del embarazo.

Estados como el Vaticano en conjunto con organizaciones católicas pro-vida han denunciado el carácter "*pro-aborto*" de la Agenda 2030, expresando que ésta hace una referencia *inter alia* al acceso al aborto y la anticoncepción, además, denuncian la amenaza que representa el implementar programas de ESI para la estructura tradicional de la familia.⁷⁰

En conclusión, los países firmantes no podrían dejar de lado o restarle importancia a legislar sobre aborto, y tampoco a evitar implementar en sus sistemas de salud un acceso seguro, oportuno y de calidad a la interrupción del embarazo, ya que, al firmar el compromiso, hay una responsabilidad política y legislativa de que los gobiernos logren a cabalidad cada uno de los objetivos para poder alcanzar el desarrollo sostenible.

⁷⁰ Matthew McCusker, "The Impact of the United Nations' Sustainable Development Goals on Children and the Family, and Their Endorsement by the Holy See". (Society for the Protection of Unborn Children, 2017).

II. Evolución sobre la despenalización del aborto en Latinoamérica

Entre todo el catálogo de DSR que se han visto hasta ahora, el acceso al aborto es el más controversial. Como hemos podido ver a lo largo de este trabajo, el derecho a que las mujeres puedan acceder a un aborto seguro para el sistema internacional de derechos humanos está reconocido y poco se discute, ya que se considera un mecanismo para enfrentar un problema de salud pública que afecta a las mujeres y niñas en todo el mundo. Sin embargo, adentrarse en el terreno de la anticoncepción y la interrupción del embarazo implica chocar con principios morales religiosos y conservadores arraigados en lo más profundo de los sistemas legislativos de los gobiernos locales que impiden la garantía de estos derechos.

En el Consenso de Montevideo la Medida Prioritaria 42 establece que los estados se comprometerán a: *“Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar leyes y normativas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres”*.⁷¹

Sin embargo, el grado de cumplimiento de esta medida a nivel continental es el área más rezagada de la región. El marco legal respecto al aborto varía en cada país. En AML, conviven el modelo de penalización total, donde se castiga el aborto sin excepciones como en países como Honduras, El Salvador, Nicaragua y Haití; El modelo de permisos, vigente en la mayoría de los países de América Latina, donde se establecen una serie de causales según las cuales el aborto puede ser legal y, finalmente, el modelo de regulación del aborto que estipula plazos para la interrupción del embarazo entre 10 y 14 semanas (Argentina, Cuba, Uruguay, México DF, Guyana, Guyana Francesa y Puerto Rico).

⁷¹ Naciones Unidas y CEPAL, "Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo". En *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe* (Montevideo 2013). medida 42.

A pesar de lo dispuesto por el Consenso, son pocos los países en donde la interrupción legal del embarazo se estipula por plazos y no por causales. En la gran mayoría de los países del continente el aborto está prohibido salvo en casos como en los que esté en peligro la vida de la madre, por otra parte, Centroamérica y el Caribe es la región que reúne la mayoría de los países del continente donde el aborto está prohibido en toda circunstancia.

La evidencia muestra que cuanto más alto es el cumplimiento de los Estados a los compromisos asumidos en el Consenso de Montevideo en materia de aborto seguro, menor es la tasa de mortalidad materna que se registra en dichos países⁷², así también lo comprueba la OMS, a nivel mundial, en donde los países donde la legislación permite el aborto bajo indicaciones amplias, la ocurrencia y las complicaciones de abortos inseguros son menores que en los lugares donde el aborto está más restringido.⁷³

Sin embargo, el problema de la legislación respecto al aborto no es el único factor negativo que se presenta en la región, sino también las barreras que existen en los países donde sí está permitido en ciertas circunstancias o plazos. Ejemplo de esto es la figura de la objeción de conciencia que pueden oponer profesionales de la salud o instituciones completas que se niegan a practicar abortos, situación que se presenta en la mitad de los países en los que cuentan con causales para acceder a éste. Así también, como la exigencia de periodos de reflexión antes de interrumpir el embarazo y la de contar con equipos multidisciplinarios. Por otro lado, es habitual que existan demoras en la autorización al procedimiento y por tanto, al acceso al servicio. Sumado a esto, solo 5 países del continente (México, Uruguay, Guyana, Colombia y Santa Lucía) cuentan con los registros de suministros médicos adecuados para garantizar la aplicación de la legislación de aborto en su máximo potencial.⁷⁴

⁷² Laura Malajovich et al., "Aborto en América Latina y el Caribe. Un Análisis Regional del Cumplimiento del Consenso de Montevideo". (Mira que te Miro 2018). p. 1.

⁷³ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica Y De Políticas Para Sistemas De Salud". (Washington D.C.: OMS, 2012). p. 90.

⁷⁴ Malajovich (2018). Op. Cit. p. 6.

Durante la pandemia, el panorama latinoamericano en cuanto al acceso al aborto se vio agravado, ya que disminuyeron las atenciones debido a la reasignación de recursos presupuestados como infraestructura, personal y recursos financieros hacia las acciones vinculadas con el control y atención al COVID-19.

Aunque aún no se cuenta con datos oficiales, organizaciones de la sociedad civil han advertido de las dificultades para acceder a un aborto voluntario en los países conforme a las causales en que se prevé legalmente. En Chile, según una encuesta realizada por la corporación Miles en junio de 2020, evidenció la falta de existencias de mifepristona y misoprostol -medicamentos utilizados para el procedimiento de aborto- y el temor de las mujeres a contraer el COVID-19 en caso de acudir a un centro de salud. Estas limitaciones podrían ser las razones de la disminución del número de interrupciones voluntarias del embarazo en Chile, que pasaron de 350 en el primer semestre de 2019 a 276 en mismo periodo de 2020.

Por otro lado, la Articulación Feminista Marcosur (AFM) dio cuenta de situaciones similares en la región. En Argentina se observó que en agosto dejaron de llegar las partidas de misoprostol a los equipos de salud o llegaron en cantidades insuficientes. En Colombia, algunas organizaciones denunciaron la existencia de barreras al acceso a los servicios establecidos en la ley que permite el aborto en tres causales, que incluyen la disposición de las entidades promotoras de salud al aborto como un servicio no prioritario en tiempos de pandemia, lo que deriva en el incumplimiento de los plazos administrativos legales para dar respuesta. Además, se plantea que estas barreras se intensifican, pues de nada sirve contar con la autorización si las mujeres no tienen cómo llegar a los centros hospitalarios o no poseen recursos necesarios. A esto se suma que muchas mujeres estuvieron confinadas con familiares o parejas que no estaban de acuerdo con su decisión de abortar y ejercieron presión sobre ellas para que no la lleven a la práctica.⁷⁵

⁷⁵ División de Asuntos de Género de la CEPAL, "Los riesgos de la pandemia de Covid-19 para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres". p. 8.

La combinación de estas múltiples barreras evidencia la gran falta en la que se encuentra la región en cuanto al derecho de las mujeres a poder acceder a un aborto seguro y así también, de la pereza de los gobiernos de hacerse cargo de un problema de salud pública como las muertes provocadas por abortos clandestinos. Lo cual demuestra que en la realidad, los compromisos tanto del Consenso de Montevideo y de la Agenda 2030 y sus ODS en materia de aborto sean un gran pendiente en ALC.

A continuación, se hará un análisis comparado de los procesos de despenalización del aborto de Chile, Argentina y Uruguay, a modo de comprender la evolución histórica dentro del continente de lo que ha conllevado la lucha por el reconocimiento al derecho al aborto y cómo se ha implementado en los gobiernos de estos países.

III. El proceso legislativo respecto al aborto en Chile

1. Evolución histórica de la interrupción voluntaria del embarazo en Chile

Hasta el año 2017, Chile formó parte de los pocos países del mundo donde todavía el aborto estaba prohibido bajo cualquier circunstancia, esta situación acabó el 23 de septiembre de ese año con la promulgación de la Ley N°21.030 que *“regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”* las cuales son: riesgo de vida de la mujer, inviabilidad fetal y violación, pasando a ser parte de la gran mayoría de países del continente latinoamericano que cuentan con un sistema de causales por las cuales las mujeres pueden acceder a un embarazo legalmente.

Anterior a la Ley 21.030, entre 1931 y 1989 el Código Sanitario de Chile permitía el aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer. En su artículo 119 señalaba: *“Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, para lo cual basta la firma de dos médicos cirujanos”*.

Entre 1989 y hasta 2017 el aborto estuvo penalizado en todas sus circunstancias: en 1989, a meses del retorno de la democracia en Chile, la Junta Militar derogó el aborto terapéutico modificando el Código Sanitario y el Código Penal.

Cabe señalar que, durante las casi tres décadas en que estuvo penalizado completamente el aborto en Chile, el Ministerio de Salud realizó algunos esfuerzos por colocar la confidencialidad de la mujer por sobre la obligación legal de denunciar del profesional que atiende. De esta manera el 29 de abril de 2009 se publica el Ordinario N°1675 que instruye a los directores de los servicios de salud a resguardar la confidencialidad y evitar las confesiones bajo coerción de las mujeres que solicitan atención médica después de un aborto provocado. Estas instrucciones son reiteradas cuatro años más tarde, sin embargo, no tienen ningún poder legal, solo se consideran documentos informativos.

Desde la década de los noventa hasta la del 2000 se presentaron 27 proyectos de ley sobre el tema, para que finalmente el 2015 se presentara el proyecto de Ley sobre interrupción del embarazo voluntario en tres causales. Luego de más de dos años de tramitación del proyecto de ley de aborto y con un arduo debate en el Parlamento, medios de comunicación y espacios de la sociedad civil, la ley fue aprobada y promulgada en septiembre de 2017.

Sin embargo, posterior a la aprobación de la ley en el Parlamento, diputados y senadores de derecha presentaron un requerimiento de inconstitucionalidad, que finalmente fue rechazado por el Tribunal Constitucional (TC), dando luz verde al proyecto de ley de aborto por tres causales.⁷⁶

La ley 21.030 modificó el artículo 119 del Código Sanitario que esta ese entonces establecía: *"No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto"* a lo siguiente: *"Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos*

⁷⁶ Claudia Dides et al., "Segundo Informe sobre salud sexual, salud reproductiva y Derechos Humanos En Chile. Estado de la situación 2017-2018". (Santiago de Chile: MILES, 2018). p. 48.

siguientes, cuando: 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida. 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal. 3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación (...)."

A continuación de las causales el artículo detalla la forma en la cual la mujer debe dar su consentimiento y el procedimiento para el consentimiento de las mujeres menores de edad y de las que están en alguna situación de discapacidad y los deberes de información que deben dar los prestadores de salud. Por otro lado, se establece el derecho que tienen las mujeres que se someten a un aborto bajo a alguna de las tres causales a un programa de acompañamiento antes, durante y después del proceso. El programa de acompañamiento puede ser prestado por instituciones del sistema de salud o de organizaciones sin fines lucro, que incluye un apoyo biopsicosocial multidisciplinario.

La ley también introduce los artículos 144 bis, 144 ter y 144 quáter al Código Sanitario y modifica el artículo 344 del Código Penal que expresa: *"La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo. Si lo hiciera por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio."*

2. La objeción de conciencia y el aborto

A pesar de que el TC declarara la legalidad de la ley, extendió la objeción de conciencia del plano personal al institucional establecida en el artículo 144 ter que introduce la ley 21.030, permitiendo a instituciones de salud, ser objetoras de conciencia y negarse a practicar abortos. Si se da esta situación el establecimiento

debe asegurar la derivación inmediata de la mujer a otro profesional o institución de salud.⁷⁷ En la práctica esta figura se asienta como una de las más graves barreras que se presentan en el país para que las mujeres puedan acceder a un aborto seguro.

La objeción de conciencia institucional establecida por el 119 ter se consideraría como una violación al artículo 19 N°9 de la Constitución Política de Chile, que garantiza el libre e igualitario acceso a la salud. Ante este hecho la Contraloría General de la República, a través de su dictamen N°11.781 de 2018 señaló que: *“los establecimientos públicos de salud no pueden invocar la objeción de conciencia, pues se encuentran en el imperativo de cumplir la obligación del Estado de otorgar las acciones de salud definidas por el legislador”*. Por lo tanto, solo las instituciones privadas de la salud pueden oponer la objeción de conciencia institucional.

La objeción de conciencia representa una piedra de tope que atrasa la verdadera implementación de esta ley, por lo tanto, en el caso de enfrentarse una mujer a una institución objetora de conciencia, la derivación debería ser inmediata. Sin embargo, a 7 años desde que comenzó a regir la ley, se ha evidenciado la lentitud de las instituciones en dar respuesta a las mujeres que voluntariamente deciden interrumpir su embarazo invocando alguna de las causales.

Actualmente hay varios servicios de salud públicos con un nivel muy alto o total de objetores de conciencia y clínicas que han optado por la objeción de conciencia institucional. Lo anterior es particularmente problemático en las regiones rurales, donde las mujeres son derivadas a servicios fuera de sus lugares de residencia, afectando sus redes de apoyo.⁷⁸

Según datos recogidos por la organización Miles en 2018 de 29 Servicios de Salud del país, solo el de Talcahuano no tiene ningún obstetra objetor de conciencia. Por el contrario, resulta preocupante que en el Servicio de Salud de Osorno el 100% de los obstetras hayan planteado objeción de conciencia para la causal de violación,

⁷⁷ Loc. Cit.

⁷⁸ Ibidem. p. 65.

situación que pudo mitigarse con la llegada de un médico obstetra no objetor de conciencia para esta causal recién en abril del 2019.⁷⁹

3. Proyecto de ley de despenalización del aborto

10 meses después de que comenzara a estar vigente la ley 21.030, en Agosto de 2018 se presentaron dos proyectos por parte de parlamentarios para despenalizar el aborto hasta las 14 semanas de gestación, lo cual no incluye el hecho de que el estado garantice el acceso a la interrupción del embarazo, ya que este último supuesto, supone una prestación de salud que debería garantizar el estado, y la actual constitución política chilena no permite que parlamentarios puedan presentar proyectos que involucren gasto fiscal del estado, dicha facultad es de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Por lo tanto, en palabras de la diputada Maite Orsini: *“Para que podamos tener un aborto legal y garantizado para las mujeres hasta las 14 semanas, el presidente Sebastián Piñera o la próxima presidenta de la República tendría que presentar este proyecto de ley, o bien modificar la Constitución y entregar más facultades al parlamento”*.⁸⁰

Finalmente, el proyecto busca eliminar la criminalización de las mujeres que se someten a un aborto hasta las 14 semanas de gestación, y de aprobarse éste, las mujeres no podrían asistir a un establecimiento sanitario para realizarse un aborto fuera de las causales que permite la ley vigente, sino simplemente que no se considerara un delito y, por ende, no ser procesadas por practicarse un aborto.

⁷⁹ Matías Vega, "Confirman llegada de obstetra no objetor de conciencia a Osorno". <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-los-lagos/2019/04/27/confirman-llegada-de-obstetra-no-objetor-de-conciencia-a-osorno.shtml> 2019. (Consultado el 31-03-2021)

⁸⁰ Alicia Vergara, "Todo lo que tienes que saber para entender el proyecto de despenalización del aborto en Chile". https://www.cnnchile.com/pais/todo-tienes-saber-entender-proyecto-despenalizacion-aborto-chile_20210114/ 2021. (consultado el 27-11-2023)

La ley 21.030 sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales fue elaborada para dar cumplimiento a los diversos acuerdos y compromisos que Chile ha suscrito a nivel internacional para garantizar, entre otros, el derecho a una vida digna, al acceso a la salud y a la integridad física y psíquica de toda persona. Sin embargo, aún no es posible afirmar que estos compromisos se hayan cumplido a cabalidad, ya que como se pudo mencionar anteriormente, las barreras existentes para el acceso al servicio, y la criminalización imperante para las mujeres que deciden abortar que no están contempladas en la ley, evidencian las falencias de un sistema que se niega a reconocer la autonomía de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos.

IV. El proceso de despenalización del aborto en Argentina

1. Historia de la despenalización del aborto en Argentina desde el siglo XIX hasta los comienzos del siglo XXI

En el primer Código Penal argentino de 1886, se incluyeron artículos que penalizaron el aborto. Los artículos 102 al 106 castigaban tanto a la madre que abortara como a quien le diera asistencia sin excepciones⁸¹. Con la primera reforma del Código en 1903, se consideran no punibles los casos tentativos de interrupción del embarazo.

Con la promulgación del segundo Código Penal en 1921, la interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, se consideraba un delito descrito en sus artículos 85, 86, 87 y 88, sin embargo, su artículo 86 contempla casos en los que el aborto se encuentra despenalizado:

“Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos,

⁸¹ Eduardo Soria, "El aborto eugenésico en el Código Penal Argentino". *Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y Tecnología* 2009. p. 20.

carteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible:

1° si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios

2° si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”

Esta norma entró en vigor con la segunda reforma del Código Penal de la Nación de Argentina de 1921, erigiéndose como una de las normas más permisivas de su época, sin embargo, los supuestos de aborto no punible concedidos por el Código eran bastante restringidos.

Entonces, ¿cómo se explica el hecho de que, aunque existieran casos de aborto no punible, la mujer no pudiera interrumpir su embarazo voluntariamente si se encontraba en alguno de los supuestos del artículo 86?

Desde que entró en vigor el artículo en cuestión, la posibilidad de practicarse un aborto quedaba entregada al criterio de los médicos los que en su mayoría se circunscribían a la versión criminalizadora del aborto, aquella que esgrime la defensa de la vida desde el momento de la concepción.⁸² Así como predominaba la misma opinión desde el ámbito jurídico que, a su vez también se encontraba apoyada desde la bioética católica. Es por esto que, durante la mayor parte del siglo XX no fue posible acceder a los abortos en caso de peligro para la vida o la salud de la mujer y en caso de violación en los servicios médicos del sistema de salud del país. Esta ausencia de servicios de salud para los casos de aborto legal del artículo 86 puede ser descrita

⁸² Agustina Cepeda, "Los abortos no punibles: argumentos médico-jurídicos y bioéticos en la Argentina de fines del siglo XX". *Revista interdisciplinaria de feminismos y género. Universidad Nacional de la Plata*, 2017. p. 2.

como el resultado de una norma “informal” que en los hechos penalizaba totalmente el aborto.

Este hecho se agudizó mucho más durante los periodos de dictadura que asentaron aún más la criminalización del aborto, en 1968 el dictador Juan Carlos Onganía dicta un Decreto Ley que restringe los alcances del Código Penal para los casos de aborto no punible. Para el aborto terapéutico se exigía que el peligro para la vida o la salud fuera grave; en el caso de violación, se exigía que la denuncia estuviera judicializada y para el caso de aborto de menores o incapaces, se exigía la aprobación del representante legal.

En 1973 las modificaciones introducidas por el decreto ley fueron dejadas sin efecto al volver la democracia, sin embargo, sólo tres años más tarde al irrumpir otra dictadura, autodenominada “Proceso de Reorganización Nacional” se vuelve a incorporar las indicaciones del Decreto Ley de Onganía.

Con el retorno a la democracia en 1984, se vuelve a restablecer el marco jurídico del Código Penal de 1921 respecto a los casos de aborto no punible que se mantuvieron vigentes hasta 2020.

Considerando todos estos factores, acceder a un aborto en la Argentina del siglo XX se veía entorpecido por distintos obstáculos, por una parte los normativos, y por otro, la ausencia de políticas públicas para facilitar el goce de las permisiones, los debates jurídicos irresueltos sobre su alcance, los trámites excesivos en los centros sanitarios y la intervención injustificada del sistema de justicia fueron sólo algunos de los obstáculos que debían enfrentar las mujeres al requerir un aborto permitido por la ley.⁸³ Por lo que, no fue hasta el año 1995 en el que se autoriza el primer aborto no punible por anencefalia fetal en Argentina.

⁸³ Paola Bergallo y Agustina Ramón Michel, "El aborto no punible en el derecho argentino". (2009). p.2.

Respecto al marco jurídico de la IVE al iniciar el siglo XXI, en la práctica judicial se pueden identificar ciertas etapas respecto a la posibilidad de la interrupción de un embarazo bajo los supuestos de “aborto no punible”:

En el período 2000-2005, los tribunales se pronunciaron sobre casos en los que se cuestionaba el derecho a interrumpir la gestación en casos de anencefalia o cuando se registraba peligro para la salud física de la mujer. La Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante, CSJN), tuvo la oportunidad de pronunciarse respecto de un caso de anencefalia en enero de 2001 en: “*Tribunal Supremo c. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ amparo*”. Sin embargo, la CSJN resolvió eludiendo el análisis del artículo 86 del Código Penal.

Durante el período 2006-2007 se judicializó el acceso al aborto en casos de mujeres con discapacidad que habían sido violadas, llegando incluso a instancias internacionales.

Finalmente, en el período 2007-2012 los tribunales intervinieron y se pronunciaron frente a pedidos de aborto de niñas y adolescentes que habían sido abusadas sexualmente por familiares del círculo íntimo.⁸⁴

2. El fallo F., A.L. s/ medida autosatisfactiva ⁸⁵

El 13 de marzo de 2012, la CSJN dictó una sentencia histórica para la vida y la salud de las mujeres en el marco del caso “F., A.L. s/ medida autosatisfactiva” con el fin de terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso al aborto no punible, manifestando que el aborto es legal cuando exista peligro para la salud o vida de la mujer y en todos los casos de violación. Este fallo implicó un antes y un después en la manera cómo debe interpretarse el artículo 86 del Código

⁸⁴ Cecilia Gebruers, "El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso "Fal". (2015). p. 2.

⁸⁵ "F., A. L. S/ Medida Autosatisfactiva" (Corte Suprema de Justicia de la Nación de Argentina, 2012).

Penal de la Nación. La corte obligó al Estado nacional, a las provincias y a la ciudad de Buenos Aires a implementar y hacer que se cumplan protocolos hospitalarios para terminar con las barreras que limitaban a las mujeres a acceder a los servicios médicos.

El fallo en su considerando 1º, describe: *“1º) que A.F., en representación de A.G., su hija de 15 años de edad, el 14 de enero de 2010, solicitó a la justicia penal de la Provincia del Chubut -ante cuyos estrados se instruía una causa contra O.C., esposo de aquélla, por la violación de A.G.- que se dispusiera la interrupción del embarazo de la niña adolescente mencionada (...) en esa oportunidad, señaló que el 3 de diciembre de 2009 había denunciado la violación ante el Ministerio Fiscal de la Provincia del Chubut y que, el 23 del mismo mes y año, un certificado médico dio cuenta de que A.G. cursaba la octava semana de gestación”.*

Como el requerimiento fue interpuesto en sede penal, el juez de la causa declaró que carecía de facultades para adoptar medidas como la solicitada durante la etapa de investigación, por lo que se ordenó el pase de las actuaciones a la fiscalía, ésta también se declaró incompetente, por lo que la madre de A.G. inició entonces la medida autosatisfactiva que originó la causa ante la Corte Suprema y también requirió ante los tribunales de familia respecto a la misma solicitud, ésta fue rechazada, sin embargo el Tribunal de Justicia de Chubut revocó la decisión de la instancia anterior, admitiendo la solicitud de la señora A.F. ya que el caso encuadraba en el supuesto de “aborto no punible” del artículo 86 del Código Penal.

La adolescente pudo practicarse la interrupción del embarazo, sin embargo, la decisión tomada por el Tribunal fue recurrida por medio de un recurso extraordinario interpuesto en representación del nasciturus, por el Asesor General Subrogante de la Provincia del Chubut, en su carácter de tutor Ad-Litem y asesor de familia e incapaces, en el que se fundamentaba en que se habría pasado a llevar el plexo constitucional-convencional según el cual el Estado Argentino protege la vida a partir de la concepción.

El hecho de que la adolescente ya se hubiera practicado el aborto, pero aun así todavía quedara el recurso por fallar, es la primera problemática a la que se refiere la Corte en la sentencia, en la que se reconoce que dado la rapidez con que se produce el desenlace de situaciones de embarazo como ésta, era bastante difícil que la cuestión hubiese llegado al Tribunal sin haberse vuelto abstracta, a lo que también cita el histórico caso de la Suprema Corte de los Estados Unidos “*Roe v. Wade*” (410. U.S. 113.1973), para recalcar que *“las cuestiones relacionadas con el embarazo -o su eventual interrupción- jamás llegan al máximo tribunal en término para dictar últimamente sentencia, debido a que su tránsito por las instancias anteriores insume más tiempo que el que lleva el curso natural de ese proceso”*.

Luego de haber aclarado este punto, en el fallo se comienza a revisar la normativa aplicable, ya que como pudimos adelantar, el conflicto normativo se daba entre lo dispuesto por el artículo 86 del Código Penal y lo referente a normativa constitucional, además de normativa internacional de Derechos Humanos.

Finalmente, el fallo dictaminó lo siguiente:

1° Confirmó que el art. 86 del Código Penal incluye la despenalización del aborto cuando ha ocurrido una violación de una mujer, cerrando así la disputa interpretativa acerca del alcance de esta causal.

2° Dictaminó que las mujeres tienen un derecho al aborto en los casos previstos por el artículo 86 del Código Penal, es decir, en caso de peligro para la vida, peligro para la salud o en caso de violación.

3° Interpretó que no hay obstáculos constitucionales ni convencionales (en las Convenciones y Tratados de Derechos Humanos) para la despenalización del aborto.

4° Indicó que la realización de esta práctica no requiere autorización judicial ni denuncia policial, en los casos de violación, bastando la declaración jurada de la mujer frente al médico.

5° Estableció las condiciones mínimas (estándares) en que debe efectuarse este procedimiento, incluyendo garantizar a las mujeres el acceso a la información y la confidencialidad y la eliminación de dilaciones innecesarias

6° Exhortó a las autoridades a implementar protocolos hospitalarios para la atención de los abortos legales y para la asistencia integral de las personas que sufrieron violencia sexual.

7° Estableció que se debe permitir al personal sanitario ejercer la objeción de conciencia siempre que ésta sea manifestada al momento de fijar protocolos o al inicio de su actividad en el establecimiento.⁸⁶

Con este fallo histórico comenzó una nueva etapa en el litigio del acceso al aborto en los casos contemplados en la ley.

3. El escenario posterior al fallo F.A.L. y la presentación de un nuevo proyecto de ley

A pesar de los siete años que transcurrieron desde este fallo, por mucho tiempo hubo provincias en Argentina que “no se enteraron”, el fallo ordenó a que se implementara un protocolo nacional respecto a la interrupción del embarazo en los supuestos de “aborto no punible”, lo que se tradujo en que ciertas provincias adhirieran al protocolo, otras contaran con su protocolo propio y otras que no contaban con protocolo ni adhirieron al nacional, en esta última situación se encontraba la provincia de Córdoba, Corrientes, Santiago del Estero y Tucumán.

En noviembre de 2016 el Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer evaluó el cumplimiento del Estado Argentino de la Convención CEDAW, en su informe: “*Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina*”, respecto al aborto, dio las siguientes recomendaciones:

⁸⁶ Gebruers (2015). Op. cit. p 3.

“(b) inicie procedimientos de rendición de cuentas para velar por que todas las provincias aprueben protocolos sobre la práctica del aborto no punible, en consonancia con la decisión de la Corte Suprema de Justicia de 2012 y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo;

(c) Vele por que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto legal y sin riesgo y de atención posterior al aborto, y defina y aplique requisitos estrictos de justificación para prevenir el uso general de la objeción de conciencia por los médicos que se niegan a practicar abortos, considerando en particular, los casos de embarazos tempranos como consecuencia de violación o incesto que pueden equivaler a tortura;

(d) Acelere la aprobación del proyecto de ley relativo a la IVE aumentando el acceso legal al aborto, no solo en casos de violación y riesgo para la vida o salud de la madre, sino también en otras circunstancias como en los casos de incesto y riesgo de graves malformaciones del feto”⁸⁷.

Estas recomendaciones dejan en evidencia que posterior al fallo FAL, todavía faltaba bastante para poder llevar a la práctica lo que había dictaminado el máximo tribunal de justicia, revelando una falta de compromiso del estado, exponiendo a niñas, adolescentes, mujeres y personas trans a la penalización, la criminalización, la violencia institucional, y violación de derechos a la salud, a la intimidad y no ser sometida a tratos crueles, degradantes e inhumanos.

Es por esto, que el contexto social en Argentina fue clave para volver a introducir en la palestra la discusión sobre el derecho al aborto, que se materializó en que en el año 2018 se viviera un proceso histórico inaudito a causa del debate legislativo respecto al aborto, consecuencia de décadas de lucha feminista, que se logró hacer presente en los medios de comunicación, siendo el movimiento *Ni Una Menos* uno de sus exponentes más recientes.

⁸⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, "Observaciones finales sobre el séptimo Informe Periódico de la Argentina," (Naciones Unidas, 2016). párrafo 33.

El 23 de febrero de 2018, el presidente Mauricio Macri, dio a conocer su decisión de habilitar la discusión parlamentaria respecto al proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo, que fue presentado por primera vez en 2006, y posteriormente se presentó en otras siete oportunidades más hasta que se admitiera su discusión el 2018. Éste implicaba la legalización del aborto hasta la semana 14 de gestación, y hasta el final del embarazo en tres causales -violación, peligro para la vida/salud física, psíquica y social de la madre y malformaciones fetales graves- sería tratado, en una primera instancia, en un plenario de comisiones de la Cámara de Diputados, allí un grupo de expertos nacionales e internacionales darían sus distintos puntos de vista para colaborar con los legisladores su decisión de voto, esta fue una discusión que llevó 2 meses, siendo más de 130 horas de debate.⁸⁸

En agosto de 2018, aunque se aprobara el proyecto en la cámara de diputados, la cámara alta rechaza el proyecto, por 38 votos por el no y sólo 31 por el sí, manteniéndose el estatuto legal del aborto no punible de 1921.

4. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610

En diciembre de 2020 asumió como presidente de Argentina Alberto Fernández, el mandatario ya se había pronunciado con anterioridad a favor de la legalización del aborto durante su campaña electoral. Es por esto, que el 17 de noviembre de 2020, en medio del contexto pandémico, el presidente envía al Congreso un proyecto de ley sobre el aborto, con la indicación de darle prioridad a éste y con el fin de que pudiera ser visto por ambas cámaras antes de que finalizara el año. El proyecto fue redactado por la secretaria Legal y Técnica de la Nación, Vilma Ibarra, y aparte de contar con la firma de Fernández, contó con las firmas del jefe de gabinete, de la ministra de Mujeres, Género y Diversidad, de la ministra de Justicia y Derechos Humanos y el ministro de salud.

⁸⁸ REDAAS-Red de Acceso al Aborto Seguro Argentina, "De la clandestinidad al Congreso - un análisis del debate legislativo sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina". (2019). p.4.

El mismo día de la presentación del proyecto, mediante un mensaje difundido en las redes sociales del presidente, éste expresa su convicción de que el Estado pueda acompañar a todas las personas gestantes en sus proyectos de maternidad, pero también de la responsabilidad del Estado de cuidar la vida y salud de quienes deciden interrumpir su embarazo durante los primeros momentos de su desarrollo.

Por otro lado, señaló que la criminalización de la IVE no es efectiva: *“Solo ha permitido que los abortos ocurran clandestinamente en cifras preocupantes. Cada año se hospitalizan alrededor de 38.000 mujeres por abortos y desde la recuperación de la democracia murieron más de 3.000 mujeres por esa causa”*. Debido a este serio problema de salud pública es que Fernández afirma que el dilema que se debe superar es si los abortos se practican en la clandestinidad o en el sistema de salud argentino⁸⁹.

Los altos índices de mortalidad materna provocada por abortos, es una grave realidad que afecta a la nación. En 2016, según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) arrojaron que ese año murieron 245 mujeres embarazadas, de éstas 43 defunciones fueron por embarazo terminado en aborto, aunque los datos no distinguían entre provocados y espontáneos o naturales. Estas cifras ubicarían al aborto como la causa principal de mortalidad materna en Argentina.⁹⁰

El proyecto de ley fue votado por la Cámara de Diputados el 10 de diciembre de 2020, la cual aprobó el proyecto con 131 votos a favor, 117 en contra y 6 abstenciones. El 29 de diciembre comenzó la sesión de votación en la Cámara de Senadores y se aprobó el proyecto en la madrugada del día siguiente, por 38 votos a favor, 29 en contra y una abstención. La aprobación del proyecto fue festejada por miles de mujeres

⁸⁹ Portal Oficial del Estado Argentino, "El Presidente envió al Congreso el proyecto de Ley para legalizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo y el de los 1000 Días". <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-presidente-envio-al-congreso-el-proyecto-de-ley-para-legalizar-la-interrupcion> 2020. (consultado el 25-03-2023).

⁹⁰ Ayelén Bonino, "Qué dicen las cifras y estadísticas sobre el aborto". <https://www.perfil.com/noticias/50y50/el-verdadero-debate-sobre-las-cifras-de-aborto-en-nuestro-pais.phtml> 2018. (consultado el 25-03-2023).

en las calles de Buenos Aires que enarbolaban pañuelos verdes, símbolo de la lucha por el aborto libre.

La Ley 27.610 sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo fue promulgada el 14 de enero de 2021, regula el acceso a la IVE y a la atención postaborto de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad prevenible.

El artículo 4 de la ley, establece el derecho de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce, inclusive del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la IVE en el caso en que el embarazo fuese resultado de una violación y en el caso en que estuviere en peligro la vida o salud de la persona gestante.

Las personas tienen el derecho a realizarse un aborto en el plazo máximo de diez días desde que se solicita, bajo la supervisión profesional, en condiciones de privacidad, reserva, trato digno y calidad.

Por otro lado, sólo se permite la objeción de conciencia de los profesionales de la salud que deban intervenir de manera directa en la IVE, por lo que no se contempla la figura de la objeción de conciencia “institucional”. Además, los profesionales de la salud no podrán negarse a la realización de la IVE en el caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable y tampoco se puede alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria postaborto.

En su artículo 12, la ley establece que las instituciones de salud públicas deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la IVE incluyendo las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Por otra parte, con esta ley se modificaron los artículos del Código Penal relativos al delito de aborto, por un lado, se establece que no es delito el aborto realizado con

consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce del proceso gestacional, y fuera del plazo en los casos que ya se detallaron anteriormente.

Por último, además de legislar sobre la IVE, la ley también incluye un artículo respecto a la responsabilidad que tiene el Estado y los municipios de Argentina de implementar la ley 26.150 de Educación Sexual Integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la SSR de toda la población.

V. El proceso de despenalización del aborto en Uruguay

1. Historia de la despenalización del aborto en Uruguay

La interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido fue despenalizada en Uruguay por la Ley 18.987 en el año 2012. Sin embargo, antes de lograr la legalización del aborto, la nación recorrió un largo camino histórico en cuanto al desarrollo de políticas sobre salud sexual y planificación familiar para finalmente aprobar la ley en materia de aborto que se encuentra vigente en la actualidad.

En sus inicios, el Código Penal de Uruguay de 1889 penalizaba estricta y duramente la interrupción del embarazo, que en su artículo 341 establecía: *“la mujer que causare su aborto, por cualquier medio empleado por ella misma ó por un tercero con su consentimiento, será castigada con prisión de quince á dieciocho meses. Si hubiere obrado en el interés de salvar su honor, será castigada con prisión de nueve á doce meses”*.

La penalización absoluta se mantuvo hasta 1934, año en el que comienza a regir un nuevo cuerpo normativo penal en el que se permite practicar abortos en los hospitales públicos de la nación. Esta habilitación duró muy poco, ya que, por medio de un decreto del Ministerio de Salud Pública se prohibió en 1935 la realización de abortos a las instituciones públicas. Seguido a esto, tres años más tarde, y con el apoyo de los partidos políticos más conservadores de ese entonces, dicha prohibición

se convertiría en ley, sancionando definitivamente y tipificando nuevamente el delito de aborto.

La ley 9.763 de 1938 tipificaba nuevamente el aborto consentido por una mujer como un delito, incluyendo ciertas eximentes en el caso de riesgo para la salud y la vida de la mujer, embarazo como consecuencia de una violación, angustia económica y causal de “honor”. Sin embargo, raramente una usuaria cuyo embarazo pudiera incluirse entre estos eximentes, accedía a la interrupción institucional del embarazo. Dicha ley fue la que rigió hasta el año 2012, momento en el cual se aprueba un nuevo proyecto de ley en el que se despenaliza el aborto hasta las 12 semanas de embarazo, y a las 14 semanas en caso de violación.

Sin embargo, antes de lograr la despenalización de la interrupción del embarazo, los 74 años en los que rigió la Ley 9.763 no fueron de absoluta prohibición. A principios de los 2000 la muerte de mujeres por complicaciones debidas a abortos practicados en condiciones de riesgo era la primera causa de mortalidad materna en el país⁹¹. Una de cada tres muertes maternas era por esta razón y aumentaba mucho más en los casos atendidos en centros hospitalarios públicos. Dada la gravedad de esta situación era un problema de urgencia sanitaria al que se le debía dar atención.

2. Iniciativas Sanitarias: El modelo de reducción de riesgo y daños de aborto inseguro

Debido al problema de urgencia sanitaria que conllevaba la práctica de abortos riesgosos, surgió desde los mismos equipos de salud uruguayos, el plan: *“Iniciativas sanitarias: modelo de reducción de riesgo y daños del aborto inseguro”*. Dicho modelo se erigió como un innovador plan para intentar mitigar las muertes maternas

⁹¹ División Estadística del Ministerio de Salud Pública, "Sistema de mortalidad. Clasificación de las defunciones por causa, sexo y edad del fallecido, de todo el País (excluidas muertes fetales)". (Uruguay: Ministerio de Salud Pública, 2011).

provocadas por abortos riesgosos, actuando bajo el marco jurídico vigente de ese entonces.

Antes de la implementación de este modelo, a nivel de la relación sanitaria entre la mujer y el equipo de salud, los y las profesionales de la salud que se veían involucrados en esta situación, adoptaban una posición de acción individual, paternalistas, disciplinaria y de censura hacia las mujeres, enfatizando las inequidades de género en la sociedad uruguaya. La denuncia de abortos en ámbitos que no correspondían, violaba el secreto profesional, lo que ponía en evidencia la falta de información sobre los derechos y las obligaciones de los profesionales.⁹²

Dada estas circunstancias, las usuarias de los servicios de salud vivían en constante temor a ser rechazadas por el sistema y enfrentarse a una posible sanción legal, llevándolas a ocultar su decisión de abortar y a practicarlo en condiciones riesgosas. Mientras en algunos sectores de la población había mujeres que podían acceder a abortos en clínicas clandestinas, las mujeres más empobrecidas seguían recurriendo a métodos de alto riesgo. Dichas circunstancias violaban el derecho al acceso a la salud de las mujeres, además de ser una problemática de salud pública y de justicia social.

Bajo este contexto, actuando bajo el marco teórico de las recomendaciones de la Conferencia Internacional de El Cairo de 1994 que establece: *“las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo”*⁹³, surge esta estrategia sanitaria que busca proteger la vida y la salud de una mujer que enfrenta un embarazo no deseado y no aceptado.

¿Qué buscaba este plan? El objetivo general de éste era promover la inclusión de la mujer que cursa un embarazo no deseado dentro del sistema de salud, brindándole asesoramiento antes y después de la realización del aborto, pero no

⁹² Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Cambio en la relación sanitaria: modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro". (Montevideo: OPS, 2012). p. 12.

⁹³ Naciones Unidas, "Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo". párrafo 8.25.

“durante” este mismo, ya que practicar el aborto mismo era lo que estaba prohibido por ley.

el modelo de reducción de riesgos surgió desde un grupo de médicos que, junto a otros profesionales, como parteras y psicólogas entre otros, decidieron que era urgente tomar acción inmediata de la situación sanitaria que se vivía en Uruguay, sobre todo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (en adelante, CHPR), institución de salud pública donde se atienden a las mujeres más vulnerables. En julio del 2001 se constató la tercera muerte por complicaciones de aborto en este centro hospitalario, lo que conllevó a los equipos de salud de atención a la mujer a enfrentar este problema con urgencia.

La hipótesis central era el cambio de la relación sanitaria, entre el equipo de salud y la mujer, que aún en un marco jurídico restrictivo para la interrupción del embarazo como el que existía en ese entonces, puede tener un fuerte impacto en la disminución del riesgo y daño pasando del aborto inseguro al aborto de menor riesgo.

Fue así como se creó la figura del “aborto de menor riesgo”, como figura viable en el marco de la ilegalidad del aborto. Antes del potencial aborto se prestaba una consulta de asesoramiento y una vez que éste es realizado, se procede a brindar atención integral postaborto.

Por lo tanto, un aborto de menor riesgo es aquel que:

- La usuaria tiene una consulta de asesoramiento antes de las 12 semanas de edad gestacional y ella decide interrumpir el embarazo, de acuerdo con la información que se le ha brindado.
- La usuaria tiene acceso al misopro stol (fármaco usado generalmente para la práctica de abortos) y lo usa de la manera indicada y de acuerdo con los estándares científicos internacionalmente reconocidos. La usuaria tiene un aborto completo o incompleto sin complicaciones.
- No presenta complicaciones inmediatas (dentro del primer mes) desde el punto de vista biopsicosocial.

- Recurre a un método anticonceptivo seguro y de calidad, adecuado para su realidad y elegido por ella misma.⁹⁴

¿Cómo se implementaba este plan? A grandes rasgos, en el caso en que la usuaria tomaba la decisión de realizarse un aborto, se le hacía un seguimiento médico que procuraba disminuir las complicaciones inmediatas de este procedimiento que eran el preámbulo a complicaciones mayores y de la muerte. Entonces, el aborto provocado no era promovido como método anticonceptivo por el equipo médico, ni practicado por este mismo.

Sin embargo, como es derecho de la paciente ser informada exhaustivamente sobre las distintas opciones que dispone para tomar la decisión respecto a su embarazo no deseado, los doctores tienen el deber de informar sobre los riesgos médicos y legales sobre la práctica de éste. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a la práctica del aborto hasta la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto provocado hasta la rehabilitación completa de la mujer), por lo que el centro de la normativa de este modelo fue desarrollar medidas sanitarias tendientes a disminuir el daño provocado por el aborto, antes y después de su realización.

La consulta pre-aborto consistía a grandes rasgos en informar a la usuaria sobre todas las opciones que dispone para tratar su embarazo no deseado, incluyendo en esto, toda la información necesaria sobre la práctica de un aborto riesgoso bajo la situación sanitaria y legal de ese entonces. Si la usuaria decidía abortar, se le brindaba un apoyo social y psicológico multidisciplinario, que garantice que la decisión tomada por la usuaria era informada, consciente y responsable. Luego de esto se le realizaba un exhaustivo examen clínico general que buscara factores de riesgo que podrían aumentar las posibilidades de complicaciones en caso de realizarse el aborto. Entre éstos se practicaba un examen de ETS, ecografías, entre otros, cualquier análisis que pudiera ser útil para asegurar que la usuaria no se encontrara en algún factor de riesgo.

⁹⁴ Organización Panamericana de la Salud. (2012). Op. cit. p. 13.

Si luego de estos exámenes la usuaria continuaba con su decisión de practicarse un aborto, el ginecólogo le informaría y dispondría los cuidados de protección pre-aborto que incluían un tratamiento preventivo de antibióticos 24 horas antes del supuesto momento en el que la usuaria se comenzara a practicar el aborto.

En la consulta postaborto, el equipo médico tenía el objetivo de detectar y prevenir cualquier complicación, rehabilitar a la paciente de manera integral y desarrollar medidas de anticoncepción inmediatas. Para llevar a cabo esto, se practicaban nuevamente exámenes clínicos, tratamiento antibiótico y, por otro lado, soporte emocional y psíquico y la provisión de anticoncepción inmediata post-aborto.

95

¿Cómo se sostenía la aplicación de un modelo así en un plano jurídico restrictivo?, pues partiendo desde la premisa de que una mujer que cursa un embarazo no deseado tiene derechos: derechos derivados de sus DSR y en base a ellos la mujer tiene opciones. Éstas pueden ser continuar con el embarazo, dar en adopción al recién nacido o interrumpir su embarazo ya sea en condiciones seguras (aborto contemplado por la ley) o en condiciones de riesgo.

Como derecho humano, la mujer o persona con capacidad de gestar, tiene el derecho de contar con una atención integral de salud, atención que debe dar el sistema de salud. Debido a esto, la persona al tomar cualquiera de las opciones respecto a su embarazo, el sistema de salud tiene la obligación de incluir su particular situación con confidencialidad y respeto, con independencia de consideraciones más allá del bienestar de la mujer y la comunidad.

De esta forma es que incluyendo el “aborto provocado” al sistema de salud, se disminuye el riesgo y la necesidad del aborto en condiciones inseguras, pero también por otro, se buscaba cambiar las actitudes del personal que se vincula con este profundo problema al que se enfrentan las mujeres.

⁹⁵ Leonel Briozzo, *Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay. Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR) La Experiencia del Modelo de Reducción de Daños en aborto Inseguro*. (Iniciativas Sanitarias; Dedos, 2008). p. 38.

Por lo que, desde una perspectiva bioética, el actuar del equipo de salud fue clave para llevar adelante el modelo. La percepción de estar haciendo lo éticamente correcto por salvar las vidas de las mujeres que se enfrentaban a abortos riesgosos, hizo que comenzaran a implementar la normativa asistencial del modelo aun antes de obtener el respaldo de las instituciones médicas del medio académico y la aprobación de esta nueva normativa sanitaria. Según los médicos lo que estaban presenciando estaba mal. “Constituía una situación injusta, violatoria de los Derechos Humanos y profundamente hipócrita. Todos, como equipo de salud, formábamos parte de lo que pasaba, éramos parte del problema. No cumplíamos con nuestra obligación ética de no hacer daño (principio de no maleficencia), hacer el bien (principio de beneficencia), respetar la autonomía y propender a la justicia. Nuestra inacción aumentaba el problema.”⁹⁶

La confidencialidad y el secreto profesional sustentaron esta propuesta tan comprometida y controversial, por lo que desde la perspectiva medicolegal era necesario cambiar el paradigma del aborto como algo “criminal” para pasar al aborto calificado como de “riesgo”. Los doctores Hugo Rodríguez Almada y Guido Berro Rovira⁹⁷, elaboraron un trabajo donde introducen estos dos conceptos dándole un sustento legal indiscutible: *“las iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo proponen acciones en salud en el marco del respeto a las normas éticas y jurídicas vigentes, lo que presupone su conocimiento y correcto manejo. El secreto médico es una categoría ético-jurídica esencial en la actividad médica y en la relación médico-paciente. Constituye, a la vez, un derecho y una obligación de los médicos”*⁹⁸.

Según el Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica de Interior en su artículo 20 expresa: *“el paciente tiene derecho a*

⁹⁶ Ibidem. p. 22.

⁹⁷ Profesores de la cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay.

⁹⁸ Leonel Briozzo (2008) Op. cit. p. 23.

la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte”.

Bajo todo este sustento médico legal y ético, los doctores mencionados concluyen en su trabajo que el modelo de reducción de riesgos y daños en el aborto provocado en condiciones de riesgo puede aplicarse dentro del ordenamiento legal vigente, en tanto toman en cuenta y respetan el carácter ilegal del aborto provocado, excluyendo al médico de toda participación directa o indirecta, a excepciones de los casos contemplados en el ordenamiento jurídico.

¿Cuáles fueron los resultados obtenidos con la implementación del modelo? Según el informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2012, entre los años 2000-2010 hubo un descenso marcado y sostenido de la mortalidad materna en general y de la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo en todo el país y en el CHPR. Durante los últimos años de ese periodo no se registraron muertes asociadas por aborto inseguro en todo el país⁹⁹.

El modelo probó ser efectivo para disminuir la mortalidad materna, colocando a Uruguay en el camino de mejorar la salud materna, y cumpliendo en ese entonces, el quinto objetivo del milenio (ODM 5), generando un cambio social, legal y político que garantizó su sostenibilidad.

Este modelo es replicable y adaptable a otros países con legislación restrictiva con respecto al aborto, y es adecuado para dar una solución inmediata a las mujeres que viven la difícil situación del embarazo no deseado y no aceptado. Para lograrlo se requiere un marco ético-legal que garantice la confidencialidad en la relación médico-paciente, además del compromiso de las instituciones profesionales de salud.

⁹⁹ Organización Panamericana de la Salud. (2012). Op. cit. p. 18.

3. Ley N°18.987 de interrupción voluntaria del embarazo

La ley N°18.987 del año 2012 reguló la práctica del aborto bajo determinados requisitos establecidos en la misma. Fuera de los casos previstos por la ley, el aborto sigue siendo un delito en los artículos 325 y 325 bis del Código Penal de Uruguay.

Si bien la despenalización se consiguió en el año 2012, fue en el año 2002 en el que se presentó un proyecto de despenalización del aborto que recibió media sanción por parte de los diputados, es decir, quedó pendiente para ser aprobado por los senadores. Dos años después los senadores lo rechazaron.

En 2007, durante el primer gobierno del Frente Amplio, se llevó a la cámara de senadores un nuevo proyecto de despenalización del aborto: “Ley de Salud Sexual y Reproductiva”, la ley fue aprobada por los senadores, pero fue vetada por el presidente Tabaré Vázquez.

Luego, en 2011, se aprobó por parte de los senadores un nuevo proyecto de ley, pero no se consiguieron los votos necesarios para que pudiera tratarse el proyecto en la cámara de diputados.

Como se explicó anteriormente, aunque la ley de despenalización no se encontraba aprobada, se aplicó el modelo de iniciativas sanitarias para reducir los riesgos de aborto provocado, por lo tanto, los profesionales de la salud podían brindar asesoría a mujeres que decidían abortar, pero no podían practicar el aborto ni recetar los fármacos necesarios para éste.

En 2012 el clima social para la despenalización del aborto parecía ser favorable. Según la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), desde 1985, con la recuperación de la democracia, el debate sobre la despenalización del aborto cobró fuerza. La acción de los movimientos feministas fue clave para lograr introducir al debate público la discusión sobre la despenalización del aborto.

En julio de 2012 se formó una comisión especial para analizar el proyecto de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. En una ardua sesión de diputados que

comenzó el 25 de septiembre y terminó en la madrugada, se aprobó el proyecto. Finalmente, el 17 de octubre fue aprobada por la cámara de senadores.

Aunque el Partido Nacional intentó juntar firmas para que se llevara a votación popular la derogación de la ley, no se logró juntar el 25% de votantes para realizar la consulta, alcanzando sólo un 8,8% de apoyo al recurso de referéndum.

La ley 18.987 en su artículo 2 establece: *“la interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gravidez”*.

Los requisitos necesarios para que una mujer pueda practicarse un aborto legal son: en primer lugar, que la interrupción voluntaria del embarazo se realice en las primeras doce semanas de embarazo y que se cumpla con un procedimiento que implica: consulta con un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la ginecología, psicología, y asistencia social; periodo de reflexión de cinco días; ratificación de la voluntad de interrumpir el embarazo mediante consentimiento informado.

En tres situaciones estos requisitos no son exigibles: cuando el embarazo es resultado de una violación, el plazo se extiende a catorce semanas y requiere presentar la denuncia correspondiente; cuando hay malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina, no hay plazo, éste se identifica cuando se detecta la anomalía; y cuando existe riesgo grave para la salud de la mujer no se requiere plazo.

VI. Ventajas y barreras de los modelos de interrupción voluntaria del embarazo de Chile, Argentina y Uruguay

Al ser estudiada la situación respecto a la interrupción del embarazo en Chile, Argentina y Uruguay, podemos analizar las particularidades de cada uno de los procesos legislativos respecto al aborto, sus principales ventajas y barreras que obstaculizan el ejercicio efectivo de este derecho.

En este sentido, Chile es el único de los tres países que posee un sistema de permisos respecto a la IVE, que implica que no es calificado como delito el aborto en sólo en ciertas circunstancias o causales. La situación de Chile es la más conservadora de los 3, ya que como se mencionó anteriormente, Chile era uno de los pocos países del mundo donde el aborto estaba completamente prohibido, estatus legal que cambió recién en 2017, con la promulgación de la ley 21.030.

Por otra parte, Argentina también establecía un modelo de permisos respecto al aborto, situación que cambió a un sistema de plazos en diciembre de 2020. Sin embargo, a pesar de los casos de aborto no punible que se contemplaban hasta antes de la promulgación de la ley de aborto libre, no era posible acceder de forma expedita a un aborto aun cuando la persona gestante se encontrara en alguna de las causales que permitía el código penal, debido a las barreras puestas por las mismas normativas, funcionarios de salud y los prejuicios morales de la sociedad.

En el caso de Uruguay, el sistema de plazos que establece su legislación es el que tiene más larga data en comparación con Argentina, y con el resto de Latinoamérica, ya que podemos posicionar a esta nación como uno de los casos excepcionales donde está permitido abortar hasta la semana doceava de gestación, en cualquier caso.

En primer lugar, el único punto en común que podemos encontrar entre el proceso legislativo de estos tres países es que comienza con una prohibición total del aborto, para luego, ir poco a poco cimentando un camino hacia la despenalización, sin embargo, cada proceso es bastante particular. Lo cual permite reflexionar respecto a

que el aborto, en comparación a otros elementos que son parte de la SSR, es el que está más entregado a la soberanía propia de cada Estado, en cuanto a que es el que está menos influenciado por una presión internacional a ser incluido como un derecho que se debe garantizar.

Prueba de esto, es contrastar el caso argentino con el uruguayo, en el primero, se contaba con los supuestos de “aborto no punible” en su sistema legislativo, sin embargo, no eran efectivos, ya que, aun así, durante casi todo el siglo XX las mujeres no podían practicarse un aborto legalmente; en el segundo, nos encontramos con un sistema que no permitía acceder a un aborto legalmente, pero la normativa sanitaria logró desarrollar protocolos para dar un acceso parcial a un aborto de menos riesgo.

Esto último evidencia el hermetismo con el cual se llevan los procesos de despenalización del aborto dentro de las fronteras de cada Estado y que, a pesar del gran abanico de instrumentos internacionales que han proliferado en el siglo XXI y que han establecido el derecho a que las mujeres puedan acceder a un aborto, no ha sido suficiente. Esta situación podría deberse a que en cierto sentido, el Programa de Acción del Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, siguen siendo los instrumentos internacionales que son la base para todos los otros que le siguieron después, dichos instrumentos expresan explícitamente que los procesos de despenalización del aborto quedan al arbitrio de cada Estado¹⁰⁰, por lo cual se podría considerar que estos programas que fueron desarrollados en la década de los noventa, no están siendo lo suficientemente funcionales y acorde al nuevo escenario sobre DSR que urge aplicar en este nuevo milenio.

Dicho esto, si analizamos a estos tres países según su nivel de cumplimiento de compromisos internacionales en SSR, Uruguay se encontraría en primer lugar, y a continuación de éste le seguirían Argentina y Chile, el segundo tendría la reciente

¹⁰⁰ El párrafo 8.25 del Programa de Acción del Cairo establece: “Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional”.

“ventaja” de haber legalizado el aborto hasta la semana catorce y Chile se quedaría atrás conservando un sistema de permisos en cuanto a IVE.

En cuanto a las barreras de acceso al servicio, Chile es el que presenta uno de los obstáculos más graves, la objeción institucional y profesional de conciencia es una figura que impide que las mujeres y personas gestantes puedan acceder a la IVE de manera efectiva, respecto a la causal de “violación” es la que tiene el número más alto de objetores de conciencia, como en la ciudad de Osorno donde no había profesionales de la salud que practicaran abortos bajo esta circunstancia hasta 2019.

Por otro lado, la historia de la despenalización del aborto en el caso uruguayo abre los ojos respecto a la viabilidad de alcanzar un estadio como éste en países donde el aborto está absolutamente prohibido o sólo se cuenta con un modelo de permisos, sobre todo en lo que respecta a la implementación de un sistema como el modelo de iniciativas sanitarias. Al ser Uruguay un país pequeño, su nivel poblacional permite un monitoreo eficaz y detallado de la implementación de un modelo como el estudiado, siendo un “laboratorio social” que, en el caso del plan, pudo comprobar su eficacia para el descenso de los casos de mortalidad materna.

Por último, es deber del personal médico brindar la atención médica necesaria a las mujeres y personas de otras identidades de género con capacidad de gestar, siempre bajo los parámetros de confidencialidad y secreto profesional. El caso uruguayo, nos permite comprobar que el hecho de que un médico informe a una mujer respecto a los riesgos de practicarse un aborto y lo que implica, no es algo que pueda caer dentro del delito de aborto, ya que como se citó en el caso de los tres países, los artículos de sus códigos penales que tipifican el aborto son bastante similares. En los casos en que la IVE es un derecho limitado, que el personal médico no pueda practicar el aborto, no significa que no deba cumplir con el deber de brindarle una atención de salud integral a una persona que decide interrumpir su embarazo.

CONCLUSIONES

Al estructurar este trabajo en torno al análisis organizacional en los niveles de la ONU, UE y ALC, podemos dar cuenta de cómo se aplican en la práctica los instrumentos de derecho internacional en materia de derechos humanos en las distintas regiones del mundo, y los mecanismos para poder integrar dichas directrices en las políticas públicas de los gobiernos locales y por otro lado, cómo estos instrumentos plasman los distintos paradigmas sociales y culturales sobre desarrollo sostenible que se vienen gestando desde la sociedad civil.

En esta instancia, los derechos sexuales y reproductivos comprenden una bandera de lucha desde los movimientos sociales feministas, de disidencias sexuales, entre otros, que han significado un largo camino histórico por el reconocimiento de estos derechos, cambiando el foco desde los añejos conceptos de “planificación familiar” hacia una perspectiva integral de la sexualidad humana comprendida como una parte fundamental del desarrollo psicosocial de las personas, que debe estar libre de prejuicios, discriminación, sexismo y violencia.

En cuanto al rol que cumple la ONU como organismo internacional en el que convergen las voluntades políticas de la mayoría de los países del mundo, es evidente el papel esencial que juega al ser el órgano supranacional generador y compilador del derecho internacional de los derechos humanos vigente y que aparentemente se reconoce en las distintas constituciones políticas como el límite a la soberanía de los estados. Sin embargo, en la práctica, las declaraciones, consensos y compromisos que firman los países miembros se entorpece al llevarlos de forma efectiva a la política interna de cada país, debido a las particularidades normativas, sociales y culturales que yacen en cada territorio y que dificultan una garantía y ejercicio efectivo para las personas.

Es por esto que, el análisis a las distintas organizaciones internacionales que dependen de la ONU y las organizaciones de la sociedad civil no es antojadizo, ya que en un sistema de *soft law* como el que nos encontramos al estudiar la Agenda 2030 y los distintos instrumentos internacionales en los que se sustenta, los organismos

internacionales se levantan como uno de los grandes sostenedores y vigilantes para que todos estos instrumentos sean vinculantes, ya sea mediante sus labores de recopilación de datos, investigación, monitoreo y hasta el duro trabajo de hacerse cargo de las crisis humanitarias que se viven en el mundo, llevándose las responsabilidades por las cuales muchas veces los gobiernos locales debieran responder.

Comprendemos que es complejo homogeneizar las normativas y políticas públicas de todo el mundo para que estén en consonancia con los objetivos de la Agenda 2030, tomando en cuenta los distintos niveles de desarrollo social y económico de los países firmantes, sin embargo, luego del análisis realizado, es claro como la desigualdad de género yace en lo más profundo de los sistemas jurídicos en todas las culturas, algunas en las que se manifiesta no tan explícitamente como en otras, pero que de todas formas, dificulta el ejercicio de los DSR de las mujeres de manera transversal.

Evidencia de esto es la situación que viven las mujeres europeas y latinoamericanas. A pesar de los contrastantes niveles de desarrollo económico y social, en ambas regiones las mujeres se ven impedidas de alcanzar una vida sexual y plena ya sea por los obstáculos de los mismos sistemas de salud, y las discriminaciones a grupos vulnerables o invisibilizados de la sociedad como las mujeres que viven en la pobreza, en situación de discapacidad, indígenas, migrantes, mujeres que viven en áreas rurales, mujeres pertenecientes a disidencias sexuales, adolescentes y niñas entre otras.

Claro está, que la magnitud de estas barreras o denegaciones a ejercer sus DSR, varía en cada país y que en cierto modo el aparato institucional con el que cuenta la UE ha permitido que estas brechas sean menores en ciertos aspectos a diferencia de Latinoamérica que no cuenta con un órgano multilateral de esa misma envergadura que pueda velar por el cumplimiento de estos derechos con la misma efectividad que en Europa, pero en ambas regiones se encuentran las problemáticas de embarazo adolescente, dificultad para acceder a métodos anticonceptivos, barreras al acceso al aborto, transmisión de ETS, falta de educación sexual y violencia sexual hacia las

mujeres que expresan una grave realidad social a la que se enfrentan las mujeres sin importar su origen.

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo es otra arista importante del desarrollo de los DSR de las mujeres y dejando de lado las concepciones morales y políticas que conlleva el debate del aborto, quiero ser categórica en expresar lo crucial y necesario que es comprender a la mortalidad materna como un problema de salud pública a nivel mundial y a los abortos inseguros como una de sus mayores causas. Es por esto, que como se mencionó anteriormente mientras todavía siga vigente lo contenido en el Plan de Acción del Cairo como instrumento base para las políticas sobre salud sexual y reproductiva, despenalizar el aborto seguirá siendo una materia que quedará relegada a la soberanía interna de cada gobierno y no se garantizará como un derecho humano en los países donde no hay una voluntad política concreta para despenalizarlo.

Por otro lado, es importante dar cuenta de la perspectiva con la cual se tratan ciertos aspectos de la salud reproductiva de la mujer. Pareciera que la voluntad política para alcanzar la igualdad de género y facilitar el goce de los DSR que se plasma en la Agenda 2030 se trata desde una perspectiva que pone a la mujer al servicio del desarrollo económico y en este caso “sostenible” de las sociedades, lo cual debiera ser una consecuencia favorable del empoderamiento de las mujeres, pero no un objetivo por el cual se construyen estas metas situando a la mujer en una posición que alimenta cierto sistema económico y político, en vez de una perspectiva de reconocimiento de la autonomía total y empoderamiento de la mujer y personas con capacidad de gestar sobre sus cuerpos. En este sentido, si no hay una evolución real de estos paradigmas, se seguirán perpetuando sistemas patriarcales que sitúan a la mujer en un plano de inferioridad y asistencialismo del cual deben “hacerse cargo” los gobiernos.

El rol de los Estados y de la implementación de políticas públicas que promuevan y garanticen los DSR debe comenzar por derribar el paternalismo y control sobre los cuerpos de las mujeres, poniendo en primer y único lugar a su autonomía en un ámbito de decisiones informadas y libre de imposiciones morales externas. Recién

en ese punto sería posible hablar de un camino hacia el desarrollo sostenible de carácter transversal e integral en cuanto a igualdad de género a nivel local y del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

Artículos de Revistas

1. Cepeda, Agustina. *"Los abortos no punibles: argumentos médico-jurídicos y bioéticos en la Argentina de fines del siglo XX"*. Revista interdisciplinaria de feminismos y género. Universidad Nacional de la Plata, 2017.
2. Soria, Eduardo. *"El Aborto Eugenésico en el Código Penal Argentino"*. Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y Tecnología, 2009.
3. Maties, Rafael García. *"Las Entidades Locales y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Algunas notas sobre la naturaleza jurídica de la Agenda 2030"*. Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica, 2016, 96-105.

Instrumentos Internacionales

4. ALAP y UNFPA-Oficina Regional para América Latina y el Caribe. *"La Implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en América Latina y El Caribe: Avances y Desafíos"*. UNFPA, 2020.
5. Asamblea General de las Naciones Unidas. *"Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer"*. En RES 34/180, 1979.
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. *"Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible"*. En A/RES/70/1, 2015.
7. Consejo de Europa. *"La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en Europa. Resumen y Recomendaciones del Comisario"*. Comisario de Derechos humanos del Consejo de Europa, 2017.

8. Naciones Unidas. *"Declaración y Plataforma de Acción de Beijing"*. En *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing: Naciones Unidas, 1995.
9. Naciones Unidas. *"Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo"*. En *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo: Naciones Unidas, 1994.
10. Naciones Unidas y CEPAL. *"Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo"*. En *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*, 12 a 15 de Agosto de 2013. Montevideo, 2013.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). *"Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud"*. Washington D.C.: OMS, 2012.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). *"Definir la Salud Sexual: Informe de una Consulta Técnica sobre Salud Sexual"*. Ginebra: OMS, 2006.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). *"El Género y La Covid-19"*. Ginebra: OMS, 2020.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). *"Estándares de Educación Sexual en Europa"*. Oficina Regional para Europa de la OMS y BZgA, 2010.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). *"Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)"*. Ginebra, 2015.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). *"Recomendaciones de la OMS Sobre Salud y Derechos Sexuales de los Adolescentes"*. Ginebra, 2019.

17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *"Cambio En La Relación Sanitaria: Modelo Uruguayo De Reducción De Riesgo y Daño Del Aborto Inseguro"*. Montevideo: OPS, 2012.
18. Parlamento Europeo. *"Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género: Información Básica"*. Bruselas: Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género, 2009.
19. Parlamento Europeo. *"Documento de Sesión: Informe Sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Afines"*. Bruselas: Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género, 2013.
20. Parlamento europeo y el Consejo de la Unión Europea. *"Reglamento (CE) N°1922/2006 por el que se crea un Instituto Europeo de la Igualdad de Género"*. Diario Oficial de la Unión Europea, 2006.
21. UNFPA. *"Estado de la Población Mundial 2018. El Poder de Decidir Derechos Reproductivos y Transición Demográfica"*. UNFPA, 2018.
22. UNFPA. *"Estrategia de Igualdad de Género del UNFPA"*. UNFPA, 2019.
23. UNFPA. *"Preparación y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus (Covid-19). Resumen Técnico Provisional del UNFPA"*. UNFPA, 2020.
24. UNICEF. *"Plan de Acción de Género 2018-2021"*. UNICEF, 2018.

Informes

25. Abrancinkas, Lilian, y Eliana Riaño. *"A veinticinco años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo"*. RSMLAC, 2019.

26. Bergallo, Paola y Agustina Ramón Michel. *"El aborto no punible en el Derecho Argentino"*. Buenos Aires: CEDES/FEIM/IPPF, 2009.
27. Bianco, Mabel y María Inés Re. *"Nuestro camino en la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos"*. RSMLAC, 2016.
28. Cardona, Clara y Humberto Rincón. *"Sistema Interamericano de Derechos Humanos y los DSDR: Un Asunto Pendiente"*. RSMLAC, 2020.
29. Centro de Derechos Reproductivos. *"Haciendo de los derechos una realidad: Aborto y Derechos Humanos"*. Centro de Derechos Reproductivos, 2010.
30. Centro Europeo de Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC). *"Vigilancia Del VIH/SIDA En Europa"*. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2011.
31. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *"Observaciones finales sobre el Séptimo Informe Periódico de la Argentina"*. Naciones Unidas, 2016.
32. Dides, Claudia, Constanza Fernández, Arianna D'Angelo, Eduardo Soto, Denisse Araya, Javiera Canales, Estefanía Andahur, et al. *"Segundo Informe sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile. Estado de la Situación 2017-2018"*. Santiago de Chile: MILES, 2018.
33. División de Asuntos de Género de la CEPAL. *"Los Riesgos de la Pandemia de Covid-19 para el Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres"*. CEPAL, 2020.

34. División Estadística del Ministerio de Salud Pública. *"Sistema de Mortalidad. Clasificación de las Defunciones por Causa, Sexo y Edad del Fallecido, de todo el País (Excluidas Muertes Fetales)"*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública, 2011.
35. European Institute for Gender Equality. *"Beijing + 25: The Fifth Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States. Area C - Health of Women: Achieving Gender Equality in Treatments Services and Outcomes"*. Vilnius: EIGE, 2020.
36. European Institute for Gender Equality. *"Gender Equality Index 2020. Key Findings for the EU"*. Vilnius: EIGE, 2020.
37. Gebruers, Cecilia. *"El Aborto Legal en Argentina: La Justicia Después de la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el Caso "Fal""*. Buenos Aires: REDAAS, 2015.
38. Guzmán, José Miguel, Ralph Hakkert, Juan Manuel Contreras y Martha Falconier. *"Diagnóstico Sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y El Caribe"*. México D.F.: UNFPA, 2001.
39. Malajovich, Laura, Lilian Abrancinkas, Andrea Terceros y Lucía Berro. *"Aborto en América Latina y El Caribe. Un Análisis Regional del Cumplimiento Del Consenso De Montevideo"*. Mira que te Miro, 2018.
40. McCusker, Matthew. *"The Impact of the United Nations' Sustainable Development Goals on Children and the Family, and Their Endorsement by the Holy See"*. Society for the Protection of Unborn Children, 2017.

41. Red de Salud de Mujeres de Latinoamérica y el Caribe (RSMLAC). *"Folleto De Red de Salud de Mujeres de Latinoamérica y el Caribe (RSMLAC)"*. RSMLAC, 2021.
42. REDAAS-Red de Acceso al Aborto Seguro Argentina. *"De la Clandestinidad al Congreso: un Análisis del Debate Legislativo sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina"*. REDAAS, 2019.
43. Rodríguez Wong, Laura, y H. O. Iñez Perpétuo. *"La Transición de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. 15 Años Después de El Cairo - 1994"*. En *Población y Desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL, 2011.
44. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels JD, et al. *"Global Causes of Maternal Death: A Who Systematic Analysis"*. *Lancet Global Health*, 2014.

Jurisprudencia

45. *"F., A. L. S/ Medida Autosatisfactiva"*. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Argentina, 2012.

Libros

46. Ahumada, Claudia y Shannon Kowalski. *"Derechos Sexuales y Reproductivos, Guía para Activistas Jóvenes"*. Ottawa: The youth coalition, 2006.
47. Arango, Mónica. *"Derechos Sexuales y Reproductivos"*. Cap. III En *Derechos Humanos y Mujeres: Teoría y Práctica*. Santiago: Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, 2013.

48. Borchardt, Klaus-Dieter. *“El ABC del Derecho de la Unión Europea”*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016.
49. Briozzo, Leonel. *“Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay. Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR) La experiencia del modelo de reducción de daños en aborto inseguro”*. Montevideo: Iniciativas Sanitarias/Dedos, 2008.
50. Comisión Europea. *“¿Qué es y qué hace la Unión Europea?”*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea, 2018.
51. Ruder, Nicole, Kenji Nakano, and Johann Aeschlimann. *“The Ga Handbook: A Practical Guide to the United Nations General Assembly”*. 2° ed. New York: Permanent Mission of Switzerland to the United Nations, 2017.
52. Velasco, Manuel Diez de. *“Instituciones De Derecho Internacional Público”*. 17° ed. Madrid: Tecnos, 2009.

Papers

53. Thürer, Daniel. *“Soft Law.”* En *Max Planck Encyclopedias of International Law [MPIL]*: Published under the auspices of the Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law under the direction of Professor Anne Peters and Professor Rüdiger Wolfrum, 2009.
54. Casas Varez, Marina y Gabriela Cabezas. *“Los Derechos Sexuales y Reproductivos desde la perspectiva de género en América Latina: Entre el control y la autonomía”*. Santiago: Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, 2016.

Recursos Periodísticos

55. Agencia Católica de Informaciones. *"La verdad sobre las católicas por el Derecho a Decidir"*. <https://www.aciprensa.com/controversias/cdd.htm>, 2021.
56. Bonino, Ayelén. *"Qué dicen las cifras y estadísticas sobre el aborto"*. <https://www.perfil.com/noticias/50y50/el-verdadero-debate-sobre-las-cifras-de-aborto-en-nuestro-pais.phtml>, 2018.
57. Portal Oficial del Estado Argentino. *"El Presidente envió al Congreso el Proyecto de Ley para legalizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo y el de los 1000 días"*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-presidente-envio-al-congreso-el-proyecto-de-ley-para-legalizar-la-interrupcion>, 2020.
58. Vega, Matías. *"Confirman llegada de obstetra no objetor de conciencia a Osorno"*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-los-lagos/2019/04/27/confirman-llegada-de-obstetra-no-objetor-de-conciencia-a-osorno.shtml>, 2019.
59. Vergara, Alicia. *"Todo lo que tienes que saber para entender el proyecto de despenalización del aborto en Chile"*. https://www.cnnchile.com/pais/todo-tienes-saber-entender-proyecto-despenalizacion-aborto-chile_20210114/, 2021.

Tesis

60. Meneses, Oscar Merino. *"Las Resoluciones de las Organizaciones Internacionales como Fuente del Derecho Internacional: Los Casos De La Unión Europea y de la Organización de Naciones Unidas."* Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, 2015.