



Asamblea General

Distr. general
3 de agosto de 2011
Español
Original: inglés

Sexagésimo sexto período de sesiones

Tema 69 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe provisional preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de conformidad con las resoluciones 15/22 y 6/29 del Consejo de Derechos Humanos.

* A/66/150.



Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Resumen

En el presente informe, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental examina la interacción entre las leyes penales y otras restricciones jurídicas relativas a la salud sexual y reproductiva y el derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte fundamental del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados deben asegurar que este aspecto del derecho a la salud se haga plenamente efectivo.

El Relator Especial examina los efectos de las restricciones jurídicas penales y de otra índole en el aborto; la conducta durante el embarazo; los métodos anticonceptivos y la planificación de la familia; y el acceso a la educación y la información en materia de salud sexual y reproductiva. Algunas de las restricciones jurídicas penales y de otra índole que se aplican en cada uno de esos ámbitos, a menudo discriminatorias, dificultan el acceso a bienes, servicios e información de calidad y, por consiguiente, vulneran el derecho a la salud. También atentan contra la dignidad humana al coartar las libertades dimanantes del derecho a la salud, en particular en lo que respecta a la adopción de decisiones y a la integridad física. Asimismo, la aplicación de esas leyes para obtener determinados resultados en el ámbito de la salud pública resulta a menudo ineficaz y desproporcionada.

El ejercicio del derecho a la salud requiere la eliminación de las barreras que interfieren en la adopción de decisiones relacionadas con la salud y en el acceso a los servicios de salud, la educación y la información, en particular en lo que respecta a las afecciones que solo afectan a las mujeres y a las niñas. En los casos en que una barrera es producto de una ley penal o de restricciones jurídicas de otra índole, los Estados están obligados a eliminarla. La eliminación de esas leyes y restricciones no depende de la disponibilidad de recursos y, por consiguiente, no tiene por qué llevarse a cabo de manera progresiva. Por consiguiente, las barreras erigidas con arreglo a leyes penales y otras leyes y políticas que afectan a la salud sexual y reproductiva deben eliminarse inmediatamente a fin de asegurar el pleno ejercicio del derecho a la salud.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	4
II. Antecedentes.....	4
III. Las normas internacionales de derechos humanos y el derecho a la salud sexual y reproductiva.....	5
IV. El derecho penal y otras restricciones jurídicas que afectan al derecho a la salud sexual y reproductiva.....	6
Efectos de las leyes penales y otras restricciones jurídicas en la salud sexual y reproductiva.....	9
V. Recomendaciones.....	22

I. Introducción

1. Desde su informe anterior a la Asamblea General (A/65/255), el Relator Especial ha llevado a cabo misiones a la República Árabe Siria en noviembre de 2010 (A/HRC/17/25/Add.3) y Ghana en mayo de 2011. El Relator Especial presentó los siguientes informes al Consejo de Derechos Humanos en su 17º período de sesiones, celebrado en junio de 2011: informe sobre el derecho a la salud y el desarrollo (A/HRC/17/25) e informe sobre la consulta de expertos sobre el acceso a los medicamentos como elemento fundamental del derecho a la salud (A/HRC/17/43). Asimismo, en abril de 2011 convocó una consulta de expertos y una consulta pública sobre el derecho a la salud de las personas de edad, que sirvió de base para el informe presentado al Consejo en su 18º período de sesiones, que se celebrará en septiembre de 2011.

2. El Relator Especial ha participado en varias reuniones y conferencias sobre el derecho a la salud, entre las que figuran la reunión sobre los derechos humanos y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, organizada por el Open Society Institute y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en Nueva York en marzo de 2011, y la conferencia sobre el respeto del derecho a la salud organizada por la Universidad de Europa Central en Budapest en junio de 2011. El Relator Especial, en calidad de orador principal, presentó ponencias ante la Asamblea de Irlanda del Norte en septiembre de 2010 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en el seminario del Centro Internacional de Política sobre las Drogas sobre la proporcionalidad de las penas impuestas por delitos relacionados con las drogas, celebrado en Londres en mayo de 2011.

3. El Relator Especial también celebró consultas regionales con la sociedad civil relativas a África Oriental (celebradas en Nairobi), Europa Oriental (Budapest) y la Federación de Rusia y Asia Central (Moscú). Dichas consultas le permitieron recabar información sobre la realización del derecho a la salud en esas regiones y difundir información sobre su mandato.

II. Antecedentes

4. En el presente informe se examina la tipificación como delito de determinados servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente los relacionados con las mujeres, y sus consecuencias para el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (en adelante el “derecho a la salud”). Se estudia asimismo el efecto de otras políticas y restricciones jurídicas que afectan a la conducta y la adopción de decisiones en el contexto de la salud sexual y reproductiva. En el informe se examina la aplicación de leyes penales y restricciones jurídicas de otra índole para regular el aborto, la conducta durante el embarazo, la educación sexual y reproductiva y los métodos anticonceptivos y de planificación de la familia. También se analiza el posible impacto negativo del derecho penal y de otro tipo de restricciones jurídicas en la atención de la salud, incluido el acceso a bienes, servicios e información, en las libertades y la dignidad de las personas afectadas, especialmente las mujeres, y en la eficacia de las políticas de salud pública.

5. El Relator Especial decidió tratar estas cuestiones debido a que los Estados regulan la conducta y la adopción de decisiones en el ámbito del derecho a la salud sexual y reproductiva mediante leyes penales y restricciones jurídicas de otra índole que podrían vulnerar el derecho a la salud.

III. Las normas internacionales de derechos humanos y el derecho a la salud sexual y reproductiva

6. El derecho a la salud sexual y reproductiva es un componente esencial del derecho a la salud. El artículo 12.2 a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales pone de relieve algunos aspectos del derecho a la salud sexual y reproductiva. En la Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se afirma además que el derecho a la salud incluye la adopción de medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (E/C.12/2000/4, párr. 14). Asimismo, observa que el ejercicio del derecho de la mujer a la salud conlleva el deber de suprimir todas las barreras que impiden el acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva (*ibid.*, párr. 21). Las recomendaciones del Comité siempre han apoyado este enfoque¹.

7. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer² insta a los Estados a adoptar medidas para que las mujeres disfruten de igualdad en todos los ámbitos, incluidos la educación, el empleo y el acceso a la atención de la salud. Concretamente, la Convención aboga por una comprensión adecuada de la maternidad como función social, el acceso a información sobre planificación de la familia y la eliminación de la discriminación contra la mujer en el matrimonio y las relaciones familiares. Asimismo, el artículo 16.1 e) estipula que las mujeres deben disfrutar de 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.

8. La Convención sobre los Derechos del Niño vela por la protección del derecho a la salud de los jóvenes menores de 18 años. El artículo 24 de la Convención afirma el derecho a la salud según se define en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, lo cual resulta especialmente oportuno habida cuenta de la importancia de la salud sexual y reproductiva en las vidas de las mujeres y hombres jóvenes³. La Convención insta a los Estados a asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, desarrollar la educación y los

¹ Véanse E/C.12/1/Add.98, párr. 43; E/C.12/1/Add.105 y Corr.1, párrs. 53 y 54; E/C.12/BRA/CO/2, párr. 29; y E/C.12/COL/CO/5, párr. 5.

² Véanse en particular los artículos 5, 10 h), 11, 12.1 y 16.

³ Véase Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Eight Lives: Stories of Reproductive Health* (Nueva York, 2010).

servicios en materia de planificación de la familia y abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños⁴.

9. El derecho a la salud reproductiva también ocupa un lugar destacado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Plataforma de Acción de Beijing de 1995 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que afirman el derecho de la mujer a controlar todos los aspectos de su salud, a respetar su autonomía e integridad físicas y a decidir de forma libre todo lo relativo a su sexualidad y reproducción, sin sufrir discriminación, coerción o violencia. La Plataforma de Acción de Beijing afirma que los Estados deberían considerar la posibilidad de eliminar las medidas punitivas relativas a la salud sexual y reproductiva. Se pone especialmente de relieve la relación entre la mejora de la salud sexual y reproductiva para las mujeres y la reducción de la pobreza. Lamentablemente, el *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010*⁵ declara que el progreso en ámbitos indicativos como los embarazos adolescentes y el uso de anticonceptivos se ha estancado en algunas partes del mundo y que la ayuda para la planificación de la familia como porcentaje de la ayuda total para la salud disminuyó drásticamente entre 2000 y 2008.

10. La Observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrolla el concepto de salud reproductiva y afirma que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección y a los servicios de atención de la salud pertinentes que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto (E/C.12/2000/4, nota 12). La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente la ausencia de afecciones, disfunciones o enfermedades⁶. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo afirma que la salud sexual incluye el derecho a una vida sexual satisfactoria y segura, así como a la libertad de decidir cuándo reproducirse y con qué frecuencia (A/CONF.171/13, párr. 7.2). Afirma asimismo que la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de gozar de experiencias sexuales agradables y seguras, exentas de coacción, discriminación y violencia.

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

11. Los Estados promulgan leyes penales para regular conductas que se perciben como amenazadoras, peligrosas o dañinas para una o varias personas o para la sociedad. Esas leyes constituyen la manifestación más clara del poder punitivo del Estado y se encuentran entre sus actos más intencionales. El derecho penal castiga a quienes incurren en conductas prohibidas; también tiene por objeto disuadir a otras

⁴ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1577, núm. 27531, artículo 24; véase también CRC/GC/2003/4, párr. 31.

⁵ Publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.10.I.7.

⁶ Paul Hunt y Judith Bueno de Mesquita, *The Rights to Sexual and Reproductive Health* (Colchester, Essex, Universidad de Essex, 2006).

personas de conductas similares, incapacitar y rehabilitar a los delincuentes y ofrecer reparación a las víctimas.

12. El uso flagrante de la coacción física por el Estado u otros actores no estatales, como en los casos de esterilización, aborto, anticoncepción o embarazo forzados, se ha condenado desde hace tiempo como una forma injustificable de coerción sancionada por el Estado y una violación del derecho a la salud⁷. De igual modo, cuando se utiliza el derecho penal como instrumento para regular la conducta de una persona y sus decisiones en el contexto del derecho a la salud sexual y reproductiva, la voluntad del Estado se impone por la fuerza, anulando la del individuo.

13. Los Estados imponen también otras restricciones jurídicas, como disposiciones civiles y administrativas, para restringir o prohibir la disponibilidad de bienes, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva o el acceso a ellas.

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

15. Las leyes penales y las restricciones de la salud sexual y reproductiva de otra índole podrían afectar negativamente al derecho a la salud en múltiples aspectos, incluso atentando contra la dignidad humana. El respeto de la dignidad es fundamental para el ejercicio de todos los derechos humanos. La dignidad exige que las personas sean libres para tomar decisiones personales sin la injerencia del Estado, especialmente en un ámbito tan importante e íntimo como la salud sexual y reproductiva.

16. Las leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole que afectan a la salud sexual y reproductiva podrían considerarse violaciones del derecho a la salud. Si bien el presente informe se ocupa predominantemente del modo en que estas leyes y restricciones jurídicas afectan a las mujeres y las niñas, en modo alguno pretende ignorar los problemas similares que afectan a los hombres y los niños. No obstante, por lo general es más probable que se infrinja el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres⁸, dada la fisiología de la reproducción humana y el contexto social, jurídico y económico en que se encuadran la sexualidad, la fertilidad, el embarazo y la paternidad, muy condicionado por el género. La

⁷ Véanse CRC/C/15/Add.268, párr. 46 e); CEDAW/C/CHN/CO/6, párr. 32; y E/CN.4/2004/49, párr. 25.

⁸ Con la excepción de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, véase A/HRC/14/20.

persistencia de los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad y la familia establece y alimenta normas sociales. Muchas de esas normas se basan en la convicción de que la libertad de la mujer, especialmente en lo que respecta a su identidad sexual, debe reducirse y controlarse (véase E/CN.4/2002/83, párr. 99). Cuando una mujer que reivindica su libertad sexual y reproductiva transgrede esas normas basadas en estereotipos suele sufrir severos castigos⁶, con los consiguientes efectos adversos para su salud; eso constituye una violación de su derecho a la salud. Las leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole que se examinan en el presente informe, como las que fuerzan a las mujeres a llevar a término embarazos no deseados o no planeados, facilitan y justifican el control del Estado sobre sus vidas.

17. La relación de causalidad entre los estereotipos de género, la discriminación y la marginalización de las mujeres y las niñas y su disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva queda reflejada en muchos documentos (véanse E/CN.4/2002/83 y E/CN.4/2004/49). La penalización genera y perpetúa el estigma, limita la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información disponibles en materia de salud sexual y reproductiva, les niega la plena participación en la sociedad y distorsiona las percepciones de los profesionales de la salud, lo que a su vez puede dificultar el acceso de las mujeres a los servicios de atención de la salud. Las leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole pueden impedir el empoderamiento de la mujer, disuadiéndolas de adoptar medidas para proteger su salud a fin de evitar incurrir en responsabilidad penal o por miedo a la estigmatización. Al restringir el acceso a los bienes, servicios e información relacionados con salud sexual y reproductiva, estas leyes también pueden tener un efecto discriminatorio, ya que afectan desproporcionadamente a quienes más necesitan esos recursos, es decir, las mujeres. A consecuencia de ello, las mujeres y las niñas son castigadas tanto si cumplen las leyes en detrimento de su salud física y mental, como si no las cumplen y se exponen a ser encarceladas.

18. Los Estados suelen aludir a dos motivos para aplicar leyes penales o leyes restrictivas de otra índole que afectan al derecho a la salud sexual y reproductiva: la salud y la moralidad públicas. La moralidad pública no puede esgrimirse como pretexto para promulgar o aplicar leyes que puedan dar pie a violaciones de los derechos humanos, incluidas las que tienen por objeto regular la conducta sexual y reproductiva y la adopción de decisiones. Si bien la obtención de determinados resultados en materia de salud pública es un objetivo legítimo del Estado, las medidas adoptadas para lograrlo deben estar fundamentadas en pruebas y ser proporcionadas, a fin de asegurar el respeto de los derechos humanos. Los Estados deberían abstenerse de emplear leyes penales y restricciones jurídicas para regular la salud pública que no están fundamentadas en pruebas ni sean proporcionadas, ya que violan el derecho a la salud de las personas afectadas y además son contrarias a los propios fines que las justifican.

19. La protección de los derechos de la mujer es esencial para mejorar los resultados en materia de salud para ambos sexos. No obstante, muchos de los problemas de salud reproductiva y sexual no se denuncian, probablemente por múltiples razones de índole política, social y cultural, y eso plantea graves dificultades. Debido a su efecto inhibitorio en el intercambio abierto de información y la reunión de datos, la penalización exagera aún más el problema derivado de la falta de información disponible sobre algunos indicadores de salud importantes. En consecuencia, resulta imposible mejorar los resultados insatisfactorios en materia de

salud y se agravan las dificultades que experimenta la comunidad internacional para lograr los objetivos fundamentales de desarrollo. Además, los indicadores de desarrollo no reflejan plenamente los efectos de la penalización, ya que solo se tienen en cuenta determinados datos de salud pública cuantificables y queda excluida la privación de dignidad y autonomía.

20. La imposición de restricciones penales y de otra índole por los Estados para regular la salud sexual y reproductiva puede constituir una grave violación del derecho a la salud de las personas afectadas y carece de eficacia como intervención en el ámbito de la salud pública. La aplicación de esas leyes debe reconsiderarse inmediatamente. Su eliminación no debe ser progresiva ya que no constituye una carga pesada desde el punto de vista de los recursos, ni siquiera *de minimis*.

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

1. Penalización del aborto y otras restricciones jurídicas conexas

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

22. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha condenado enérgicamente las leyes que restringen el aborto, especialmente las que prohíben y penalizan el aborto en todas las circunstancias (véase CEDAW/C/CH/CO/4, párr. 19). También ha confirmado que ese tipo de legislación no impide que las mujeres recurran a abortos ilegales practicados en condiciones peligrosas, y ha calificado las leyes que restringen el aborto de violación de los derechos a la vida, la salud y la información⁹. Al Comité de los Derechos del Niño le preocupan también los efectos de las leyes que restringen severamente el aborto en el derecho a la salud de las niñas adolescentes¹⁰. El Comité contra la Tortura también ha afirmado que las leyes que penalizan el aborto deberían volver a evaluarse, ya que dan lugar a violaciones del derecho de la mujer a no verse sometida a tratos inhumanos y degradantes¹¹. El Comité de Derechos Humanos llegó a la conclusión de que la igualdad entre hombres y mujeres exigía la igualdad de trato en el ámbito de la salud y la eliminación de la discriminación en el suministro de bienes y servicios, e hizo hincapié en la necesidad de examinar la legislación relativa al aborto para evitar que se violasen los derechos de la mujer (véase CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, párrs. 20, 28 y 31). El anterior Relator Especial

⁹ Véanse A/53/38/Rev.1, párr. 337, y A/54/38/Rev.1, primera parte, párrs. 56, 228 y 393.

¹⁰ CRC/C/15/Add.107, párr. 30; CRC/C/CHL/CO/3, párr. 55; y CRC/C/URY/CO/2, párr. 51.

¹¹ CAT/C/PER/CO/4, párr. 23; CAT/C/NIC/CO/1, párr. 16; y CAT/C/CR/32/5, párr. 7.

sobre el derecho a la salud pidió que se eliminaran las disposiciones que castigaban a las mujeres que abortaban (E/CN.4/2004/49, párr. 30).

23. En los Estados en que está penalizado el aborto puede haber supuestos en que este no constituya delito. No obstante, en los casos más extremos el aborto está penalizado sin excepción (situación que solo existe en unos pocos países), o solo se autoriza cuando la vida de la mujer corre peligro. Aproximadamente el 25% de la población mundial vive en regímenes jurídicos que prohíben el aborto excepto en los casos de violación o incesto, y cuando es necesario para salvar la vida de la mujer. Algunos regímenes menos restrictivos permiten el aborto por motivos de salud física y mental y por motivos socioeconómicos, como la pobreza y el número de hijos. Por último, el aborto está totalmente despenalizado en 56 Estados, si bien siguen fijándose límites en función de las semanas de gestación¹².

24. Existen restricciones jurídicas de otra índole que también dificultan el acceso al aborto legal. Las leyes de objeción de conciencia levantan barreras que dificultan el acceso, ya que permiten que los profesionales de la salud y el personal auxiliar, como los recepcionistas y farmacéuticos, se nieguen a prestar servicios de aborto, a proporcionar información sobre procedimientos y a derivar a las interesadas a centros y proveedores de servicios alternativos¹³. Cabe citar además las siguientes restricciones: leyes que prohíben la financiación pública del aborto; asesoramiento y plazos de espera obligatorios para las mujeres que desean interrumpir un embarazo; obligación de obtener la aprobación de más de un profesional de la salud; obligación de obtener el consentimiento paterno o conyugal; y leyes que exigen a los profesionales de la salud denunciar los casos “sospechosos” de tratarse de abortos ilegales cuando una mujer acude a recibir atención después de un aborto, incluido un aborto espontáneo. Estas leyes dificultan el acceso de las mujeres pobres, desplazadas y jóvenes a abortos sin riesgo y a la atención posterior al aborto. Estos regímenes restrictivos, que no tienen equivalente en otros ámbitos de la atención de la salud sexual y reproductiva, contribuyen a reforzar el estigma del aborto como práctica objetable.

25. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha confirmado que los motivos jurídicos determinan en gran medida la trayectoria de una mujer con un embarazo no deseado hacia un aborto en condiciones seguras o peligrosas¹⁴. Dado que las restricciones jurídicas influyen considerablemente en las condiciones en que se practica un aborto¹⁵, es probable que en los regímenes más restrictivos se produzcan más abortos en condiciones peligrosas. El porcentaje de abortos que se practican en condiciones peligrosas y la proporción entre abortos en condiciones peligrosas y abortos sin riesgo están directamente relacionados con el grado de restricción o punición de las leyes que rigen el aborto¹⁶. Se calcula que casi un 13% de las muertes derivadas de la maternidad registradas en todo el mundo obedece a abortos

¹² R. Boland, “Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations”, *Reproductive Health Matters*, vol. 18, núm. 36 (2010), págs. 67 a 89.

¹³ Louise Finer y Judith Bueno de Mesquita, *Conscientious Objection: Protecting Sexual and Reproductive Health Rights* (Colchester, Essex, Universidad de Essex, 2010).

¹⁴ OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6ª ed. (Ginebra, 2011), pág. 2.

¹⁵ Axel I. Mundigo, “Determinants of unsafe induced abortion in developing countries”, en Ina K. Warriner e Iqbal H. Shah, editores, *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action* (Nueva York, Guttmacher Institute, 2006), págs. 51 a 54.

¹⁶ OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Ginebra, 2003), pág. 86.

practicados en condiciones peligrosas¹⁴. Otros 5 millones de mujeres y niñas sufren lesiones a corto y largo plazo debidas a abortos practicados en condiciones peligrosas¹⁷, entre las que figuran hemorragias, septicemias, traumatismos de vagina, útero y órganos abdominales, desgarros en el cuello del útero, peritonitis, infecciones del sistema reproductor, enfermedad inflamatoria de la pelvis y dolor pélvico crónico, conmoción e infertilidad.

26. Entre las circunstancias que llevan a que se practiquen abortos en condiciones peligrosas figuran las siguientes: acceso limitado a información, en particular en relación con cuándo y cómo pueden practicarse los abortos legales; abortos practicados por una persona no cualificada en condiciones insalubres o por un profesional de la salud sin los medios adecuados; aborto provocado por la propia mujer o por un curandero mediante la inserción de un objeto en el útero, la ingesta de una sustancia peligrosa o un masaje violento; e ingestión de medicamentos recetados incorrectamente sin el debido seguimiento y sin información adicional¹⁸. La penalización del aborto crea y perpetúa estas condiciones inseguras. En los regímenes más liberales, las mujeres pueden recibir legalmente los servicios y el tratamiento de profesionales de la salud en circunstancias seguras y adecuadas desde el punto de vista médico, incluido el uso de píldoras abortivas, que provocan abortos autoinducidos en condiciones seguras y en una fase temprana del embarazo.

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

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

29. Los Estados deben adoptar medidas para asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de aborto legales, seguros y de calidad. No obstante, la despenalización del aborto no implica la disponibilidad inmediata de la posibilidad

¹⁷ Lori Ashford, "Hidden suffering: disabilities from pregnancy and childbirth in less developed countries" (Washington, D.C., Population Reference Bureau, 2002). Puede consultarse en: <http://www.prb.org/pdf/HiddenSufferingEng.pdf>.

¹⁸ Michael Vlassoff y otros, "Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, núm. 3 (2009), págs. 114 a 121.

de abortar en condiciones seguras, a menos que los Estados creen las condiciones necesarias para ello, entre las que figuran el establecimiento de clínicas accesibles y asequibles; la prestación de servicios de capacitación adicional para médicos y personal sanitario; el establecimiento de requisitos de certificación; y la disponibilidad del equipo y los medicamentos más seguros y modernos.

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

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

32. La mala calidad de los bienes y servicios de salud es uno de los problemas más graves derivados de los regímenes jurídicos que penalizan el aborto. En esas circunstancias, la falta de normas estatales y profesionales que regulen la práctica médica conlleva la realización de abortos por personal no cualificado en condiciones insalubres para eludir la acción de la justicia¹⁹. Por el contrario, cuando es realizado por profesionales de la salud cualificados en condiciones adecuadas, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros²⁰. La penalización también impide a los profesionales tener acceso a información fidedigna y, cuando la legislación contempla excepciones, el efecto inhibitorio generado por el estigma que acarrea el aborto puede disuadir al personal sanitario de solicitar información y capacitación al respecto. Por consiguiente, el personal sanitario que opta por practicar abortos en esas circunstancias puede estar insuficientemente informado y capacitado en relación con los procedimientos adecuados y la atención posterior al aborto, lo cual resta calidad a los abortos legales y reduce su disponibilidad.

¹⁹ OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates*, pág. 7 (véase la nota 14).

²⁰ OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance*, pág. 14 (véase la nota 16).

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

34. La marginalización y la vulnerabilidad de las mujeres a consecuencia del estigma y la discriminación relacionados con el aborto perpetúan e intensifican las violaciones del derecho a la salud. El estigma que acarrea el aborto impide a las mujeres recurrir al aborto, e impide a quienes abortan solicitar tratamiento cuando se presentan complicaciones médicas. La escasez de datos sobre el aborto (solo se tiene constancia de entre un 35% y un 60% de los abortos practicados) es uno de los indicadores de la magnitud del estigma asociado al aborto. Si bien son muchos los factores sociales y culturales que generan y agravan los estigmas, su penalización perpetúa la discriminación y genera nuevas formas de estigmatización. Por ejemplo, la infertilidad de una mujer puede achacarse erróneamente a un aborto anterior. La “culpa” se atribuye así a la mujer, en lugar de reconocerse que la infertilidad puede obedecer a varias afecciones inconexas.

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

36. La penalización del aborto también afecta gravemente a la salud mental. La necesidad de recurrir a servicios de salud ilegales y la intensa estigmatización del procedimiento del aborto y de las mujeres que se someten a él pueden tener efectos perniciosos para la salud mental de la mujer²¹. La presión acumulada y el estigma asociado al aborto han llegado a empujar a algunas mujeres al suicidio²². En las jurisdicciones en que la violación no puede alegarse como motivo de interrupción de un embarazo, las mujeres y las niñas que han quedado embarazadas a consecuencia de una violación y desean interrumpir su embarazo se ven obligadas a llevarlo a término o a recurrir a un aborto ilegal. Ambas opciones pueden ocasionar una profunda angustia. Al optar por una de ellas, la amenaza general de ser investigadas, juzgadas y sancionadas dentro del sistema de justicia penal tiene considerables efectos negativos para la salud emocional y el bienestar de las mujeres que deciden abortar y de las que no lo hacen. Asimismo, si bien se han estudiado ampliamente los efectos psicológicos de recurrir a un aborto ilegal o de llevar a término un embarazo no deseado, no existen pruebas que demuestren que el aborto voluntario conlleve secuelas a largo plazo para la salud mental²³.

²¹ OMS, *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health* (Ginebra, 2008), pág. 54.

²² *Ibid.*, pág. 52.

²³ Vignetta E. Charles y otros, “Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence”, *Contraception*, vol. 78, núm. 6 (diciembre de 2008), pág. 436.

2. Control y penalización de la conducta durante el embarazo y el parto

37. La salud materna, la atención anterior y posterior al parto y el acceso a la información son componentes del derecho a la salud, como se explica en la Observación general núm. 14. Asimismo, el artículo 10.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que se deberá conceder especial protección a las madres. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer reconoce también que las mujeres deberán disponer de servicios apropiados en relación con el embarazo. En el capítulo VII.A del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se observa que la salud reproductiva comprende el acceso a servicios que permitan a las mujeres un embarazo y un parto seguros²⁴. Pese a estas obligaciones positivas de prestar apoyo a las mujeres durante el embarazo y después del parto, algunos Estados han propuesto o promulgado leyes penales o restricciones jurídicas de otra índole que prohíben determinadas formas de conducta, lo cual vulnera el derecho a la salud de las mujeres afectadas.

38. En algunas jurisdicciones han sido enjuiciadas mujeres embarazadas por varios tipos de conductas durante el embarazo. Algunos casos de consumo de drogas ilícitas por mujeres embarazadas se han enjuiciado con arreglo a leyes preexistentes relativas al abuso de menores, el intento de asesinato, el homicidio y el homicidio por negligencia. También se han aplicado leyes penales para enjuiciar a mujeres por otro tipo de conductas, como consumir alcohol durante el embarazo, dar a luz a bebés muertos o perder el feto por un aborto espontáneo (véase A/HRC/17/26/Add.2, párr. 68), no seguir las instrucciones del médico, no abstenerse de mantener relaciones sexuales durante el embarazo u ocultar el nacimiento de un bebé.

39. En algunos casos, la legislación civil relativa al bienestar del niño se ha ampliado para incluir sanciones contra la exposición a las drogas durante el embarazo, que puede constituir un motivo de pérdida de la patria potestad y la custodia del niño después del parto. Los resultados positivos de una prueba de toxicología practicada a una mujer embarazada o los síntomas de exposición a las drogas en recién nacidos pueden considerarse pruebas de abuso de menores o negligencia con arreglo a esos marcos legislativos. En algunas jurisdicciones, los profesionales de la salud están obligados a realizar pruebas a mujeres embarazadas o recién nacidos para detectar si han estado expuestos a drogas, o están autorizados a hacerlo si la mujer ha sido previamente notificada. En otras se ha promulgado legislación que autoriza el internamiento de las mujeres que hayan consumido drogas durante el embarazo. Los profesionales de la salud también podrían ser obligados a comunicar al gobierno los resultados de una prueba de detección de drogas si estos han sido positivos.

40. Algunos Estados también han tipificado como delito la transmisión perinatal del VIH. Por ejemplo, en una jurisdicción una persona infectada con el VIH (y consciente de ello) debe “tomar todos los recaudos y precauciones razonables para no transmitir el virus a otros, y, en el caso de las embarazadas, al feto, previéndose sanciones penales en caso contrario” (véase A/HRC/14/20, párr. 67). En ese caso, la no disponibilidad de bienes, servicios e información o la falta de acceso a ellos no se consideran circunstancias eximentes ni atenuantes. Los estatutos de las

²⁴ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1249, núm. 20378, artículo 12.

jurisdicciones que penalizan la transmisión del VIH en general también pueden aplicarse a la transmisión perinatal.

41. La penalización de la conducta durante el embarazo dificulta el acceso a los bienes y servicios relacionados con la atención de la salud, lo que vulnera el derecho a la salud de las mujeres embarazadas. El temor a ser enjuiciadas por vía penal puede disuadir a algunas mujeres de solicitar servicios y atención en materia de salud o información sobre el embarazo. Por ejemplo, algunas mujeres podrían no solicitar servicios de atención prenatal si se exponen a ser enjuiciadas por transmisión del VIH, lo que pone en peligro su salud y la salud del feto. Esto redundaría en detrimento de los objetivos de salud pública relativos al VIH, ya que algunas mujeres pueden negarse a someterse a pruebas por miedo a que se les apliquen sanciones penales por transmitir el virus.

42. Si bien los objetivos de salud pública pueden justificar un cierto grado de injerencia en las libertades personales, son muchos los estudios que demuestran que la penalización no contribuye a lograr los objetivos de salud pública, sino que, por el contrario, a menudo puede resultar contraproducente (véase A/HRC/14/20, párr. 51). La aplicación del derecho penal para regular conductas como el consumo de alcohol durante el embarazo es una respuesta desproporcionada y carece de eficacia como elemento de disuasión. Varias asociaciones médicas se oponen al uso del derecho penal como arma contra el consumo de drogas durante el embarazo debido a su ineficacia y desproporcionalidad²⁵. Para lograr los objetivos de salud pública con eficacia y, al mismo tiempo, promover el derecho de la mujer a la salud, los Estados no deben penalizar este tipo de conductas durante el embarazo, sino facilitar el acceso a bienes, servicios e información que promuevan la salud durante el embarazo y el parto.

43. Algunos regímenes penales eximen al Estado de la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud e imponen esa carga a las mujeres, castigándolas por la incapacidad del gobierno de proporcionar bienes, servicios y educación en materia de salud. Por ejemplo, cuando una mujer que vive con el VIH debe adoptar todas las medidas y precauciones razonables para evitar la transmisión del virus al feto pero dispone de acceso limitado o nulo a servicios de atención de la salud y tratamientos antirretrovirales, el Estado incumple su obligación de proporcionarle lo que necesita para evitar ser enjuiciada. El Relator Especial ha señalado que “cuando no se garantiza el derecho a acceder a los debidos servicios de salud ..., las mujeres simplemente no pueden tomar las precauciones necesarias para evitar la transmisión, lo que puede hacerlas pasibles de responsabilidad penal” (véase A/HRC/14/20, párr. 66). Dado que la disponibilidad de bienes y servicios de atención de la salud y el acceso a ellos son responsabilidad del Estado, es inaceptable que el derecho penal pueda castigar a las mujeres por la inoperancia del gobierno a ese respecto.

3. Anticoncepción y planificación de la familia

44. La OMS define la planificación de la familia como un proceso que permite a las personas lograr un número deseado de hijos y determinar la separación entre los embarazos, lo cual se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad²⁶. El uso de métodos de planificación de la familia es

²⁵ National Advocates for Pregnant Women, “What's wrong with making it a crime to be pregnant and to have a drug problem?” (9 de marzo de 2006).

²⁶ OMS, Planificación familiar, nota descriptiva núm. 351 (abril de 2011).

un componente integral del derecho a la salud. La anticoncepción es un método de control de la fertilidad que afecta a la planificación de la familia. Algunos anticonceptivos también pueden prevenir las enfermedades de transmisión sexual, principalmente los consistentes en barreras físicas como los preservativos. Existen otros métodos anticonceptivos, desde la esterilización quirúrgica hasta métodos farmacéuticos como la píldora anticonceptiva, pero no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.

45. La planificación de la familia capacita a la mujer para adoptar decisiones autónomas y bien fundamentadas sobre su salud sexual y reproductiva y reduce la mortalidad materna al retrasar la edad en que las jóvenes se quedan embarazadas; de no ser así, estarían expuestas a un mayor riesgo de fallecimiento o de padecer problemas de salud derivados de la procreación prematura. Se ha demostrado que el acceso voluntario a la planificación de la familia puede reducir la mortalidad materna entre un 25% y un 40%²⁷. La planificación de la familia también reduce el número de abortos en condiciones peligrosas y la transmisión perinatal del VIH. La utilización de preservativos se traduce en una menor incidencia de las enfermedades de transmisión sexual y, cuando se usan de manera correcta y sistemática, el preservativo masculino previene los embarazos con una eficacia del 98%²⁶.

46. La insatisfecha necesidad mundial de planificación de la familia sigue constituyendo un obstáculo importante para el logro de los objetivos de desarrollo y los relacionados con derechos. La OMS calcula que unos 200 millones de parejas de los países en desarrollo desearían no tener más hijos o postergar la procreación, pero no emplean ningún método anticonceptivo²⁶. En 2009, el 24% de las mujeres en edad fértil de los países menos adelantados que estaban casadas o vivían en pareja expresaron su deseo de no tener más hijos o de postergar el nacimiento de su próximo hijo²⁸. Entre los motivos por los que no se ha satisfecho esa necesidad mundial figuran el limitado acceso a los anticonceptivos y la escasa variedad de métodos disponibles, el miedo o los efectos secundarios, la oposición cultural o religiosa, la mala calidad de los servicios disponibles y las barreras basadas en el género.

47. La planificación de la familia permite a las mujeres decidir si desean procrear y cuándo desean hacerlo, lo que la convierte en un componente imprescindible del desarrollo y la plena participación de la mujer en la sociedad. En algunas zonas del África Subsahariana la utilización de métodos anticonceptivos es cuatro veces mayor entre las mujeres que han concluido sus estudios de educación secundaria que entre mujeres que no tienen estudios, y es casi cuatro veces mayor entre las mujeres de hogares más ricos que entre las mujeres de los hogares más pobres²⁹. A juzgar por los resultados de un estudio transnacional, el porcentaje de mujeres que integran la fuerza de trabajo está directamente relacionado con los índices nacionales de natalidad³⁰. También parece existir un estrecho vínculo entre el uso de anticonceptivos por las mujeres y las oportunidades de trabajar fuera del hogar; en

²⁷ Banco Mundial, "Population issues in the 21st century: the role of the World Bank", *Health, Nutrition and Population* (Washington, D.C., abril de 2007).

²⁸ *World Contraceptive Use 2010* (POP/DB/CP/Rev2010); puede consultarse en: <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>.

²⁹ *Objetivos de Desarrollo del Milenio – Informe 2010* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.10.I.7), pág. 37.

³⁰ Banco Mundial, "Population issues", pág. 26 (véase la nota 27).

un país, los ingresos medios de las mujeres que habían tenido entre uno y tres embarazos doblaban los de las mujeres que habían tenido más de siete³⁰.

48. Las leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole que reducen o deniegan el acceso a bienes y servicios relacionados con la planificación de la familia o a determinados métodos anticonceptivos modernos, como los anticonceptivos de emergencia, constituyen una violación del derecho a la salud. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer exhorta a los Estados a garantizar el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia, así como a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia³¹. En su Observación general núm. 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales exhorta a los Estados a adoptar medidas para “mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia (...) y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información” (véase E/C.12/2000/4, párr. 14).

49. En el capítulo II, principio 8, del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se confirma que los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. También se insiste en la importancia de la participación y se señala que los programas de planificación de la familia son más eficaces cuando las mujeres participan plenamente en el diseño, prestación, gestión y evaluación de los servicios. Se añade además que los gobiernos deberían eliminar los obstáculos jurídicos, médicos, clínicos y normativos innecesarios que entorpecen el acceso a la información y a los servicios y métodos de planificación de la familia. En el párrafo 96, la Plataforma de Acción de Beijing declara que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener 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.

50. No obstante, en muchos Estados las leyes penales y otras restricciones jurídicas limitan gravemente el acceso a los bienes y servicios de planificación de la familia. En esas jurisdicciones, las mujeres y los hombres (especialmente los pobres) carecen de acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces y se les niega la libertad de decidir si desean o no procrear.

51. Por ejemplo, algunos Estados tipifican como delito la distribución y el uso de métodos anticonceptivos de emergencia³² y alegan para justificar esas leyes que se trata de métodos abortivos. No obstante, la OMS ha confirmado la validez de la anticoncepción de emergencia³³. Un embarazo no deseado llevado a término a

³¹ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1249, núm. 20378, artículos 10 h), 14 b).

³² Eileen Kelly, “Crisis of conscience: pharmacist refusal to provide health care services on moral grounds”, *Employee Responsibility Rights*, vol. 23, núm. 1 (2011), págs. 37 a 54.

³³ OMS, Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia, nota descriptiva núm. 244, (revisada en octubre de 2005). Puede consultarse en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/index.html>.

consecuencia de esas leyes también puede tener efectos adversos para la salud física y mental³⁴. Del mismo modo, las mujeres que carecen de acceso a métodos anticonceptivos de emergencia debido a la prohibición que pesa sobre ellos podrían a la larga verse obligadas a recurrir a abortos clandestinos, exponiéndose a los riesgos para la salud que estos conllevan.

52. La restricción del acceso a métodos anticonceptivos quirúrgicos también contraviene la obligación del Estado de asegurar la disponibilidad y asequibilidad de servicios de calidad. Por ejemplo, un proceso de esterilización femenina seguro y eficaz como la ligadura de trompas está prohibido por ley en algunos países, excepto en casos muy concretos en que el procedimiento se considera necesario desde el punto de vista terapéutico. En virtud de estas leyes, que se interpretan conjuntamente con las leyes que penalizan la violencia que provoca daños físicos permanentes, los profesionales de la salud que llevan a cabo el procedimiento pueden incurrir en responsabilidad penal y, por consiguiente, se restringe el acceso de las mujeres a este método anticonceptivo. Las mujeres pueden someterse a procedimientos de ligadura de trompas en centros no certificados, lo que en potencia las pone en peligro de sufrir complicaciones y en la práctica niega el acceso a este procedimiento a las mujeres pobres que no se lo pueden permitir.

53. Entre las leyes de índole no penal que restringen el acceso a la planificación de la familia y a los métodos anticonceptivos cabe citar también el caso de una jurisdicción en que se prohibió *de facto* el uso de los llamados métodos anticonceptivos “artificiales” en una ciudad, lo que generó considerables dificultades a las mujeres que deseaban acceder a métodos fiables de control de la natalidad (véase A/HRC/14/20/Add.1). El 70% de la población afectada, en su mayoría mujeres pobres y marginadas, dependían de los proveedores gubernamentales de servicios como la esterilización femenina, las píldoras anticonceptivas, los dispositivos intrauterinos y las inyecciones (*ibid.*). La prohibición privó a muchos hombres y mujeres del acceso a servicios de planificación de la familia y a métodos anticonceptivos. En otros casos, los Estados obligan a las mujeres a obtener el consentimiento de sus esposos y a las adolescentes a obtener el consentimiento de sus padres antes de adquirir determinados medios anticonceptivos. Otras jurisdicciones permiten que los farmacéuticos, y en algunos casos las farmacias, se nieguen a dispensar anticonceptivos de emergencia permitidos por la ley. Estas leyes infringen el derecho de las mujeres y las niñas a tomar decisiones libres y bien fundadas en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva y responden a nociones discriminatorias del papel de la mujer en la familia y en la sociedad.

54. Las mujeres también tienen derecho a participar en todas las decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva en todo el proceso de adopción de decisiones. Se ha demostrado que la participación a nivel comunitario en relación con el uso de anticonceptivos refuerza la autonomía de la mujer y su capacidad para decidir libremente si desea utilizar preservativos, proporcionándole un método de control de la fertilidad y protegiendo su salud al evitar las enfermedades de transmisión sexual³⁵.

³⁴ OMS, *Mental Health*, pág. 55 (véase nota 21).

³⁵ Por ejemplo, en Calcuta (India), el porcentaje de utilización de preservativos entre los trabajadores del sexo aumentó del 3% al 90% en siete años a consecuencia de una intervención estructural de base comunitaria conocida como “Proyecto Sonagachi”. Véase T. Ghosea y otros,

55. La obligación de respetar el derecho a la salud exige que los Estados se abstengan de limitar el acceso a los anticonceptivos y otros métodos de protección de la salud sexual y reproductiva. Por consiguiente, los Estados deben eliminar las leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole, incluidas las leyes que exigen el consentimiento de los padres o la autorización de terceras partes, a fin de garantizar el acceso a bienes, servicios e información en relación con la planificación de la familia y los métodos anticonceptivos. La obligación de proteger exige que los Estados eviten que terceras partes o prácticas sociales o tradicionales nocivas interfieran en el acceso a la atención prenatal y posterior al parto y a la planificación de la familia (véase E/C.12/2000/4, párr. 35) o coarten el acceso a algunos métodos anticonceptivos o a todos ellos. Por último, la obligación de cumplir exige la adopción y aplicación de una estrategia nacional de salud pública que incluya la prestación de “una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el acceso a la planificación familiar (...) y el acceso a la información” (véase E/CN.4/2004/49, párr. 29).

4. Educación e información sobre salud sexual y reproductiva

56. La disponibilidad de educación e información exhaustivas en materia de salud sexual y reproductiva es un factor esencial para el ejercicio del derecho a la salud y de otros derechos, como el derecho a la educación y al acceso a la información. Así pues, las leyes penales y de otra índole que restringen el acceso a la educación y la información en materia de salud sexual y reproductiva son incompatibles con el ejercicio pleno del derecho a la salud, y los Estados deben eliminarlas (véase E/C.12/2000/4, párr. 11). Estas barreras afectan tanto a las mujeres como a los hombres; sin embargo, las mujeres sufren sus efectos de manera desproporcionada.

57. La Observación general núm. 14 hace especial hincapié en el acceso a la información porque se trata de un componente crítico del derecho a la salud (*ibid.*, nota 8) y, en particular, garantiza el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva. Los Estados tienen la obligación adicional de proporcionar los recursos necesarios y abstenerse de “censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto” (véase E/C.12/2000/4, párr. 14). El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha recomendado que, para que el contenido de la educación sexual y reproductiva sea exhaustivo, esta debe abarcar temas como los derechos reproductivos, el comportamiento sexual responsable, la salud sexual y reproductiva, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, la prevención del embarazo en la adolescencia y la planificación de la familia³⁶, y ha insistido en la urgente necesidad de poner en marcha campañas de educación para combatir algunas prácticas nocivas como la mutilación genital femenina³⁷. La disponibilidad de información y educación exhaustivas en materia de salud sexual y reproductiva también contribuye a reducir las diferencias de conocimientos entre hombres y mujeres sobre estas cuestiones³⁸.

“Mobilizing collective identity to reduce HIV risk among sex workers in Sonagachi, India: the boundaries, consciousness, negotiation framework”, *Social Science Medicine*, vol. 67, núm. 2 (2008), págs. 311 a 320.

³⁶ Véanse A/56/38, párr. 224; A/56/38, párr. 303; A/53/38, párr. 349; y CEDAW/C/PHI/CO/6, párr. 28.

³⁷ Véanse E/C.12/1/Add.78, párr. 31; y E/C.12/1/Add.62, párr. 39.

³⁸ ONUSIDA, *Global Report on the AIDS Epidemic 2008* (Ginebra, 2008).

58. Las Directrices Internacionales de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) sobre educación sexual la definen como un enfoque amplio que resulte apropiado a la edad y tenga en cuenta las diferencias culturales, e incluya programas que proporcionen información precisa desde el punto de vista científico, realista y que no entrañe juicios de valor³⁹. De igual modo, toda educación sexual y reproductiva exhaustiva debe ofrecer la oportunidad de explorar los propios valores y actitudes y reforzar las aptitudes en materia de adopción de decisiones, comunicación y reducción de riesgos en lo que respecta a todos los aspectos de la sexualidad³⁹. El Relator Especial sobre el derecho a la educación ha insistido además en que un plan de estudios exhaustivo debe tener en cuenta la diversidad sexual e incorporar una perspectiva de género (véase A/65/162, párr. 23).

59. Las leyes que restringen la información sobre salud sexual y reproductiva y que censuran las deliberaciones sobre la homosexualidad en el aula agravan el estigma y la discriminación de las minorías vulnerables⁴⁰. Por ejemplo, las leyes y políticas que promueven la educación basada únicamente en la abstinencia reducen la educación sexual a imágenes y estereotipos de heteronormatividad, debido a su insistencia en la procreación. Algunos de estos programas incluso tienen contenidos explícitamente discriminatorios sobre género y orientación sexual⁴¹. Se han dado casos de profesores que han sido suspendidos temporalmente o han sido amenazados con demandas judiciales por debatir en el aula cuestiones sexuales “inapropiadas” con los alumnos cuando estudiaban el tema de la salud sexual y reproductiva. En otros casos, debido a las políticas contra la obscenidad y centradas únicamente en la abstinencia, algunos distritos escolares, tribunales y legisladores han prohibido a una organización de la sociedad civil celebrar reuniones en centros de enseñanza públicos. Estas leyes y políticas perpetúan estereotipos falsos y negativos en relación con la sexualidad, aíslan a los estudiantes de diferente orientación sexual e impiden a los estudiantes tomar decisiones bien fundamentadas sobre su salud sexual y reproductiva.

60. Aun en las jurisdicciones en que se permite impartir alguna modalidad de educación sexual y reproductiva, la calidad y eficacia de esta pueden verse gravemente afectadas por las prescripciones normativas. Algunos Estados han contribuido a difundir información errónea sobre el uso del preservativo, ya sea distribuyendo material que contiene información equivocada o guardando silencio al respecto, lo que da pie a la proliferación de información contradictoria e inexacta⁴². De igual modo, las campañas que exhortan a abstenerse de mantener relaciones sexuales como único medio para evitar las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados ofrecen una visión sesgada e incompleta en lugar de una perspectiva amplia. Se ha demostrado que estos programas, que a menudo carecen de información fidedigna y fundada en pruebas, apenas contribuyen a reducir el contagio de las enfermedades de transmisión sexual, o no lo hacen en absoluto.

³⁹ UNESCO, *International Guidelines on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach to Effective Sex, Relationships and HIV/STI Education* (París, 2009), pág. 61.

⁴⁰ Véase *Centro Internacional para la Protección Jurídica de los Derechos Humanos c. Croacia*; Human Rights Watch, *Rights at Risk*, resumen (2011); y BBC, “Brazil sex education material suspended by President” (25 de mayo de 2011). Puede consultarse en <http://www.bbc.co.uk/news/world-latin-america-13554077>.

⁴¹ Véase A/65/162, párrs. 68 y 69; A/HRC/14/20/Add.3, párr. 25.

⁴² UNESCO, “Review of sex, relationships and HIV education in schools (2007)”, págs. 16 y 17.

61. Se han realizado estudios que han demostrado que, si bien son pocos los jóvenes que poseen conocimientos rigurosos sobre el VIH/SIDA⁴³, por lo general las mujeres están aún menos informadas que los hombres. Según un estudio realizado por el ONUSIDA en 147 países, más del 70% de los hombres jóvenes reconocían que los preservativos podían proteger contra el VIH, mientras que solo el 55% de las jóvenes sabía que los preservativos eran una estrategia eficaz de prevención del VIH⁴⁴. Las mujeres y las niñas se ven afectadas de manera desproporcionada por las restricciones jurídicas que pesan sobre la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva, lo cual refuerza y acentúa las desigualdades entre los géneros, como demuestran esas cifras. Las restricciones jurídicas que limitan el acceso a la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva llevan a la difusión de información errónea mediante fuentes oficiosas que a menudo son inexactas y pueden contribuir a reforzar los estereotipos de género negativos. A consecuencia de ello, las jóvenes están menos preparadas para la vida sexual y reproductiva, lo que las hace vulnerables a la coerción, los abusos y la explotación, y las expone a un mayor riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones peligrosas, mortalidad materna y contracción del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual⁴⁵.

62. En las jurisdicciones que penalizan algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva, la disponibilidad y la accesibilidad de la información conexas está muy restringida. Por ejemplo, algunos códigos penales contienen disposiciones específicas que prohíben el suministro de información sobre la interrupción del embarazo o material que pudiera estar en discrepancia con determinadas nociones de moralidad o decencia. Las sanciones previstas comprenden desde multas hasta penas de prisión. Las restricciones de la información relativa a la salud también pueden derivarse no intencionadamente de algunas leyes relativas a otro tipo de información, como las leyes contra la pornografía, que prohíben algunos materiales relacionados con la salud sexual y reproductiva⁴⁶. Así pues, se prohíben a todos los efectos los programas y las actividades de salud pública y empoderamiento que se basan en esa información, como las campañas educativas dedicadas a la prevención del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, la planificación de la familia, la violencia doméstica, la discriminación por motivos de género, la mutilación genital femenina, la diversidad sexual y la salud sexual y reproductiva en general. Es muy probable que esta carencia de servicios y programas afecte en mayor medida a las mujeres y las niñas, ya que están expuestas a un riesgo más alto de contracción del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, mortalidad materna y embarazos no deseados o no planificados.

63. Se ha demostrado en múltiples ocasiones la eficacia de los conocimientos adecuados sobre salud sexual y reproductiva para reducir el índice de mortalidad materna; prevenir los embarazos no deseados, los abortos en condiciones peligrosas, el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; retrasar el comienzo de las relaciones sexuales; conocer mejor las diferentes opciones de planificación de la familia; y proteger contra la violencia basada en el género (véase E/C.12/2000/4, párr. 21). También se impone la necesidad de empoderar a la mujer mediante

⁴³ ONUSIDA, *Global Report 2008*, pág. 98 (véase la nota 38).

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ UNESCO, *International Guidelines on Sexuality Education*, pág. 2 (véase la nota 39).

⁴⁶ Amnistía Internacional, *Left Without a Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia* (Londres, 2010).

educación e información exhaustivas en materia de salud sexual y reproductiva, dado que las jóvenes suelen tener menos poder o control en las relaciones, lo que las hace desproporcionadamente vulnerables a la coerción, los abusos y la explotación⁴⁷. La educación y la información exhaustivas son un instrumento de empoderamiento y permiten examinar las desigualdades entre los géneros y los estereotipos con espíritu crítico, contribuyendo así a socavar algunos sistemas patriarcales muy arraigados que perpetúan las violaciones de los derechos de la mujer, incluido su derecho a la salud (véase A/65/162, párrs. 7 a 9). Proporcionar a las mujeres conocimientos y aptitudes en materia de salud sexual y reproductiva y la educación e información conexas potencia su libertad para tomar decisiones fundamentadas en relación con su salud, y promueve su participación en la sociedad en condiciones de igualdad.

64. Los Estados que restringen el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva mediante leyes penales o de otra índole limitan activamente la información disponible y, por ende, incumplen su obligación de respetar el derecho a la salud. Esas leyes y el estigma que generan también dan lugar a que terceras partes, como docentes, editores o librerías, denieguen a las mujeres y las niñas el acceso a material necesario relacionado con la salud sexual y reproductiva. La obligación de los Estados de garantizar el derecho a la salud conlleva el deber de elaborar estrategias para que todo el mundo tenga acceso a educación e información exhaustivas en materia de salud sexual y reproductiva, especialmente las mujeres y las niñas.

V. Recomendaciones

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

a) Formular políticas y programas de salud pública que difundan información fundamentada en pruebas relativa a la salud sexual y reproductiva y a la prevención de la transmisión perinatal del VIH;

b) Elaborar políticas y programas amplios de planificación de la familia que proporcionen una amplia gama de bienes, servicios e información en relación con los métodos anticonceptivos y que estén disponibles y sean accesibles y de calidad;

c) Despenalizar el suministro y la utilización de todos los métodos anticonceptivos y la esterilización voluntaria para controlar la natalidad, y suprimir el requisito del consentimiento de los padres o el cónyuge;

d) Adoptar medidas que garanticen la disponibilidad, accesibilidad y calidad de todos los métodos anticonceptivos, tanto farmacéuticos como quirúrgicos;

⁴⁷ Véase UNESCO, *International Guidelines on Sexuality Education*, pág. 20 (véase la nota 39).

e) **Despenalizar el suministro de información relacionada con la salud sexual y reproductiva, incluida la educación sexual y reproductiva fundamentada en pruebas;**

f) **Formular políticas para evitar que las leyes penales en vigor, como las relativas a la pornografía, se apliquen con miras a restringir el acceso a la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva fundamentadas en pruebas o castigar a quienes suministran esa información o imparten esa educación;**

g) **Adoptar medidas para normalizar los planes nacionales de estudios a fin de impartir una educación sexual y reproductiva amplia y fundamentada en pruebas que incluya información relativa a los derechos humanos, las cuestiones de género y la sexualidad;**

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

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

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

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

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

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

n) **Suspender o abolir la aplicación de las leyes penales en vigor a varios comportamientos durante el embarazo, como las conductas que afectan al feto, principalmente el aborto espontáneo, el consumo de alcohol y drogas y la transmisión del VIH.**