

SOLO PARA PARTICIPANTES
DOCUMENTO DE REFERENCIA
23 de Octubre de 2006
SOLO ESPAÑOL

REUNIÓN DE EXPERTOS SOBRE POBLACIÓN, DESIGUALDADES Y DERECHOS HUMANOS

CELADE – División de Población de la CEPAL, Naciones Unidas
Oficina Regional para América Latina y el Caribe del
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
Fondo de Población de las Naciones Unidas

26 y 27 de octubre de 2006
Sala Celso Furtado
CEPAL
Santiago de Chile

DERECHOS REPRODUCTIVOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Este documento fue preparado por LILIAN SEPÚLVEDA, del Center for Reproductive Rights, Nueva York. Las opiniones expresadas en este documento, que no han sido sometidas a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización. Se prohíbe citar sin la autorización de la autora.



Derechos Reproductivos en América Latina y el Caribe: situación actual y perspectivas

Lilian Sepúlveda

A partir de la década de los sesenta el derecho a la salud de la mujer, y dentro de ésta a la salud sexual y reproductiva, se ha ido constituyendo en un componente esencial de los derechos humanos, lo cual se ha reflejado en su tratamiento en diferentes conferencias internacionales.¹ Entre ellas, cabe resaltar la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (México, 1975), en la cual se reconoció el derecho a la integridad física de la mujer y a decidir sobre el propio cuerpo, incluyendo la maternidad voluntaria.

No obstante, no fue sino hasta la década de los noventa que los derechos reproductivos de la mujer comienzan a tener gran relevancia gracias al reconocimiento por parte de las conferencias internacionales. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) establecieron que **la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para los derechos humanos y el desarrollo**. En estas conferencias mundiales de Naciones Unidas, la comunidad internacional reconoció la necesidad de tratar el tema de los derechos reproductivos de la mujer, incluyendo el tema del aborto inseguro. Los compromisos establecidos en El Cairo y Beijing reconocen que el aborto inseguro constituye un problema grave de salud pública en tanto que pone en peligro la vida de un sinnúmero de mujeres, y recomendó que las mujeres que han acudido a su práctica deban ser atendidas de manera pronta y humanitaria.² La Plataforma de Acción de Beijing recomendó a los gobiernos considerar la posibilidad de revisar las leyes que establecen medidas punitivas contra las mujeres que hubieren tenido abortos ilegales.³ Asimismo, de manera específica, la Plataforma de Acción de Beijing, así como el Programa de Acción de la CIPD, establecieron:

"Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de la mujer y a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública... En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos".⁴

A nivel regional, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)⁵ es la única Convención internacional en tratar directamente el tema de violencia contra la mujer; el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional⁶ incluye crímenes relacionados contra la violencia sexual y de género; y la adopción del Protocolo Facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación

¹ Si bien las declaraciones de las conferencias de Naciones Unidas no son jurídicamente vinculantes, son documentos de compromiso cuya importancia se refleja en el hecho de que establecen conceptos e instrumentos de acción política que definen la dirección hacia la cual se están orientando los derechos humanos. Ver Centro de Derechos Reproductivos y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, *Encarceladas: Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los derechos humanos*. Nueva York, 1998, p. 27 [en adelante CRLP y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, *Encarceladas*].

² Programa de Acción de la CIPD, para. 8.25 y Plataforma de Acción de Beijing, para. 106 (k).

³ Plataforma de Acción de Beijing, para. 106 (k).

⁴ Programa de Acción de la CIPD, para. 8.25. Ver también Plataforma de Acción de Beijing, para. 106 (b)(k).

⁵ La cual fue firmada por Chile el 17 de octubre de 1994 y ratificada el 15 de noviembre de 1996. Véase, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), adoptada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, en el vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General y entrada en vigor el 5 de marzo de 1995. Disponible en: <http://www.cidh.org/Basicos/Basicos8.htm#CONVENCIÓN%20INTERAMERICANA%20PARA%20PREVENIR,%20SANCIONAR>

⁶ En Sudamérica, Chile junto con Guyana y Surinam, son los únicos Estados que no han ratificado el Estatuto de Roma.

contra la Mujer⁷ es una herramienta esencial para el reconocimiento de los derechos humanos de la mujer.

Es decir que, con base en estos convenios internacionales, los derechos reproductivos se basan en nociones básicas de derechos humanos y generalmente apuntan a dos principios generales: 1) el derecho a la salud reproductiva y 2) el derecho a la autodeterminación reproductiva. Los derechos a la salud sexual y reproductiva, a la integridad física, a la seguridad y a la autonomía obligan a los gobiernos a asegurar el acceso a los servicios de salud reproductiva, como también a eliminar todas las barreras legales que impidan el pleno ejercicio al cuidado de la salud reproductiva. Por su parte, el derecho a la autonomía reproductiva exige a los gobiernos asegurar que los hombres y las mujeres tengan igualdad de acceso a todas las opciones anticonceptivas, a los servicios de salud reproductiva, y a la información sexual y reproductiva, así como también a que sus decisiones reproductivas sean respetadas tanto por los gobiernos como por terceras partes.

I. Realidad Latinoamericana

Pese a que en las últimas décadas se ha visto una transformación constitucional y judicial en diferentes legislaciones de América Latina y el Caribe en donde se han eliminado legislaciones anacrónicas que contenían provisiones discriminatorias en sus códigos civiles y penales,⁸ se han incorporado estándares internacionales de derechos humanos en las legislaciones locales,⁹ y se han adecuado las leyes de salud y las políticas internas reflejando el compromiso de los Estados en reconocer los derechos reproductivos como derechos humanos, aún siguen existiendo legislaciones restrictivas y violatorias a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Esto se debe en parte a que los instrumentos internacionales no son lo suficientemente coercitivos para garantizar el pleno ejercicio de estos derechos en la región,¹⁰ lo que representa un gran desafío.

Un ejemplo de ello son algunas de las normas nacionales, las cuales aunque reflejan los estándares establecidos por las conferencias y convenios internacionales reafirmado el derecho de toda mujer a tener pleno acceso a los servicios de salud reproductiva, a decidir el número de hijos que desea tener, y a la información y acceso a la anticoncepción de emergencia, en la práctica estos derechos son constantemente violados por los grandes vacíos legales que existen en los procedimientos de las legislaciones de la región y los prejuicios a que son sometidas las mujeres.

El caso Paulina en México es un reflejo de esta situación. En 1999, Paulina quedó embarazada a los trece años, como consecuencia de una violación. Después de enterarse de que

⁷ De 167 países que ratificaron el Convenio de CEDAW, 58 de ellos lo hicieron incluyendo reservas, y ninguno de ellos, a la fecha ha procedido a la ratificación del Protocolo Facultativo, entre los que se encuentra Chile. Véase, Naciones Unidas. 1999a. Resolución 54/4 aprobada por la Asamblea General: Protocolo Opcional a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (A/RES/54/4). Nueva York: Naciones Unidas.

⁸ Por ejemplo, el Código Penal Ecuatoriano reformó el artículo 509 que se refiere al estupro al establecer que la víctima puede ser una *persona* y no una *mujer honesta* como se estipulaba anteriormente. De igual manera, países como Argentina, Colombia, México y Perú han eliminado provisiones discriminatorias de sus códigos penales y civiles. Para mayor información véase, Centro por los Derechos Reproductivos y DEMUS Estudio para la Defensa de los derechos de la Mujer, *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their reproductive Lives: Latin America and the Caribbean, Progress report 2000* (2000) p. 84 y 86.

⁹ La reciente decisión de la Corte Constitucional Colombiana en reconocer el derecho a interrumpir un embarazo cuando este en riesgo la vida o salud de la mujer, ante la malformación del feto que lo haga inviable o en caso de violación se fundamenta en las distintas disposiciones internacionales de derechos humanos, entre ellas el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención para eliminar todas las formas de Discriminación contra la Mujer y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹⁰ Véase, el Centro por los Derechos Reproductivos y la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, L. Cabal, M. Roa y J. Lemaitre (eds.), *Cuerpo y Derecho Legislación y Jurisprudencia en América latina* (Bogotá; Editorial Temis S.A., 2001), pp. 63, 222.

estaba embarazada, Paulina decidió abortar. Las leyes en Baja California permiten el aborto en casos de violación, pero funcionarios públicos lograron, con base de engaños, que Paulina desistiera de su intención.

La desafortunada experiencia de Paulina es un ejemplo de muchos casos donde las mujeres de la región no han podido ejercer derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la salud, a la autodeterminación reproductiva, y el derecho de la víctima a ser protegida y atendida; en el caso de Paulina, teniendo acceso a un aborto en condiciones seguras cuando las normas así lo permiten. En la mayoría de los países de América Latina existen excepciones que posibilitan la interrupción del embarazo, sin embargo, las leyes presentan grandes vacíos por la falta de procedimientos que posibiliten su aplicación y que obliguen a funcionarios públicos a respetar ese derecho.

II. Casos emblemáticos en la región:

El caso Paulina en México:

El caso Paulina es un caso emblemático que refleja la realidad que viven las mujeres no sólo en México sino en el resto de la región. En la mayoría de los casos las mujeres son invisibilizadas por sus sistemas judiciales y frecuentemente se ven confrontadas a una serie de obstáculos que les impiden acceder a la justicia y a ser tratadas de manera digna e imparcial.

Es por esto que las organizaciones gubernamentales de México y el Centro de Derechos Reproductivos encontramos en el litigio internacional la herramienta para instar al Estado mexicano a brindar una reparación integral a Paulina por los daños sufridos, y el medio para entablar un diálogo con el Estado mexicano a fin de desarrollar legislación y políticas que dieran respuesta a los vacíos legales sobre el procedimiento que se debe seguir cuando las víctimas de violación sexual deseen ejercer su derecho a interrumpir un embarazo.

El 8 de marzo de 2006 se llegó a un acuerdo de solución amistosa con el gobierno mexicano ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, lo que representó un reconocimiento a la violación de los derechos humanos vulnerados a Paulina. El Sistema Interamericano no sólo ofreció a Paulina acceso a una reparación integral sino también logró que el gobierno mexicano se comprometiera a realizar cambios administrativos y legislativos para garantizar la no repetición y la protección de los derechos reproductivos de la mujer en México. Este cambio de legislación interna es un reconocimiento a los derechos reproductivos como derechos humanos. Hasta el momento el reconocimiento del aborto legal como derecho de la mujer era mínimo pese a que México había ratificado su compromiso al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD),¹¹ el cual reconoce que los derechos reproductivos son derechos humanos y establece que “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas”.¹²

El Acuerdo de solución amistosa representa un compromiso del gobierno mexicano a combatir los vacíos de la legislación interna, los cuales habían llevado hasta el momento a la aplicación de políticas adversas y violatorias de los derechos humanos.

¹¹ Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial de Población y Desarrollo de la CEPAL. Santiago de Chile, Marzo 10 y 11, 2004. Véase: www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/9/14399/DSC-1-esp.pdf

¹² Véase, Párrafo 8.25 del *Programa de Acción adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Organización de las Naciones Unidas, s/1, 1998, pp. 84.

De la misma manera, este acuerdo emite un fuerte y claro mensaje y debe servir como ejemplo para los países de la región y las organizaciones no gubernamentales. Por un lado, los Estados deben tener en cuenta este precedente y deben hacer los cambios necesarios en sus legislaciones y políticas internas para adecuarlas a las normas y estándares internacionales. Por el otro, las organizaciones no gubernamentales que representan a diferentes víctimas de la región, deben impulsar el cabildeo que promueva el cambio de dichas legislaciones internas, utilizando este caso como precedente.

El caso KL en Perú:

En octubre de 2005, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (en adelante el Comité) emitió un fallo histórico en lo que respecta a la legislación internacional sobre derechos humanos, el que marcó una victoria importante para los defensores de los derechos reproductivos. Al evaluar una denuncia individual con arreglo al Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Comité juzgó que el gobierno de Perú había entrado en incumplimiento de sus obligaciones con el Pacto, al negar acceso a un aborto terapéutico permitido por su propia legislación interna. Ordenó al Estado proveer a la demandante un recurso efectivo, incluida una indemnización, y tomar medidas para evitar que en el futuro ocurrieran violaciones similares.

K.L., era una muchacha de 17 años que se encontraba embarazada de un feto anencefálico. La anencefalia es una anomalía fetal que se caracteriza por la ausencia de gran parte del cerebro. Estos fetos nacen muertos o mueren poco después de nacer. Si bien los médicos diagnosticaron que el embarazo de K.L. implicaba riesgos para su vida y salud, y recomendaron que la gestación fuera interrumpida, las autoridades del hospital estatal rechazaron en última instancia la solicitud de K.L. de someterse a un aborto. Si bien en Perú el aborto es considerado un delito en la mayoría de las circunstancias, éste está permitido cuando se trata de salvar la vida de la mujer o proteger su salud, aunque no existen disposiciones legislativas o políticas que permitan implementar la ley o interpretarla más a fondo. K.L. fue obligada a llevar su embarazo a término, dando a luz a una niña anencefálica, a la que tuvo que amamantar durante los cuatro días que ésta sobrevivió. Posteriormente a la muerte de su hija, se diagnosticó que K.L. había sufrido una profunda depresión que requirió de tratamiento psiquiátrico.

El Comité determinó que el Estado fue responsable de negar a K.L. acceso al aborto que necesitaba para evitar graves daños a su salud mental—daño que se materializó en obligarla a continuar un embarazo que comprendía anencefalia fetal. Se deduce que las obligaciones de un Estado de respetar y asegurar el derecho estipulado en el artículo 7 (derecho a la libertad de tortura y de tratos crueles, inhumanos o degradantes) requieren que éste garantice el acceso de una mujer al aborto en casos en que el embarazo amenace su salud física o mental, incluyendo el caso de una deficiencia grave del feto. Tal acceso cuando se trata de menores de edad es particularmente importante. Para Perú, el no haber cumplido con las observaciones del Comité implica interpretar ampliamente la excepción de salud general en su ley sobre aborto para proteger la salud física y mental de la mujer; las implicancias son similares en el caso de otros Estados Parte del Pacto con excepciones equivalentes.

Si bien se le negó el acceso a K.L. a un aborto legal, el que el Comité haya determinado que hubo una violación al artículo 7 no dependió de la legitimidad del procedimiento. El lenguaje con que se expresa en este punto de la decisión es neutro; el Estado es responsable de “no permitir [a K.L.] beneficiarse de *un* aborto terapéutico (énfasis agregado)”, no necesariamente de uno *legal*. Así, en el contexto del artículo 7, la falta de acceso tanto legal como práctica a un aborto terapéutico podría constituir violación.

En el contexto del artículo 17 (derecho a la privacidad), un estado que permite el aborto en circunstancias prescritas debe asegurar que la garantía expresada en el texto de sus leyes nacionales sea un derecho efectivo en la práctica. En este caso, el Estado no sólo debería haberse abstenido de interferir en la decisión de K.L. de realizarse un aborto legal, sino que también debió haber tomado medidas positivas para permitir el ejercicio de su derecho y asegurar su acceso a los servicios.

El reconocimiento del Comité de la “especial vulnerabilidad... en su condición de *niña* menor de edad (énfasis agregado)” de K.L. demuestra su preocupación por el hecho de que el sexo y el género son factores que pueden acrecentar la vulnerabilidad de un menor de edad, particularmente en el área de salud reproductiva. Al desarrollar medidas especiales para asegurar el acceso de los menores de edad a servicios de salud reproductiva, los Estados debieran tomar en cuenta las diferencias de sexo y género y adaptar su proceder conforme a estos factores.

El hecho de que un recurso legal sea considerado eficaz depende de las circunstancias del caso. En el contexto del aborto, lo oportuno de la respuesta constituye un factor clave al momento de evaluar su eficacia. En este caso, la observación hecha por el Comité en cuanto a que hubo una violación del artículo 2 (obligación de los Estados a respetar y asegurar los derechos) se basó en gran medida en la falta de un recurso judicial en Perú que hubiera permitido a K.L. obtener un aborto dentro del limitado período de tiempo impuesto por las circunstancias de su caso.

La observación por parte del Comité de que el Estado había sido responsable también se basó en la ausencia de procedimientos administrativos que podrían haber permitido a K.L. obtener un aborto. Con ello, la incapacidad de un Estado de establecer dichos procedimientos (por ejemplo, procedimientos para apelar o revisar la negativa de un médico a realizar un aborto legal) puede considerarse una violación a sus obligaciones positivas establecidas en el artículo 2.

La despenalización del aborto en Colombia:

En un fallo histórico, la Corte Constitucional Colombiana (en adelante Corte Constitucional) falló el pasado 10 de mayo a favor de la demanda que pedía la despenalización del aborto. La Corte Constitucional estableció que la interrupción voluntaria del embarazo no será delito cuando la vida de la madre corra peligro, cuando se presenten malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina y cuando el embarazo sea producto de una violación.

El primer gran logro de esta sentencia fue el haber conseguido cambiar el debate sobre el aborto en Colombia y visibilizar así una realidad en términos de salud pública, derechos humanos y justicia social. Ahora el gran reto del Estado es instaurar una campaña pedagógica para garantizar el acatamiento de la sentencia y evitar que las falsas creencias o los conceptos errados desvirtúen las órdenes emitidas por la Corte Constitucional; para lo que es necesario que todas las instituciones que se verán involucradas en este proceso de transición tomen medidas que aseguren su pleno cumplimiento y sobre todo que garanticen la prestación de servicios adecuados a las mujeres que los solicitan.

En segundo lugar es importante destacar el precedente que esta sentencia representa en la región y el triunfo que esta significa para los derechos reproductivos de la mujer.

Colombia, junto con Chile y El Salvador, hacía parte de los únicos tres países de América Latina con leyes anacrónicas y restrictivas que penalizan el aborto en todas sus circunstancias.¹³ Hoy, Colombia puede decir que ha dado un paso hacia adelante y que reconoce la eminente necesidad de

¹³ Solo el 4% de la población mundial vive en países donde el aborto esta totalmente prohibido. Véase, Centro de Derechos reproductivos, *Reflexiones sobre el aborto*, Briefing paper, New York, NY 2003. Disponible en: www.reproductiverights.org

garantizar y proteger los derechos reproductivos de la mujer colombiana. Desafortunadamente Chile y El Salvador aún no pueden decir lo mismo.

Con la despenalización del aborto cuando la vida de la madre corra peligro, cuando se presenten malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina y cuando el embarazo sea producto de una violación, Colombia emite un claro mensaje a los demás países de la región afirmando que “los derechos sexuales y reproductivos de la mujer han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos.”¹⁴ De igual manera, esta sentencia reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos esenciales de la mujer que desde hace varias décadas han sido reconocidos por los diferentes tratados y convenios internacionales. En palabras de la Corte Constitucional “[los] diferentes tratados internacionales son la base para el reconocimiento y protección de los derechos reproductivos de las mujeres, los cuales parten de la protección a otros derechos fundamentales como la vida, la salud, la igualdad y no discriminación, la libertad, la integridad personal, el estar libre de violencia, y que se constituyen en el núcleo esencial los derechos reproductivos. Otros derechos resultan también directamente afectados cuando se violan los derechos reproductivos de las mujeres, como el derecho al trabajo y a la educación, que al ser derechos fundamentales pueden servir como parámetro para proteger y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos”.¹⁵

Dada la importancia de esta sentencia brevemente me referiré a algunos de los argumentos del fallo:

1. La vida como un bien constitucionalmente relevante que debe ser protegido por el Estado colombiano, y su diferencia con el derecho a la vida:

La Corte Constitucional manifestó la necesidad de establecer la distinción entre la vida como un bien constitucionalmente protegido y el derecho a la vida como un derecho subjetivo de carácter fundamental afirmando que “el derecho a la vida supone la titularidad para su ejercicio y dicha titularidad, como la de todos los derechos está restringida a la persona humana, mientras que la protección de la vida se predica incluso respecto de quienes no han alcanzado esta condición.”¹⁶

Por tanto, “el recurso a la penalización de conductas solamente debe operar como *ultima ratio*, cuando las demás medidas no resulten efectivamente conducentes para lograr la protección adecuada de un bien jurídico.”¹⁷ (...) “Si bien corresponde al Congreso adoptar las medidas idóneas para cumplir con el deber de protección de la vida, y que sean de su cargo, esto no significa que estén justificadas todas las que dicte con dicha finalidad, porque a pesar de su relevancia constitucional la vida no tiene el carácter de un valor o de un derecho de carácter absoluto y debe ser ponderada con los otros valores, principios y derechos constitucionales”.¹⁸

2. La vida y los tratados internacionales de derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad:

Teniendo en cuenta las diferentes disposiciones del derecho internacional de derechos humanos, entre ellas la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención

¹⁴ Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355 de 2006.

¹⁵ *Id.*

¹⁶ *Id.*

¹⁷ *Ver*, Corte Constitucional, Sentencia C-897 de 2005.

¹⁸ *Supra* nota 15

Americana de Derechos Humanos, la Corte Constitucional afirmó que de estas disposiciones “no se desprende un deber de protección absoluto e incondicional de la vida en gestación; por el contrario, tanto de su interpretación literal como sistemática surge la necesidad de ponderar la vida en gestación con otros derechos, principios y valores reconocidos en la Carta de 1991 y en otros instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, ponderación que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha privilegiado.”¹⁹ “Dicha ponderación exige identificar y sopesar los derechos en conflicto con el deber de protección de la vida, así como apreciar la importancia constitucional del titular de tales derechos, en estos casos, la mujer embarazada”.²⁰

3. Los límites a la potestad de configuración del legislador en materia penal:

3.1 El principio y el derecho fundamental a la dignidad humana como límites a la libertad de configuración del legislador en materia penal:

La Corte Constitucional estableció que “respecto de la mujer, el ámbito de protección de su dignidad humana incluye las decisiones relacionadas con su plan de vida, entre las que se incluye la autonomía reproductiva, al igual que la garantía de su intangibilidad moral, que tendría manifestaciones concretas en la prohibición de asignarle roles de género estigmatizantes, o inflingirle sufrimientos morales deliberados”.²¹ Por lo que “el legislador al adoptar normas de carácter penal, no puede desconocer que la mujer es un ser humano plenamente digno y por tanto debe tratarla como tal, en lugar de considerarla y convertirla en un simple instrumento de reproducción de la especie humana, o de imponerle en ciertos casos, contra su voluntad, servir de herramienta efectivamente útil para procrear”.²²

3.2 El derecho al libre desarrollo de la personalidad como límite a la libertad de configuración del Legislador en materia penal:

Según lo manifestado por la reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana el “derecho a ser madre” o la “maternidad” corresponden exclusivamente al fuero interno de cada mujer y “en consecuencia, no es constitucionalmente permitido que el Estado, la familia, el patrono o instituciones de educación, establezcan normas que desestimulen o coarten la libre decisión de una mujer de ser madre,²³ así como tampoco lo es cualquier norma, general o particular, que impida el cabal ejercicio de la maternidad. En ese orden de ideas, el trato discriminatorio o desfavorable a la mujer, por encontrarse en alguna especial circunstancia al momento de tomar la decisión de ser madre (ya sea a temprana edad, dentro del matrimonio o fuera del mismo, en una relación de pareja o sin ella, o mientras se desarrolla un contrato de trabajo etc.) resulta, a la luz del derecho al libre desarrollo de la personalidad, abiertamente inconstitucional”.²⁴

En esa medida, “el legislador, sin importar la relevancia de los bienes constitucionales que pretenda proteger, no puede establecer medidas perfeccionistas que supongan una restricción desproporcionada del derecho al libre desarrollo de la personalidad”.²⁵

¹⁹ *Id.*

²⁰ *Id.*

²¹ *Id.*

²² *Id.*

²³ Así en la Sentencia T-656/98 *v. gr.*, la Corte consideró abiertamente inconstitucional, y vulnerador del núcleo esencial del libre desarrollo de la personalidad, que el reglamento educativo de una institución de educación estableciera sanciones, aún leves, frente al ejercicio de la libertad de una mujer por la maternidad, aun cuando el hecho del embarazo fuese contrario a la filosofía de la institución educativa. En el mismo sentido las sentencias T- 1531/00, T-683/03, T-1011/01, T-688/05 y T-918/05.

²⁴ *Supra* nota 15

²⁵ *Id.*

3.3 La salud, así como la vida y la integridad de las personas, como límite a la libertad de configuración del Legislador en materia penal:

Para la Corte Constitucional el derecho a la salud comprende no sólo la salud física sino también la mental, “de modo que la presencia de ciertas anomalías en la salud, aun cuando no tenga el carácter de enfermedad, afectan esos niveles y puede poner en peligro la dignidad personal”.²⁶²⁷ Por tanto, “las distintas facetas de la salud como bien constitucionalmente protegido y como derecho fundamental implica distintos deberes estatales para su protección. Por una parte, la protección a la salud obliga al Estado a adoptar las medidas necesarias inclusive medidas legislativas de carácter penal. Por otra parte, la salud como bien de relevancia constitucional y como derecho fundamental constituye un límite a la libertad de configuración del legislador pues excluye la adopción de medidas que menoscaben la salud de las personas aun cuando sea en procura de preservar el interés general, los intereses de terceros u otros bienes de relevancia constitucional. Asimismo, *el derecho a la salud tiene una estrecha relación con la autonomía personal y el libre desarrollo personal que reserva al individuo una serie de decisiones relacionadas con su salud libre de interferencias estatales y de terceros*” (énfasis agregado).²⁸

III. El aborto:

Como se ha mencionado anteriormente el aborto es una de las causas principales de mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Pese a esta realidad, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe penalizan el aborto en algunas circunstancias mientras que Chile y El Salvador lo penalizan en todas las circunstancias. Aunque los programas de salud reproductiva y planificación familiar tienen como objetivo reducir el aborto clandestino y comprometer a los gobiernos a proveer servicios de salud para las mujeres que sufren complicaciones por abortos, las mismas leyes penalizan a los proveedores de salud que practican un aborto y a las mujeres que se someten a uno, generando una dicotomía entre las políticas y la legislación en este aspecto.

En Bolivia, por ejemplo, el aborto es uno de los principales problemas de salud pública, ya que contribuye a la alta tasa de mortalidad materna y a los altos costos hospitalarios de las instituciones públicas que deben atender a las mujeres que han padecido abortos mal realizados. Guatemala, no es diferente; el aborto inseguro es uno de los principales y más graves problemas de salud que enfrentan las mujeres. Por su parte, el aborto inseguro es la segunda causa de mortalidad materna en Perú y en Jamaica el 20% de las camas ginecológicas están ocupadas por mujeres que obtuvieron abortos en condiciones inadecuadas.²⁹

En Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Jamaica, México, Perú y recientemente Colombia el aborto no es penalizado cuando se realiza para salvar la vida de la madre o terapéutico. En Argentina y Perú, además, se da para evitar daño grave a la salud de la madre, y en Jamaica, para evitar daño grave a la salud física o síquica. En Bolivia, Brasil, México, Jamaica y Colombia el aborto no se castiga cuando el embarazo es producto de una violación sexual, y en Argentina, cuando es producto de una violación o acto contra el pudor de una mujer demente o idiota. En todos los casos, se exige que el aborto sea realizado por un médico y que exista prueba fehaciente de la circunstancia excepcional. Por ejemplo en Bolivia, la autorización para obtener un aborto en caso de violación se solicita al juez ante el cual se haya interpuesto la denuncia.

²⁶ Ver, Corte Constitucional, Sentencia T- 224 de 1997, Magistrado Ponente Carlos Gaviria Díaz, reiterada en T 099 de 1999 y T-722 de 2001.

²⁷ *Supra* nota 15

²⁸ *Id.*

²⁹ Centro por los Derechos Reproductivos y DEMUS Estudio para la Defensa de los derechos de la Mujer, *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe*, versión en español, pp.203.

Dichas regulaciones, conllevan a que la mayoría de las veces el aborto no sea accesible a las mujeres ya sea porque deben enfrentarse a los prejuicios de las autoridades estatales o al exceso de la tramitología en las denuncias. Por lo que con base a esta experiencia en la región la reciente sentencia de la Corte Constitucional Colombiana estableció que “el legislador podrá efectuar regulaciones siempre y cuando no impida que el aborto se pueda realizar, o establezca cargas desproporcionadas sobre los derechos de la mujer, como por ejemplo, exigir en el caso de la violación evidencia forense de penetración sexual o pruebas que avalen que la relación sexual fue involuntaria o abusiva; o también, requerir que la violación se confirme a satisfacción del juez; o pedir que un oficial de policía este convencido de que la mujer fue víctima de una violación; o, exigir que la mujer deba previamente obtener permiso, autorización, o notificación, bien del marido o de los padres”³⁰

A su vez, el Poder Judicial de Brasil está ampliando las circunstancias excepcionales para el aborto no penalizado, al otorgar autorizaciones judiciales para la práctica del aborto en los casos en que existan anomalías fetales graves e irreversibles. En nueve estados mexicanos tampoco se castiga el aborto en tal circunstancia. Sólo en el estado de Yucatán se permite el aborto por razones económicas graves y justificadas y cuando la mujer tiene más de tres hijos.³¹

La situación de Chile:

Uno de los mayores problemas que enfrenta Chile es la vulneración que sufren las mujeres en su derecho a la confidencialidad y a la no auto-incriminación. Las disposiciones del Código Procesal Penal y las contenidas en el Estatuto Administrativo conllevan a los profesionales de la salud a denunciar a las mujeres que recurren a los servicios de salud por complicaciones de un aborto inducido.

Según diferentes estudios, las mujeres que ingresan al circuito penal son mujeres de escasos recursos que han sido denunciadas por los propios prestadores de salud.³² Un caso reciente es la denuncia de una mujer en el Hospital Luis Tisné de Santiago quien ingresó por complicaciones post-aborto. La mujer fue denunciada después de que sus médicos le señalaron que debía confiar en ellos, “que no eran jueces” y que necesitaban la información para cuidar de su salud. Después de que la mujer les facilitara la información, los médicos informaron al policía de guardia.³³

Pese a esta dramática situación que viven muchas mujeres chilenas, ningún gobierno ha asumido hasta el momento el liderazgo para revisar la ley que penaliza toda forma de aborto, incluyendo el aborto por indicación médica. Uno de los casos más dramáticos que salió a la luz pública fue el caso de GR en 2003. GR, una mujer de 27 años y madre de 2 hijos, presentaba un embarazo parcial molar de 21 semanas, el cual se traducía en un alto riesgo de cáncer coriocarcinoma para la madre y el feto reasentaba una severa deformación cromosomita, lo que significaba su inviabilidad. El médico tratante solicitó la autorización de las autoridades del servicio para inducir un aborto pero esta fue rechazada. No obstante, el Colegio Médico sostuvo que la única forma de salvar la vida de GR era practicándole un aborto terapéutico, por lo que se estimó conveniente darle

³⁰ *Supra* nota 15

³¹ Para mayor información véase, *supra* nota 30.

³² Estudio Lidia Casas, Rodrigo Cordero, Olga Espinoza y Ximena Osorio, “Defensa de Mujeres en el Nuevo Sistema Procesal Penal”, Estudios y Capacitación N° 4, Departamento de Estudios, Defensoría Penal Pública, Santiago, 2005, p. 184. Además véase, Lidia Casas, Mujeres Procesadas por Aborto, Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Center for Reproductive Law and Policy, Santiago, 1996 y Foro Abierto de Salud y Center for Reproductive Law and Policy, Encarceladas por Aborto, Nueva York, 1999.

³³ ICIMER y APROFA, Informe Paralelo al IV Informe Periódico del Gobierno de Chile al Comité de la CEDAW, 36 Período de Sesiones, New York, NY, agosto de 2006, pp. 17 y 18

prevalcía al dictamen médico y no al legal. Este caso evidenció el riesgo de vida al que las mujeres están sometidas por la ausencia de legislación sobre el aborto terapéutico y puso de manifiesto la inequidad que se vive entre las mujeres de diferentes recursos económicos, siendo una situación mucho más dramática la de aquellas mujeres que tienen escasos recursos.

La esquizofrénica realidad que viven las mujeres chilenas pone de manifiesto la necesidad urgente de reiterarle al gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet la penuria de legislar sobre el aborto por razones médicas y sobre la no penalización de las mujeres por realizarse abortos. Mientras se siga guardando silencio sobre el tema, los derechos humanos de la mujer chilena seguirán siendo violados y los grupos conservadores seguirán introduciendo proyectos de ley que aumenten las penas para las mujeres que abortan y para las personas que realizan los abortos, como ocurrió en julio de 2002.

IV. La Anticoncepción de Emergencia:

Cuando hablamos de salud sexual y reproductiva nos referimos al derecho que tiene toda persona a llevar una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, sin abuso ni coerción, y con la libertad de decidir si quiere o no tener hijos, cuándo desea hacerlo y bajo qué circunstancias desea hacerlo.³⁴ Por lo tanto, el acceso a los productos y servicios modernos y adecuados, entre los que se encuentra la anticoncepción de emergencia (AE), debe formar parte de todos los planes estatales de salud y desarrollo.

La AE es el único método apto para evitar un embarazo después del coito, y por ende un gran número de abortos, por lo que su acceso y adecuada información sobre su uso es un derecho sexual y reproductivo de todo ser humano, independientemente de la edad, raza, religión o condición económica.

Es necesario que la AE este incluida en las legislaciones nacionales para garantizar su acceso. De igual manera, los y las proveedoras de salud necesitan contar con la información adecuada y actualizada sobre este método para promover su empleo de manera habitual. Aunque algunos servicios de salud en América Latina y el Caribe ya han iniciado la prestación de este servicio, aun falta que la anticoncepción de emergencia se incorpore totalmente en los servicios de salud.

El no regular el acceso a la AE es una violación a los derechos humanos ya que representa una vulneración al derecho de toda mujer a decidir libremente si desea o no tener un hijo. Toda mujer sin excepción, tiene derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo y a beneficiarse de los avances de la medicina. En este sentido, la AE puede prevenir embarazos no deseados en sectores de alto riesgo como el de las adolescentes o grupos marginados de la sociedad. De igual manera, este método puede ser una opción fundamental para aquellas mujeres que han padecido un abuso sexual o que viven en condiciones de violencia en donde son obligadas a mantener relaciones sexuales sin ningún tipo de protección.³⁵

Sin embargo, las agrupaciones conservadoras y religiosas que se oponen a la libertad reproductiva trabajan constantemente para evitar que las mujeres tengan acceso a la anticoncepción de emergencia, incluso cuando existen normas y políticas de salud pública que permiten su uso y distribución.

³⁴ Cook R et al. *Salud Reproductiva y Derechos Humanos: Integración de la Medicina, la Ética y el Derecho*. Oxford University Press, PROFAMILIA Colombia, 2003.

³⁵ Para mayor información véase, International Planned Parenthood Federation (IPPF), *Un derecho de todas: Recomendaciones para aumentar los conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia y el acceso al método*. Septiembre 2006, pp. 18 y ss.

La oposición más fuerte se encuentra en aquellos países en donde las leyes del aborto son bastante restringidas o este es penalizado por la ley, como por ejemplo en Chile, en donde el aborto es ilegal en todas sus circunstancias. En 2004, los grupos conservadores de mayor poder económico, iniciaron una demanda contra el Instituto de Salud Pública por haber inscrito el producto de Postinor-2 y haber autorizado su comercialización en Chile. Consecuentemente, la venta de Postinor-2 quedó prohibida durante un mes hasta que un grupo de varias organizaciones gubernamentales realizaron actividades de cabildeo contra dicha demanda. Finalmente la Corte Suprema de Justicia refrendó su venta y comercialización en un fallo de diciembre de 2005. Cabe recordar, que la Iglesia Católica también brinda su apoyo a aquellos grupos conservadores que desean la prohibición de la AE, especialmente entre los y las adolescentes. Recuérdese que en 2005 cuando la opinión pública debatía la situación del Viceministro de Salud, este fue separado del gobierno tras haber anunciado que el sector público entregaría AE a todas las mujeres que lo necesitaran y no sólo a aquellas que habían sido víctimas de una violación. Algo similar ocurrió en Perú en 2004 cuando se adoptó una política de salud pública que permitía la distribución de la AE de manera gratuita en los hospitales públicos, lo que generó un gran revuelco entre los grupos conservadores y católicos.

Ejemplos como estos revelan la necesidad de proteger los derechos sexuales y reproductivos desde un punto legal y no desde el ámbito político, pues por lo general la desinformación sobre los diversos métodos anticonceptivos hacen que el debate se mantenga en el plano político, permitiendo a los grupos de oposición conservadora concentrarse en los principios éticos y morales de los derechos sexuales y reproductivos sin tener que validar sus argumentos desde un punto de vista de salud pública. Es indispensable incorporar normas nacionales que legalicen el acceso y la información adecuada a la AE, pues ya estamos en mora con la sociedad de nuestra región en hacerle saber que las pruebas científicas y médicas garantizan la seguridad del uso de este método anticonceptivo, así como también informales que es un método rentable, que evita los abortos clandestinos, que reduce la tasa de mortalidad materna, que previene los embarazos no deseados y que permite la intervención necesaria en casos de violación sexual. Es hora de que el debate deje de ser subjetivo y religioso.

La situación en Chile:

Pese a que la anticoncepción de emergencia siempre ha sido un tema polémico en Chile, en abril de 2004, el Ministerio de Salud emitió la Norma y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual, que permitió la distribución de AE para todas aquellas mujeres que hayan sido agredidas sexualmente.³⁶ Aunque esto constituye un gran avance hacia el respeto por los derechos sexuales y reproductivos de la mujer chilena aún persisten barreras que limitan o niegan a la mujer chilena un pleno ejercicio sus derechos humanos.

En ese sentido cabe resaltar que la AE sólo puede ser adquirida con fórmula médica, lo que limita su acceso y atenta contra su uso eficaz pues la mayoría de adolescentes o mujeres de escasos recursos no tienen la facilidad para recurrir a un médico, lo que prolonga el plazo para su uso. Recuérdese que para que la AE sea efectiva debe ingerirse dentro de las 72 horas siguientes del coito.

Lo mismo ocurre con la entrega gratuita de la AE en los servicios públicos, aunque en principio esto es un avance, en la realidad su accesibilidad está limitada al ser sólo distribuida a mujeres que hayan sido víctimas de violencia sexual. Lo cual en el caso particular de Chile es bastante grave debido a que el aborto está prohibido y la AE constituye el único medio para evitar embarazos no deseados luego de una relación sexual. Asimismo, la práctica ha demostrado que la AE no es de fácil acceso ni siquiera para las mujeres víctimas de violencia sexual debido a la actitud

³⁶ Ministerio de Salud, *Normas y Guía Clínica para la Atención en los Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual*, Santiago, Chile, abril de 2004.

de los servidores públicos, quienes exigen que la mujer primero realice la denuncia de la agresión para que posteriormente puedan acceder al método. Estos procedimientos no garantizan ni el acceso de la AE ni la efectividad de la misma pues como ya se ha dicho las primeras 72 horas son críticas para la efectividad de este método.

Por su parte, las autoridades del gobierno central no han implementado las medidas necesarias para instar a los alcaldes a distribuir el método en los centros de salud pública, hecho que una vez más no garantiza la disponibilidad de la AE ya que varios alcaldes se rehúsan a distribuirla aduciendo objeción de conciencia,³⁷ lo cual vulnera el derecho a la salud, a decidir el número de hijos que desea tener, y a la autodeterminación.

Por último, el gobierno chileno aun no ha impulsado las campañas necesarias de capacitación y sensibilización sobre el uso de la AE, así como tampoco ha diseñado normas que informen adecuadamente la entrega y prescripción de este método en los puestos de salud.

V. Situación general de los derechos reproductivos y sexuales de las adolescentes en Chile:

Debido a que los derechos reproductivos son fundamentales para la salud y la igualdad de las niñas y las adolescentes, el compromiso de Chile para protegerlos debe ser asumido seriamente. Adicionalmente, los derechos y la salud reproductiva están explícitamente protegidos bajo la Convención de los Derechos del Niño. El artículo 24 reconoce el derecho de las niñas y las adolescentes “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”. También exige a los Estados Parte a tomar las medidas necesarias para desarrollar “la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.

En concordancia con lo establecido por el Comité de los Derechos del Niño, es esencial que las adolescentes tengan acceso a los anticonceptivos y a diferentes métodos de protección para prevenir embarazos no deseados y otras infecciones transmisibles sexualmente (ITS). En sus Observaciones Finales, el Comité ha expresado reiteradamente su preocupación por el limitado acceso de las adolescentes a los servicios de salud reproductiva, instando a los Estados Parte a incrementar el acceso de dichos servicios a las adolescentes.³⁸ Frecuentemente ha manifestado la inminente necesidad de dirigirse al tema del aborto ilegal e inseguro³⁹ y también ha recomendado a los Estados Parte a mejorar sus programas de salud reproductiva para los/las adolescentes con el fin de combatir los embarazos no deseados y la transmisión de ITS y VIH/SIDA entre los/las adolescentes.⁴⁰

³⁷ Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho, *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2005. Hechos 2004*. Santiago, Chile, 2005, pp. 273.

³⁸ *Ver por ejemplo*, Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Central African Republic, U.N. Committee on the Rights of the Child (CRC), 25th Sess., 669th mtg., paras. 60–61, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.138 (2000); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Benin, CRC, 21st Sess., 557th mtg., para. 25, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.106 (1999); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Cambodia, CRC, 24th Sess., 641st mtg., para. 53, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.128 (2000); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Mexico, CRC, 22nd Sess., 586th mtg., para. 27, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.112 (1999); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Kyrgyzstan, CRC, 24th Sess., 641st mtg., paras. 45–46, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.127 (2000); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Lithuania, CRC, 26th Sess., 697th mtg., para. 40, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.146 (2001); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Spain, CRC, 30th Sess., 798–799th mtgs., para. 39, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.185 (2002).

³⁹ *Ver por ejemplo*, Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Chad, CRC, 21st Sess., 557th mtg., para. 30, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107 (1999); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Colombia, CRC, 25th Sess., 669th mtg., para. 48, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.137 (2000); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Guatemala, CRC, 27th Sess., 721st mtg., para. 40, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.154 (2001).

⁴⁰ *Ver por ejemplo*, Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Argentina, 8th Sess., para. 19, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.35 (1995); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Egypt, 26th

Por su parte, el Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha recomendado a los Estados Parte a comprometer sus esfuerzos para prevenir embarazos no deseados a través de la planificación familiar y la educación sexual, al igual que a reducir los índices de mortalidad materna por medio de servicios de maternidad y asistencia prenatal.⁴¹ El Comité de la CEDAW ha insistido en la urgente necesidad de enmendar las legislaciones que criminalizan el aborto, como las medidas punitivas que se les imponen a las mujeres que se someten a un aborto.⁴² Adicionalmente, el Comité de la CEDAW ha recomendado que los Estados Parte fortalezcan sus programas de educación sobre salud reproductiva para adolescentes con el fin de combatir los embarazos no deseados, la propagación de VIH/SIDA y la transmisión de otras ITS.⁴³

Cada año nacen en Chile 40,000 niños aproximadamente de madres adolescentes.⁴⁴ La discriminación que sufren las adolescentes embarazadas, dentro del sistema educativo, atenta contra su derecho a la educación. Dicha discriminación se produce en todos los niveles del sistema educacional y hasta la fecha no se han tomado las medidas necesarias para erradicarla. La Cuarta Encuesta Nacional de Juventud 2003 muestra que las mujeres entre los 15 y 20 años que han tenido hijos sufren serios problemas de integración al sistema escolar.⁴⁵ Un estudio publicado por la Revista Médica de Chile demostró “que el 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón de embarazo, es de sólo 9,9% (INE, 2002), lo que es un muy fuerte indicador del impacto que el embarazo tiene en este grupo de adolescentes”.⁴⁶

Es claro que una de las principales causas de abandono escolar es el embarazo entre adolescentes y es por esto que la institucionalización de programas de educación sexual en el sistema

Sess., para. 44, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.145 (2001); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Georgia, 24th Sess., para. 47, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.124 (2000); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Latvia, 26th Sess., paras. 39-40, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.142 (2001); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Russian Federation, 22nd Sess., para. 48, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.110 (1999).

⁴¹ Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), *General Recommendation No. 24: Women and Health*, 20th Sess., para. 31(c), U.N. Doc. A/54/38 (1999).

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ver*, Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Argentina, CRC, 8th Sess., para. 19, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.35 (1995); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Egypt, CRC, 26th Sess., para. 44, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.145 (2001); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Georgia, CRC, 24th Sess., para. 47, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.124 (2000); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Latvia, CRC, 26th Sess., paras. 39-40, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.142 (2001); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Russian Federation, CRC, 22nd Sess., para. 48, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.110 (1999).

⁴⁴ *Ver*, Centro de Derechos reproductivos, Los Derechos de la Mujer: Un Reporte Sombra, 1999, pag. 12. Revista Médica de Chile, Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar, Rev.med.Chile v.132 n.1 Santiago ene.2004. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000100010&script=sci_arttext&tlng=es Risolidaria, Solidaridad en Internet, *Hijos nacidos vivos de madres adolescentes menores de 20 años en Chile (1990-1999)*. Disponible en: http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Infancia.asp?dir=Cifras_IF&id=1979 Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) y la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA), Informe Paralelo al IV Informe Periódico del Gobierno de Chile al Comité de la CEDAW, 36 Período de Sesiones, Nueva Cork, Agosto de 2006, pag. 6. Sitios visitados el 15 de agosto de 2006.

⁴⁵ Instituto Nacional de la Juventud, Resultados Preliminares Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud 2003, Documento de Trabajo No. 5, Departamento de Estudios y Evaluación, Abril de 2004. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/documentos_trabajo_archivos/dde/alc.pdf Tomado del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) y la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA), Informe Paralelo al IV Informe Periódico del Gobierno de Chile al Comité de la CEDAW, 36 Período de Sesiones, Nueva Cork, Agosto de 2006, pag. 8.

⁴⁶ Revista Médica de Chile, Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar, Rev.med.Chile v.132 n.1 Santiago ene.2004, pag. 10.

educativo es fundamental para evitar embarazos no deseados y la transmisión de ITS y VIH/SIDA entre los/las adolescentes.

La ausencia de contenidos sobre educación sexual y el tratamiento sesgado de la sexualidad sólo incrementa la posibilidad de embarazos no deseados, abortos clandestinos y la transmisión de ITS entre los/las adolescentes. Al no garantizarles una información adecuada ni educativa, se les está negando a los adolescentes el acceso a la información y claramente se les deja expuestos a las consecuencias negativas que trae el no poder ejercer con claridad sus derechos sexuales y reproductivos. La oposición de los grupos conservadores y de la Iglesia Católica no puede seguir obstaculizando el acceso efectivo de los adolescentes a la información y servicios de salud que les garanticen su salud sexual y reproductiva. Como tampoco puede negar la realidad que arrojan los resultados de las encuestas sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, la cual muestra una evidente tendencia al descenso.⁴⁷

VI. Retos:

En aras a que los derechos reproductivos y sexuales sean respetados en la región son varios los retos que debemos enfrentar. En primer lugar es necesario comenzar con campañas de sensibilización en las Cortes, los Estados y la sociedad civil sobre la urgencia de respetar y reconocer los derechos reproductivos de la mujer como derechos humanos. Lo cual se ayudaría a promover una cultura de respeto y salva guarda por los derechos reproductivos de la mujer por parte de los Estados y la sociedad, como también contribuiría a crear nuevos estándares de interpretación de derechos humanos cuando estos van a ser aplicados en cortes locales.

Segundo, es necesario que los Estados se comprometan a imponer sanciones a los responsables de las violaciones a los derechos humanos e implementar reformas legislativas y políticas que garanticen el respeto a las normas y estándares internacionales de derechos sexuales y reproductivos.

Y tercero, es necesario mantener el cabildeo por el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en un plano de derechos humanos y no en un plano moral. Es fundamental que los grupos conservadores, la iglesia, los Estados y la sociedad comprendan que este no es un debate moral sino es un debate de salud pública y de derechos humanos, especialmente en aquellos países en donde las leyes son muy restrictivas, como es el caso de Chile en donde el aborto está restringido en su totalidad.

VII. Conclusiones:

Es claro que las mujeres en América Latina y el Caribe viven una realidad espeluznante en donde son invisibilizadas por sus sistemas judiciales y frecuentemente se ven enfrentadas a una serie de obstáculos que les impiden acceder a la justicia, a ser tratadas de manera digna e imparcial y sobre todo a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Negarle a la mujer acceso a métodos de anticoncepción, como el AE; a abortos legales y seguros; y a la educación sexual, constituye una violación a los derechos humanos de la mujer. En ese sentido, Chile no puede seguir formando parte de los dos únicos Estados de toda América Latina y el Caribe en penalizar el aborto en todas las circunstancias. Es el momento de seguir el ejemplo de

⁴⁷ Según los datos publicados en el 2006 por el Ministerio de Salud y generados a través de la Encuesta de Salud a escolares de 7° a 9° grado, realizada en cuatro regiones de Chile, se estableció que entre un 16,8% y un 24,4% de los varones y desde un 7,8% a un 11,6% de las adolescentes de esos niveles escolares, quienes habitualmente son menores de 15 años, han iniciado su actividad sexual.

Colombia y despenalizar el aborto. Tampoco puede seguir contando con leyes que sólo permitan el uso del AE a mujeres que han sido víctimas de violación sexual; regulaciones que como ya se demostró, no aseguran el acceso del AE ni siquiera a aquellas mujeres que han sido víctimas de abuso sexual. Por último, Chile no puede seguir dándole la espalda a sus adolescentes. Es apremiante que el gobierno adquiera políticas de educación sexual entre los y las adolescentes, como también les asegure un acceso efectivo a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva.