ABORT

¿Por qué necesitamos despenalizar?

Argumentos presentados ante el Supremo Tribunal Federal de Brasil en la Audiencia Pública de la ADPF 442 **03 y 06 de agosto de 2018**

		•
		٠
		٠
		•
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		٠
		۰
		•
		•
		•
		•
		•
		•
		•

ABORTC

¿Por qué necesitamos despenalizar?

Argumentos presentados ante el Supremo Tribunal Federal de Brasil en la Audiencia Pública de la ADPF 442 03 y 06 de agosto de 2018

Realización **Anis – Instituto de Bioética**

Coordinación editorial

Gabriela Rondon Amanda Nunes

Asistencia editorial

Ladyane Souza Luciana Brito Sinara Gumieri

Fotografías

Fellipe Sampaio Rosinei Coutinho Carlos Moura Secretaría de Comunicación Social Supremo Tribunal Federal de Brasil

Diseño gráfico **Guilherme Werner**

Traducción **Luisa de Freitas**

Bibliotecario **Illy Batista**

Editorial



Datos Internacionales de Catalogación en Publicación (CIP) Bibliotecario Responsable: Illy Guimarães B. Batista (CRB/DF 2498)

Anis – Instituto de Bioética.

Aborto: ¿Por qué necesitamos despenalizar? Argumentos presentados ante el Supremo Tribunal Federal de Brasil en la Audiencia Pública de la ADPF 442 / Anis – Instituto de Bioética. – Brasília: LetrasLivres, 2019. 48 p.: il.

ISBN 978-85-98070-59-9 (Impresso); ISBN 978-85-98070-60-5 (PDF)

1. Aborto – aspectos jurídicos - Brasil. 2. Aborto – legislación - Brasil. 3. Despenalización del aborto - Brasil. 4. Salud sexual y reproductiva – Brasil. I. Título: II. Título: Por qué necesitamos despenalizar. III. Título: Argumentos presentados al Supremo Tribunal Federal de Brasil em la Audiencia Pública de la ADPF 442.

CDD 342.81084 CDU 343.621(81)

ABORTC

¿Por qué necesitamos despenalizar?

Argumentos presentados ante el Supremo Tribunal Federal de Brasil en la Audiencia Pública de la ADPF 442 03 y 06 de agosto de 2018

• • • • • • • •			• • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • •	• • • • • • •
				• • • • • • • •		• • • • • • •
						• • • • • • •
	• • • • • • • • •					
	• • • • • • • • •					
						• • • • • • •
				• • • • • • • •		• • • • • • •
· · · · · · · · · ·	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • •
• • • • • • • •			• • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • •	• • • • • • •
	• • • • • • • • •					
• • • • • • • • •	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • •
• • • • • • • •				• • • • • • • •	• • • • • • •	• • • • • • •
	• • • • • • • • •					
	• • • • • • • • •					
				• • • • • • • •		• • • • • • • •
	• • • • • • • • •					
• • • • • • • • •	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	· · · · · · · · · ·	
	• • • • • • • •					• • • • • • • •
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •					
	• • • • • • • •					

La ley penal no es eficaz: no previene abortos, mata y vulnerabiliza la salud de las mujeres

A pesar de la ley rigurosa en Brasil,

Entre las edades de

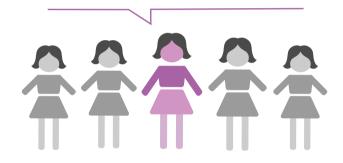
18 a **39** años



4,7 MILLONES de mujeres han abortado



1 de cada 5 mujeres hasta los 40 años ha abortado





88% TIENEN RELIGIÓN



67% TIENEN HIJOS

56% CATÓLICAS

Encuesta Nacional de Aborto (PNA), 2010 y 2016



1/MINUTO 57/HORA 1.369/DÍA 500.000/AÑO



"Ella es una mujer que tiene hijos, que conoce la importancia y la seriedad de la maternidad – es una persona que aborta porque vive el cuidado maternal y se encuentra ante el imperativo de no ser capaz, por diversas razones, de llevar adelante un nuevo embarazo."

Presentación de DEBORA DINIZ, representante de Anis - Instituto de Bioética, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



Si todas las mujeres fueran castigadas por la ley actual, tendríamos hoy en Brasil **3 millones de familias sin madres** o cuyas madres habrían ido a prisión en algún momento de la vida.

DINIZ, Debora et al. Encuesta Nacional de Aborto (PNA, 2016) / Encuesta Nacional de Hogares (PNAD, 2014).

La penalización provoca graves consecuencias para la salud

En Brasil, aproximadamente la mitad de las mujeres que hacen abortos necesitan ser hospitalizadas todos los años. Son **250 mil mujeres** cada año en las camas de hospitales públicos por abortos inseguros.





En Brasil, aproximadamente la **mitad de las mujeres** que abortan cada año tienen que ser hospitalizadas.

En todo el mundo, **5 millones de mujeres** al año pasan a sufrir disfunciones físicas y/o mentales como resultado de las complicaciones derivadas de un aborto inseguro.

Organización Mundial de la Salud, 2013.

Con esto, la penalización genera altos costos para la salud pública

En Brasil, el gasto en ingresos hospitalarios por complicaciones de aborto costaron al Sistema Único de Salud (SUS) **R\$ 486 millones** (US\$ 126 millones) entre 2008 y 2017. Solamente el año 2017, el gasto fue de R\$ 50.762.324,38, o US\$ 13.185.019,32.

Memorial del Ministerio de Salud presentado ante el Supremo Tribunal Federal para la audiencia pública del 3 de agosto de 2018.

Gastos en ingresos hospitalarios por complicaciones de abortos inseguros

Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil





"En muchos países en desarrollo, esto puede comprometer las inversiones de carácter clínico, material y financiero destinadas a otras acciones y servicios de salud."

Memorial del Ministerio de Salud de Brasil presentado ante el Supremo Tribunal Federal para la audiencia pública del 3 de agosto de 2018. Mônica Almeida Neri y Maria de Fátima Marinho de Souza representaron el Ministerio de Salud en la audiencia.

¿Los gastos serían mayores si el aborto fuera legal?

No. Según la Organización Mundial de la Salud, sólo del 2 al 5% de las mujeres que abortan con medicamentos confiables pueden necesitar intervención médica posterior.

Actualmente, con el aborto criminalizado e inseguro, **casi el 50% de las mujeres brasileñas que hacen un aborto** necesitan buscar atención médica, y en condiciones potencialmente más graves y difíciles de tratar.

Organización Mundial de la Salud, 2013 / DINIZ, Debora et al. Encuesta Nacional de Aborto (PNA), 2016. Ciênc. saúde coletiva, 2017 / Memorial del Ministerio de Salud de Brasil presentado ante el Supremo Tribunal Federal para la audiencia pública del 3 de agosto de 2018

• Complicaciones graves provocadas por el aborto inseguro:

Hemorragia, infecciones del tracto reproductivo, infecciones del tracto genital superior, choque séptico, perforación de vísceras, traumatismos genitales y secuelas como el dolor pélvico crónico e infertilidad.

Organización Mundial de la Salud, 2013 / GRIMES, David et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet, Sexual and Reproductive Health, 2006.

Los costos generados por las complicaciones:

Camas de hospital, suministro de sangre, medicación, quirófanos, anestesia y especialistas médicos.

Memorial del Ministerio de Salud de Brasil presentado ante el Supremo Tribunal Federal para la audiencia pública del 3 de agosto de 2018 / Organización Mundial de la Salud, 2011.

Las complicaciones del aborto clandestino e inseguro hacen con que muchas mujeres lleguen a punto de morir

Los casos de casi muerte son llamados *near miss*. Según el Ministerio de Salud, hubo **1.613.903 hospitalizaciones** por complicaciones relacionadas con abortos entre 2008 y 2017. Casos de *near miss* correspondieron al 2,5% de esas hospitalizaciones. Es decir: 40.348 mujeres casi murieron por aborto dentro de los hospitales brasileños en la última década.

Memorial del Ministerio de Salud de Brasil presentado ante el Supremo Tribunal Federal para la audiencia pública del 3 de agosto de 2018 / Presentación de la profesora Melania Amorim, representante del Instituto Paraibano de Investigación Joaquim Amorim Neto, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública, el 3 de agosto de 2018.



Sólo en 2015, fueron **3.888 mujeres**, una proporción de 18 casos de *near miss* por cada muerte materna. Eso sin contar las que nunca llegaron a buscar atención médica.

Presentación de MELANIA AMORIM, representante del Instituto Paraibano de Investigación Joaquim Amorim Neto, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del 3 de agosto de 2018.

No se puede saber, exactamente, cuántas mujeres mueren o sufren de graves secuelas por abortos en Brasil. Sin embargo, sabemos que:

En 2016, el SUS informó que **al menos 203 mujeres murieron a causa de abortos** (una muerte cada dos días).

Memorial del Ministerio de Salud presentado ante el Supremo Tribunal Federal para la audiencia pública del 3 de agosto de 2018.

> ;Por qué decimos "al menos"?

¿Es posible que más mujeres mueran por aborto?

Sí. Con miedo de la denuncia o de la represalia, la mujer que llega al servicio de salud después del procedimiento no dice que realizó un aborto. Con eso, el médico sólo registra la causa terminal, hemorrágica o infecciosa. No informa qué causó la hemorragia o la infección.

¿Y por qué el médico no informa?

Porque no logró realizar el diagnóstico y porque la mujer no lo dijo. Si la mujer usó sustancias como hierbas, los vestigios desaparecen rápidamente. O porque tuvo miedo de que otros médicos violasen el Código de Ética y que denunciasen el aborto, entonces lo omite.

Presentación de Tânia Lago, representante del Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento, ante en el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

Una cosa es cierta: es inusual que mujeres jóvenes y anteriormente sanas mueran por causas desconocidas tan frecuentemente.

En 2016, el óbito de mujeres en edad fértil por causa no definida ocupó la 5ª posición en frecuencia. **De entre ellas, 556 murieron** sin asistencia médica.

Presentación de TÂNIA LAGO, representante del Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



"En Brasil, la permanencia de una gran cantidad de muertes de mujeres cuya causa permanece indeterminada sin duda oculta muertes derivadas de abortos clandestinos."

"Difícil imaginar razones que llevarían a la muerte mujeres jóvenes sin registro de enfermedades y sin signos de causas externas. ¿Cuántas se deben a abortos?"

Presentación de Tânia Lago, representante del Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

Las estadísticas de SUS tampoco incluyen las que mueren **solas** y escondidas, **con miedo de la ley y de la prisión**, sin buscar un servicio de salud.

¿Entonces el aborto es un procedimiento peligroso?

NO. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los procedimientos utilizados hoy por la medicina para la realización del aborto seguro son de baja complejidad y de riesgo de muerte casi insignificante.

Organización Mundial de la Salud, 2013.

El riesgo de muerte asociado al parto es aproximadamente **14 veces mayor** del que el aborto provoca.

RAYMOND, Elizabeth et al. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstetrics and gynecology, 2012.

→ PROCEDIMIENTOS DE ABORTO SEGURO

La Organización Mundial de la Salud tiene un documento con directrices, basadas en evidencias, que permiten la realización segura de los procedimientos.

 Aborto con medicamentos: utiliza la combinación de dos sustancias: el misoprostol y la mifepristona, o sólo misoprostol.

El misoprostol, sustancia utilizada para la realización del aborto seguro, se incluye en la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) del Ministerio de Salud de Brasil y en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

Presentación de Rosires Pereira de Andrade, representante de la Federación Brasileña de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018 / Ministerio de Salud de Brasil. Relación Nacional de Medicamentos Esenciales: RENAME, 2018 / Organización Mundial de la Salud, 2013.

• **Aspiración manual endouterina:** es un procedimiento quirúrgico de baja complejidad. Recomendado hasta la 3ª semana de gestación, pero puede realizarse hasta la 14ª.

Un estudio teniendo en cuenta 11.487 procedimientos de aspiración realizados por enfermeros y médicos en los Estados Unidos constató que sólo 1,3% de los casos han tenido complicaciones clínicas.

Presentación de Rosires Pereira de Andrade, representante de la Federación Brasileña de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018 / WEITZ, Tracy A. et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. American Journal of Public Health, 2013.



Si se hacen en condiciones apropiadas, estos procedimientos pueden ser más seguros que el parto. El aborto con medicamentos es tan seguro que, según la OMS, hasta las 9 semanas puede ser realizado en el ambiente más cómodo para las mujeres, como su propia casa, con orientación médica.

Presentación de Rosires Pereira de Andrade, representante de la Federación Brasileña de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018 / Organización Mundial de la Salud, 2013.

Menor edad gestacional = aborto más seguro

Se considera más seguro el aborto realizado durante el primer trimestre.

• Una idea de la seguridad del procedimiento:

Una inyección de penicilina, antibiótico utilizado para tratar infecciones bacterianas, es más arriesgada que un procedimiento de aborto legal.

 Riesgo de muerte por aborto: en torno de 1 por 100.000 procedimientos legales.

En las áreas estudiadas en donde se han proporcionado la información, el 91,4% de los abortos fueron realizados en edad gestacional inferior o igual a 13 semanas.

PAZOL, Karen et al. Abortion Surveillance — United States, 2011. Centers for Disease Control and Prevention. 2014.

 Riesgo de muerte por inyección de penicilina: en torno de 2 por 100.000 inyecciones.

LEE, Paul et al. Results of a UK survey of fatal anaphylaxis after oral amoxicillin. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2007.

La OMS identifica tres posibles clasificaciones para el aborto:

Aborto seguro: ejecutado por profesionales de la salud y con métodos recomendados por la OMS.

Aborto menos seguro: ejecutado por personas capacitadas utilizando métodos no recomendados o con un método seguro, pero sin apropiadas informaciones o suporte de las personas debidamente capacitadas.

Aborto nada seguro: ejecutado por personas no capacitadas, utilizando métodos peligrosos e invasivos.

Los factores que afectan la seguridad del aborto son:

- disponibilidad de métodos seguros, profesionales capacitados y servicios de salud;
- · contexto legal del aborto;
- · acceso financiero a los servicios;
- estigma del aborto;
- desarrollo general de servicios de salud y de infraestructura.

Organización Mundial de la Salud, 2017 / GANATRA, Bela et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet, 2017.

¿MITO: ABORTO CAUSA CÁNCER?

No. No hay evidencias confiables que correlacionen la realización de un aborto y el cáncer. Es un mito sin base científica.

Lo que hace el procedimiento peligroso es la ley penal, que:

- impide el acceso de las mujeres a las tecnologías médicas más adecuadas a sus necesidades;
- las somete a procedimientos clandestinos e inseguros, realizados muchas veces por profesionales no capacitados o con métodos y condiciones inadecuadas.

Aunque sea un medicamento seguro, desde 1998 el misoprostol está en la lista de medicamentos sujetos a control especial de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) de Brasil. Eso crea un mercado clandestino y genera graves consecuencias:

 en la clandestinidad, el medicamento es vendido en precio elevado, de modo que muchas mujeres compran una cantidad menor que la dosis necesaria. Eso genera riesgo de complicaciones por abortos incompletos;



 muchas mujeres son engañadas por personas que venden medicamentos falsos.

Presentación de REBECCA GOMPERTS, representante de Women on Waves, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

"La criminalización es incapaz de bajar el número de abortos, pero tiene impacto directo en el aumento de muertes y secuelas en la salud de las mujeres que lo realizan solas, en la clandestinidad e inseguridad."

Presentación de NATÁLIA MORI CRUZ, representante del Centro Feminista de Estudios y Asesoría — CFEMEA, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



La penalización trae riesgos para la salud mental de las mujeres

El aborto en sí mismo no es un factor de riesgo para la salud física y tampoco para la salud mental de las mujeres. La imposición social de la maternidad y el estigma moral y religioso, sí.

No hay evidencias confiables de que realizar un aborto seguro pueda ser un factor de riesgo a la salud mental de las mujeres.

Memorial del Consejo Federal de Psicología, presentado ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018. LETICIA GONÇALVES Y SANDRA ELENA Sposito representaron al Consejo Federal de Psicología en la audiencia.



Un estudio comparativo de los Estados Unidos entre mujeres que realizaron un aborto inducido y mujeres que han tenido sus pedidos de aborto denegados mostró que las mujeres que han tenido la solicitud denegada presentaron mayor riesgo de efectos psicológicos adversos iniciales.

BIGGS, Antonia et al. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry, 2017.



"Si hay efectos para la salud mental, es por la penalización del aborto y por la maternidad obligatoria. Cuando deciden, las mujeres están seguras de que es el camino necesario en ese momento de la vida."

Presentación de JORGE REZENDE FILHO, representante de la Academia Nacional de Medicina, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018. • ¿Y por qué la penalización trae riesgos para la salud mental de las mujeres?

Por los riesgos derivados del embarazo no buscado:

- · interrupción por aborto inseguro;
- · mayor propensión a la depresión posparto;
- adopción de comportamientos menos sanos en la gestación que pueden resultar en complicaciones, incluso para los futuros hijos.

Presentación de Mariza Theme Filha, representante de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



La Investigación Nacer en Brasil, realizada entre 2011 y 2012 con 24 mil mujeres, mostró que **el embarazo no alcanzó el 55,4% de las mujeres**; el 25% de ellas querían esperar más tiempo y el 30% no querían esperar más tiempo y 30% no querían quedar embarazadas en ningún momento.

Presentación de MARIZA THEME FILHA, representante de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018. / THEME FILHA, Mariza et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. Reproductive Health, 2016.

Cuando el Estado criminaliza el aborto, todo ese contingente de mujeres en situación de embarazo no buscado es puesto en riesgo.

2. Además de no funcionar, la ley penal es discriminatoria: los riesgos por abortos peligrosos afectan a las mujeres más vulnerables

Mujeres de todas las edades, clases y orígenes hacen abortos. Pero en Brasil la experiencia del aborto es más frecuente entre mujeres pobres, negras, indígenas y nordestinas. Ellas son también las mujeres más vulnerables a los procedimientos clandestinos e inseguros.



"Mujeres socioeconómicamente incluidas inducen el aborto y hacen gestión de riesgo. ¿Sería osado decir que la posibilidad de los abortos seguros por mujeres blancas o económicamente favorecidas garante que el propio aborto no sea debidamente puesto en discusión? ¿Es que la población que sufre con procedimientos ilegales efectivamente no importa para el poder público?"

Presentación de FERNANDA LOPES, representante de la asociación Criola, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

El 15% de las mujeres negras y el 24% de las mujeres indígenas han hecho un aborto, comparadas al 9% de mujeres blancas.

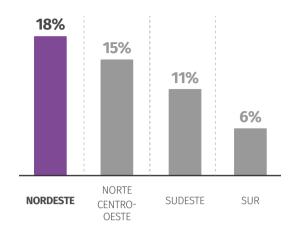
La desigualdad racial y de clases vulnerabiliza las mujeres en toma de decisiones reproductivas.

DINIZ, Debora et al. Encuesta Nacional de Aborto (PNA) 2016. Ciênc. saúde coletiva, 2017.

El Nordeste es la región con mayor tasa de abortos:

DINIZ, Debora et al. Encuesta Nacional de Aborto (PNA) 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017.

Tasas mayores de aborto en determinadas regiones del país o entre mujeres de determinados grupos raciales tienen correlación con el acceso más frágil a las políticas de prevención al embarazo no buscado, como los anticonceptivos y la educación sexual integral.



"El mayor riesgo de abortos inducidos es observado en el Nordeste, en el Norte y en el Centro-Oeste, locales donde también es más limitado el acceso a los servicios de salud, al asesoramiento en salud sexual y reproductiva y a los anticonceptivos modernos. En el Nordeste, por ejemplo, la proporción de mujeres negras se dobla en comparación con las tasas nacionales relacionadas a abortos inseguros."

Presentación de Fernanda Lopes, representante de la asociación Criola, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

Mantener el aborto criminalizado significa agravar y perpetuar desigualdades.

Las víctimas de la amenaza de prisión y de los riesgos de sufrimiento o muerte por aborto inseguro son las mujeres más vulnerables



"Los dispositivos que criminalizan el aborto no inciden solamente en la raza, como algo que es externo, pero integran un conjunto de fenómenos relacionados con la estructura social brasileña en que raza y sistema penal se constituyen mutuamente y determinan las vidas dignas de se proteger y las que se puede dejar morir."

Presentación de LÍVIA MIRANDA MÜLLER DRUMOND CASSERES, representante de la Defensoría Pública del Estado de Rio de Janeiro, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

• PERFIL DE LAS MUJERES DENUNCIADAS POR ABORTO

El análisis de todas las acciones penales de aborto entre 2005 y 2017 en el Tribunal de Justicia del Estado de Rio de Janeiro, realizada por la Defensoría Pública del Estado de Rio de Janeiro, ha revelado dos grupos de mujeres denunciadas:

Las que realizaron abortos sin cualquier asistencia, solas o con ayuda de un tercero (madre, amiga o compañero).

En ese primer grupo, la mayoría de las mujeres son negras, tienen entre 18 y 36 años, residen en zonas o regiones periféricas y ejercen funciones desvalorizadas; la mayor parte de ellas realizó el aborto con métodos rudimentarios (como la ingestión de medicamentos clandestinos peligrosos, tés abortivos y aplicación intravaginal de objetos o sustancias químicas) después de 12 semanas

de gestación, lo que puede indicar dificultad para acceder a métodos seguros y dificultad de organizar recursos para la interrupción del embarazo.

Las que fueron procesadas debido a una investigación policial de clínica clandestina, donde habían sido atendidas.

En ese grupo, la mayoría de las mujeres son blancas y tienen mayor escolaridad. En todos los casos, el aborto fue hecho con menos de 12 semanas. El precio que esas mujeres han pagado por la realización del procedimiento ha variado entre 600 y 4.500 reales (entre 150 y 1.160 dólares).

Presentación de Lívia Miranda Müller Drumond Casseres, representante de la Defensoría Pública del Estado de Rio de Janeiro, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.



"Los hombres que se relacionaron con esas mujeres denunciadas en el Estado de São Paulo, a pesar de citados en 21 procesos, en 9 casos directamente relacionados al abastecimiento de métodos abortivos, fueron acusados formalmente por la práctica del crimen sólo en 5. Si los hombres son los responsables por el aborto de las mujeres, no son ellos los responsabilizados por eso."

Presentación de ANA RITA SOUZA PRATA, representante de la Defensoría Pública del Estado de São Paulo, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

En el 70% de los casos de mujeres acusadas formalmente entre 2003 y 2016 en el Estado de São Paulo, el denunciante fue un profesional de la salud.

Presentación de Ana RITA Souza PRATA, representante de la Defensoría Pública del Estado de São Paulo, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018. Las mujeres son juzgadas y denunciadas por los profesionales que deberían ser cuidadores. Los protectores se transforman en verdugos. En Brasil, el aborto no es una de las causas principales del encarcelamiento femenino. Eso puede llevar a la afirmación ingenua de que "las mujeres no son presas por aborto".

Sin embargo, las mujeres denunciadas por aborto con frecuencia son presas en flagrante en el propio servicio de salud, aunque sea ilegal.

Ellas son esposadas a la cama o tienen la cama vigilada por un policial para que no huyan del hospital. Ellas utilizan sus ahorros o contraen deudas para pagar la fianza.

Presentación de Ana Rita Souza Prata, representante de la Defensoría Pública del Estado de São Paulo, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

• "Pero las mujeres no permanecen encarceladas por aborto":



"La persecución penal en sí misma, el proceso a que una mujer es sometida de acuerdo con la legislación que tenemos actualmente en Brasil, el constreñimiento de una mujer al sentarse en el banco de los acusados ante el tribunal es una pena en sí misma."

Presentación de ELEONORA RANGEL NACIF, representante del Instituto Brasileño de Ciencias Criminales, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

• "Ellas pueden aceptar la suspensión condicional del proceso":

"En una media de 15 meses entre la fecha del hecho y la fecha de la denuncia, además de los 2 años de la suspensión condicional del proceso, la mujer estará bajo la espada de la justicia. Sabemos la consecuencia para mujeres pobres, periféricas y que sobreviven con trabajos precarios."

Presentación de Ana Rita Souza Prata, representante de la Defensoría Pública del Estado de São Paulo, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

• La imposición del embarazo limita el ejercicio del derecho a la ciudadanía



La ciudadanía es la garantía del libre acceso a la esfera pública, a la participación política y el ejercicio de derechos individuales. Para evaluar el derecho a la ciudadanía, es preciso considerar las demandas de todos los miembros de la comunidad, incluyendo todas las mujeres.

Presentación de Lívia Gil Guimarães, representante del Núcleo de Práctica Jurídica en Derechos Humanos de la Universidad de São Paulo – NJP-DH USP, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

- > Son presupuestos esenciales para que las mujeres ejerzan la ciudadanía:
- el derecho a la integridad corporal y a la vida;
- el derecho a la igualdad;
- · el derecho a la salud física y psíquica;
- · el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos;
- el derecho a la autonomía.

Con la imposición del embarazo, la mujer puede sufrir una limitación en sus oportunidades de educación y en el ejercicio completo de sus derechos económicos y políticos.

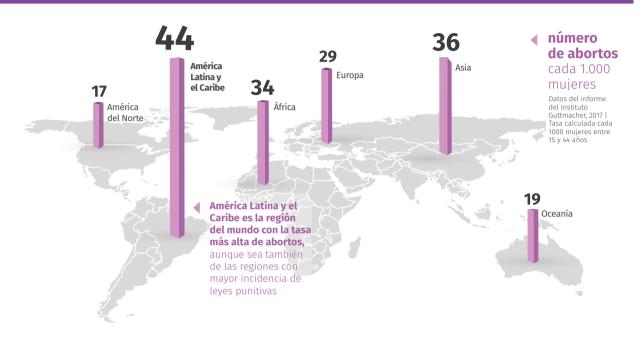
DECLARACIÓN Y PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING (1995)

"El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres de controlar todos los aspectos de la salud, en particular el de su propia fertilidad, es esencial a su empoderamiento."

"La capacitación de las mujeres para controlar su propia fertilidad constituye una base fundamental para el goce de otros derechos."

"En la mayoría de los países, la falta de atención a los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente las oportunidades de educación y el ejercicio completo de sus derechos económicos y políticos."

3. En ninguna parte del mundo la penalización disminuye el número de abortos, por el contrario:



Hay evidencias de disminución de **tasas de aborto** en años siguientes a la despenalización en diversos países.

RUMANIA

- 1989: despenalización del aborto.
- 1990 a 2010: disminución del 94% en el número de abortos.

HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2013.

PORTUGAL

- 2007: despenalización del aborto.
- 2008 a 2015: disminución del 14% en el número de abortos.

Direção-Geral da Saúde (DGS). Relatório dos Registros de Interrupções da Gravidez - Dados de 2016, 2017.

FRANCIA

- 1975: despenalización del aborto.
- 1976 a 2016: disminución de más del 24% en el número de abortos.

Institut National D'Études Démographiques. Avortements: evolution du nombre d'avortements et des indices annuels.

Por lo tanto, la ley penal y la incidencia del aborto con frecuencia están inversamente relacionadas.

Espera, esto no parece lógico. ¿Por qué sucede así?

Una vez que el aborto no es más cuestión de cárcel, pero sí de cuidado, es posible acoger y escuchar las mujeres en los servicios de salud. Con eso se puede:

- entender por qué y cómo políticas de prevención al embarazo no buscado fracasaron y entonces mejorarlas;
- · informar y ofrecer mejores métodos para las mujeres y prevenir un segundo aborto;
- · saber si esa mujer o niña sufre violencia y sacarla de esa situación.

Todas estas medidas ayudan a reducir el número de abortos a medio y largo plazo.

Despenalización del aborto = reducción de las tasas de mortalidad materna

En los países donde el aborto es prohibido, hay una predominancia del aborto clandestino e inseguro. En esos mismos países, los índices de mortalidad materna son elevados.

Organización Mundial de la Salud, 2013.



"Debido a leyes y políticas restrictivas, a las mujeres que no tienen condiciones o no desean llevar adelante el embarazo no hay otra opción que someterse a procedimientos peligrosos de salud y de muerte en su mayoría completamente evitables."

Presentación de Françoise Girard, representante de International Women's Health Coalition, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

Es estimado que entre el 8 y 18% de muertes maternas en el mundo sean causadas por abortos inseguros. Esas muertes están concentradas en países pobres.

SINGH, Susheela et al. Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. Guttmacher Institute, 2014. / KASSEBAUM, Nicholas et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, 2014. / SAY, Lale et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health, 2014.

Hay evidencias confiables de disminución en la tasa de mortalidad materna después de la despenalización del aborto en diversos contextos. Son ejemplos países tan distintos como los Estados Unidos, la Etiopía, el Uruguay, la Rumania y Sudáfrica.

STARRS, Ann et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet, 2018. / BERHAN, Yifru et al. Causes of Maternal Mortality in Ethiopia: A Significant Decline in Abortion Related Death. Ethiopian Journal of Health Sciences, 2014 / BRIOZZO, Leonel et al. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2016. / HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2013. / JEWKES, R. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2005.

La reducción de la mortalidad materna es uno de los 17 Objetivos de Desarollo Sostenible (ODS) de la ONU.



Entre los 17 Objetivos del Desarollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, que serán implementados por los países miembros hasta 2030, están:

- la reducción de la tasa de la mortalidad materna global para menos de 70 muertes por 100.000 nacidos vivos:
- la busca de acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, información y educación;
- la integración de la salud reproductiva en estrategias y programas nacionales.

Presentación de FABIANA GALERA SEVERO, representante del Consejo Nacional de Derechos Humanos, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

......

Estos objetivos no se alcanzarán mientras el aborto no sea despenalizado.

.....

4. La penalización impacta negativamente el ejercicio ético e integral de la medicina

El Código de Ética Médica es claro:

Son deveres médicos:

- · asegurar la confidencialidad;
- asegurar a la paciente el ejercicio del derecho de decidir libremente por sí misma y su bienestar;
- ofrecer el mejor del progreso científico en beneficio de la paciente;
- proteger la dignidad de la paciente.

Consejo Federal de Medicina. Código de Ética Médica (Resolución CFM nº 1.931/09), 2009.



La penalización fomenta la violación de estos deberes:

- impide los servicios de salud de ofrecer cuidados integrales en salud sexual y reproductiva a las mujeres según sus necesidades;
- niega el acceso a un procedimiento reconocido como seguro por la medicina:
- hace que las mujeres se sometan a condiciones inhumanas y degradantes en busca de la interrupción del embarazo;
- hace el médico cometer un error, cuando acredita que debe o puede romper la confidencialidad profesional y denunciar las pacientes que llegan a los hospitales con complicaciones post-aborto.

"Ante el aborto espontáneo o inducido, el médico/la médica o cualquier profesional de salud no puede comunicar el hecho a la autoridad policial, judicial, ni siguiera al Ministerio Público."

"No cumplir la norma legal puede generar procedimiento criminal, civil y ético-profesional contra quien reveló la información."

Ministerio de Salud de Brasil. Norma Técnica: Atención Humanizada al Aborto, 2005.

Los dictados del Nuevo Juramento Médico (2017) son incompatibles con la penalización del aborto

El Nuevo Juramento fue incorporado por la Asociación Médica Mundial y por el Consejo Federal de Medicina. Entre los dictados hay:

- el respeto a la autonomía y a la dignidad de los pacientes;
- la prohibición de cualquier discriminación que se superponga al interés de los pacientes;
- el deber de total confidencialidad médica;
- el deber de compartir con los pacientes conocimientos médicos que puedan beneficiar su salud;
- la prohibición de que el médico utilice de sus conocimientos para violar derechos humanos.

Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra, 2017.

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

El clásico juramento médico, conocido como juramento hipocrático, escrito alrededor del siglo V a.C. condenaba el aborto.

Ese juramento inspiró la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (el Juramento Médico), alterada tres veces y revista otras dos veces. En la versión original (1968), la Declaración tenía disposiciones que condenaban el aborto.

El Nuevo Juramento Médico (2017) retiró la condenación.



Eso simboliza la comprensión, por parte de las asociaciones médicas, de la necesidad de tratar el aborto como un problema de salud pública.

Presentación de THOMAZ GOLLOP, representante de la Sociedad Brasileña por el Progreso de la Ciencia, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

La ley penal impide a los médicos cumplir su deber de reducción de daños

La penalización no sólo impide que los médicos realicen un procedimiento reconocido como seguro. También les impide dar información a las mujeres a respeto de cómo prevenir riesgos en la busca clandestina del procedimiento.

¿QUÉ ES LA REDUCCIÓN DE DAÑOS?

Es una política amplia de salud pública para informar a las pacientes cómo reducir los riesgos de vida o a la salud.



"Cuando una mujer está embarazada, feliz o no, ella busca mi ayuda para informarse acerca de los caminos a seguir. Ella toma su decisión no por la ley, y sí por lo que sabe ser necesario a su vida. Si decide interrumpir el embarazo y no encaja en ninguna de las limitadas tres excepciones a la penalización, yo no puedo realizar el procedimiento y tampoco puedo orientarla como no poner su vida en riesgo al buscar la oferta clandestina del procedimiento. Mis colegas y yo podríamos hacer la diferencia en el cuidado de esas mujeres si la ley nos permitiera."

Presentación de Marcos Dias, representante de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

El concepto de salud integral de la OMS torna imperativa la despenalización del aborto

Salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Es el estado de **completo bienestar físico, mental y social**, como define la Organización Mundial de la Salud.

La despenalización es capaz de:

- evitar las enfermedades psíquicas asociadas al embarazo no buscado;
- reducir la mortalidad materna asociada al aborto clandestino e inseguro.





"La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, en todos los respetos relacionados al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. [...] Eso incluye el acceso al aborto legal y el Estado es obligado a enfrentar los efectos del aborto inseguro."

Presentación de ANAND GROVER, representante de Health, Access, Rights – IPAS, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



Según la OMS, el aborto debe ser garantizado por un conjunto de servicios, que deben ser ofrecidos por la red pública de salud o por organizaciones sin fines de lucro. Eses servicios deben ser guiados por el principio de la información y de la agilidad, respetando la autonomía decisoria de la mujer y la confidencialidad médica.

Presentación de JUANA KWEITEL, representante de CONECTAS Derechos Humanos, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

5. La penalización compromete el derecho a la salud de las mujeres incluso en los casos en que el aborto es permitido

Con la penalización del aborto, las mujeres que sufrieron violencia sexual o que enfrentan un embarazo de riesgo (dos casos en los que ya se permite abortar) enfrentan dificultades para tener acceso al aborto legal.

La explicación es simple: las mujeres y los profesionales de salud tienen miedo a la punición. Com miedo, la ley no se cumple.

- > ¿Qué motiva la conducta del médico que dificulta el acceso de la mujer al aborto legal?
- el miedo a ser conocido como "abortista":
- · la amenaza de la punición por imaginar que el aborto puede ser considerado ilegal;
- · la objeción de consciencia moral o religiosa.

La penalización contribuye a este tipo de conducta, porque refuerza la idea de que un fenómeno reproductivo normal en la vida de las mujeres deba ser objeto de **condenación** y no de **cuidado**.

• Cuando la mujer sufre violencia sexual y busca un servicio de salud para interrumpir el embarazo, ¿qué debe hacer el médico?

Dar credibilidad a la palabra de la mujer y realizar el procedimiento.

Ministerio de Salud de Brasil. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos problemas resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 2012.

¿Qué hace el médico?

Cuestiona y juzga moralmente las mujeres, retrasa la atención o pide un reporte policial, laudo pericial o una solicitud de autorización judicial, que son exigencias ilegales para el procedimiento.

DINIZ, Debora et al. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, 2016.

Y cuando el embarazo representa un riesgo a la vida de la mujer, ¿qué debe hacer el médico?

Ofrecer la posibilidad de interrupción del embarazo.

¿Qué hace el médico, muchas veces?

Define, arbitrariamente y sin respaldo legal, el grado de riesgo que permitiría la interrupción del embarazo.

El resultado es grave: la mujer es forzada a proseguir con un embarazo que amenaza su vida, sin que sea ofrecida la posibilidad de interrumpirlo.

Una investigación hecha por ginecólogos y obstetras de la Federación Brasileña de las Asociaciones de Ginecología y Obstetrícia (Febrasgo) ha revelado que el 49,3% de los médicos consideraban que el riesgo de muerte debería ser 5 veces mayor de lo habitual para que el aborto legal fuera autorizado.

Presentación de Tânia Lago, representante pel Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018. / Faúndes et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros a respeito do aborto induzido.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2004.

El 40% de las muertes maternas resultan de una enfermedad que se agravó en la gestación. Muchas veces a esas mujeres no fue dada la posibilidad de interrumpir el embarazo y, consecuentemente, de evitar la muerte.

Presentación de Tânia Lago, representante del Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018. / Ministerio de Salud de Brasil/SVS – Sistema de informações de mortalidade (SIM). Mortalidade materna segundo tipos de causas.



"Ese contexto [de la penalización] hace con que sólo algunas mujeres y niñas víctimas de violación busquen hospitales de referencia o cuidado de emergencia, lo que incluye la atención para evitar infecciones de transmisión sexual (IST) y la contracepción de emergencia."

Presentación de LIA ZANOTTA MACHADO, representante de la Asociación Brasileña de Antropología, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

La investigación Servicios de Aborto Legal en Brasil – Un Estudio Nacional constató que fueran solicitados reportes policiales, laudos periciales y solicitudes de autorizaciones judiciales por el 14%, el 8% y el 8% de los 68 servicios de aborto legal evaluados.

DINIZ, Debora et al. Serviços de Aborto Legal no Brasil - Um Estudo Nacional. Ciênc. saúde colectiva, 2016.

Las mujeres deben tener sus derechos garantizados y los médicos no deben sentir miedo. La palabra y la salud de las mujeres deben ser priorizadas. **Es difícil cambiar esa situación de violación de derechos si el aborto aún es criminalizado.**

6. Si la ley penal no funciona, ¿qué funciona?

La historia nos muestra que cuestiones de salud no pueden ser tratadas como dilemas morales:

Brasil es un ejemplo para otros países en lo que se refiere al tratamiento de VIH/Sida. ¿Y por qué? Porque optó por enfrentar el problema de salud pública de manera comprometida con los derechos humanos.

¿Cómo era en el inicio de la epidemia de VIH/Sida?

Estigmatización de las personas victimadas por la infección.

¿Cuál fue la respuesta del Estado brasileño?

Enfrentamiento de la epidemia de forma comprometida con los derechos humanos. Fueron creados programas y políticas de salud no basadas en el estigma.

¿Cuál fue el resultado de esa respuesta? Reducción de la mortalidad, de la morbilidad, de las hospitalizaciones y de las jubilaciones relacionadas a la enfermedad.

Presentación de DIRCEU GRECO, representante de la Sociedad Brasileña de Bioética, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018. / GRECO, Dirceu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia de Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. saúde coletiva, 2016.

¿Cómo es tratada la cuestión del aborto en Brasil?

Criminalización y estigma de las mujeres que abortan.

¿Cuál es la respuesta del Estado brasileño?

Manutención de la legislación restrictiva del aborto.

¿Cuál es el resultado de esa respuesta? Incapacidad de reducir el número de

abortos, discriminación, abandono y prejuicios a la salud física y mental de las mujeres, incluso en los casos en que el aborto es permitido.



La penalización impide el cuidado a la mujer en la ruta crítica del aborto

La ley aleja a esa mujer de los servicios de salud o hace con que ella **no diga la verdad** a los médicos

Con eso, impide el médico de conocer las razones que pueden haberla llevado a abortar:

Ella puede sufrir violencia, no tener acceso a métodos anticonceptivos o no saber usarlos.

¿QUÉ ES LA RUTA CRÍTICA DEL ABORTO?

La ruta crítica del aborto ocurre cuando los servicios públicos de salud acogen a la mujer que necesita un aborto o que ya ha abortado y actúan para identificar donde la política de planificación familiar fracasó. Así, es posible evitar que ella haga un nuevo aborto, ofreciendo, por ejemplo, información y métodos anticonceptivos adecuados a sus necesidades.

Es necesario cuidar a las mujeres en la "ruta crítica del aborto" para informar y mejorar las políticas de planificación familiar



Conociendo esas razones, el médico podría realizar acciones de planificación familiar y evitar que esa mujer haga un nuevo aborto.

Presentación de OLÍMPIO MORAES, representante de la Sociedad Brasileña por el Progreso de la Ciencia – SBPC, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

La despenalización del aborto es una forma de poner a las mujeres en un itinerario de cuidados con informaciones para contracepción segura y otros aspectos relacionados a la vida reproductiva y sexual.

Presentación de PAULA VIANA, representante del Grupo Curumim Gestación y Parto, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



¿Cuál es la solución jurídica para la cuestión del aborto?

Hay una técnica para la evaluación de la constitucionalidad de las normas: el análisis de la proporcionalidad.

Esa técnica condiciona la legitimidad de una norma penal a los criterios de adecuación, necesidad y proporcionalidad.

Para que la penalización cumpla estos criterios, debe ser:

- · capaz de cumplir con su objetivo;
- · la medida más eficaz para proteger el bien jurídico en cuestión;
- · capaz de proporcionar más beneficios que maleficios.

La penalización del aborto no pasa por el test de proporcionalidad.

CRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO | TEST DE PROPORCIONALIDAD

¿Es adecuada? X NO

No es capaz de reducir el número de abortos, o sea, de proteger la vida en potencial.

¿Es necesaria? X NO

Hay medidas más eficaces para reducir el número de abortos sin que sean violados los derechos de las mujeres.

¿Es proporcional? X NO

Afecta desproporcionadamente los derechos fundamentales de las mujeres, generando altos costos para ellas, como la mortalidad materna y el sufrimiento físico y mental de los procedimientos peligrosos. Además de eso, aumenta gastos en salud pública debido a las complicaciones resultantes de abortos inseguros y clandestinos.



"El Derecho Penal es un recurso de última instancia. El Estado sólo puede justificar su uso si se demuestra que no existe otra forma efectiva de proteger la vida en potencial que no sea amenazar las mujeres de prisión."

Presentación de VERÓNICA UNDURRAGA, representante de Human Rights Watch, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

• El Código Penal (1940) fue elaborado cuando aún no había sido reconocida la igualdad formal entre hombres y mujeres

Ese reconocimiento sólo vino con la Constitución Federal de 1988. Muchas de las normas creadas en el contexto en que el Código Penal fue elaborado reproducen la desigualdad de género.

La penalización del aborto es una de ellas, **porque condena bajo amenaza de cárcel o muerte** las mujeres a una función social que no es impuesta a los hombres: el de la maternidad.



La norma que criminaliza el aborto representa una forma de institucionalización de la discriminación y de la violencia de género. O sea, es incompatible con la Constitución brasileña actual.

Memorial de la Defensoría Pública de la Unión, presentado ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018. CHARLENE DA SILVA BORGES representó a la Defensoría Pública de la Unión en la audiencia.

"Indagar a respecto de los verdaderos objetivos de la penalización del aborto es pertinente cuando se observan legislaciones antiguas en las cuales se puede identificar papeles de género basados en posiciones morales particulares que no son compatibles con los principios de igualdad, autonomía, ciudadanía, dignidad y pluralismo, reconocidos en nuestras constituciones contemporáneas."

Presentación de Verónica Undurraga, representante de Human Rights Watch, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



"Es necesario derribar las barreras creadas por una visión arcaica de que la mujer estaría siempre asociada a la figura materna, al papel de procrear, como un pasivo instrumento de la reproducción de la vida humana."

Presentación de Ana Carla Harmatiuk Matos, representante del Instituto Brasileño de Derecho Civil, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

• La bioética también reconoce la protección progresiva a las distintas etapas de la vida en potencial y vida ya nacida



"Debe protegerse la vida de forma diferenciada y adecuada al momento del ciclo vital. En consecuencia, la protección del embrión en laboratorio debe ser en menor grado de que la protección del embrión en gestación y la tutela del embrión de hasta 3 meses debe tener menor intensidad de que la vida de la mujer."

Presentación de HELOÍSA HELENA GOMES BARBOSA, representante del Instituto de Bioderecho y Bioética – Ibios, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

La historia constitucional brasileña revela una opción por no incluir el derecho a la vida desde la concepción

En el proceso constituyente de 1988 se intentó incluir el marco temporal de inicio a la protección a la vida. La sugestión fue denegada. El artículo 5º remite a las personas ya nacidas: brasileños y extranjeros no pueden tener el derecho a la vida violado.

Memorial de la Defensoría Pública de la Unión, presentado ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

"Hubo el intento de insertar en la Ley Mayor de la República la protección al ser humano desde la concepción. Es lo que noticían los anales de la Asamblea Nacional Constituyente de 1986/1987." La sugestión fue evaluada "como no convincente lo suficiente para figurar en el cuerpo normativo de la Constitución".

Supremo Tribunal Federal de Brasil. Extractos del voto del Ministro Relator Ayres Britto en la acción constitucional ADI 3510.

EL SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL DE BRASIL RECONOCIÓ

"El Magno Texto Federal no dispone sobre el inicio de la vida humana ni sobre el preciso instante en que ella se inicia. No hace de toda y cualquier etapa de la vida humana un autonomizado bien jurídico, pero de la vida que ya es propia de una concreta persona, porque nativiva [...] Y, cuando se reporta a 'derechos de la persona humana' y mismo 'derechos y garantías individuales' como cláusula pétrea, habla de derechos y garantías del individuo-persona."

Supremo Tribunal Federal de Brasil. Extractos del voto del Ministro Relator Ayres Britto en la acción constitucional ADI 3510.

• Despenalizar el aborto es parte de la adopción de políticas más eficaces de protección a la vida

La penalización del aborto no es medida eficaz para proteger la vida en potencial.



"Com frecuencia, se dice que despenalizar sería no más proteger la vida. Pero no es eso. Aunque haya vida, la despenalización significa sólo que su tutela no será la tutela penal, y tutela penal no es sinónimo de tutela jurídica."

Presentación de CRISTINA TELLES, representante de la Clínica de Derechos Fundamentales de la UERJ, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

> ¿CUÁL ES, ENTONCES, LA MEJOR SOLUCIÓN PARA PROTEGER LA VIDA EN POTENCIAL?

Despenalización del aborto + medidas positivas de protección al embarazo y nacimiento

- ¿Cuáles serían esas medidas?
- comprender y abordar los factores de riesgo para embarazos no buscados;
- ofrecer educación sexual integral;
- · promover políticas de planificación familiar;
- promover condiciones para embarazos y nacimientos sanos, con todo el soporte a la maternidad, a las familias y a los derechos de los niños

• Es posible proteger la vida en potencial sin violar los derechos de las mujeres

El Tribunal Constitucional de Portugal, manteniendo la constitucionalidad de la ley que excluye la ilicitud del aborto, explicó que "recae sobre el Estado combatir los 'factores de riesgo' [...] con la educación y la adopción de políticas sociales que favorezcan la concepción responsable, así como la disposición para continuar el embarazo".

Tribunal Constitucional de Portugal. Juicio nº 75/2010.

"Los Estados que protegen efectivamente la vida en potencial promueven educación sexual eficaz a respecto de anticonceptivos, acceso completo a la salud sexual y reproductiva, ofrecen suplementos de ácido fólico para prevenir patologías del feto, prohíben la discriminación en el trabajo en razón del embarazo y fomentan la igualdad de género. Esa fórmula fue resumida por el tribunal alemán en sus sentencias con respecto al aborto: es posible proteger la vida en potencial trabajando con las mujeres, y no contra ellas".

Presentación de Verónica Undurraga, representante de Human Rights Watch, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



La experiencia de Canadá revela que medidas como estas son eficaces. La despenalización del aborto fue acompañada de mejores políticas y servicios de salud. Entre ellos, están la ampliación del uso de anticonceptivos y de la educación sexual. En el país, las tasas de aborto están en baja desde la década de los 90.

Presentación de Rebecca Cooκ, representante del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

En Rumania, en 1990 (año siguiente a la despenalización del aborto) se desarrolló una política de planificación familiar, que contó con el desarrollo de una red de clínicas y de una política de entrenamiento de médicos para el ofrecimiento de ese servicio. Esto hizo con que la tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos, que era inferior al 20% en 1993, quedara por encima del 60%. Ese proceso fue paralelo a la caída del 94% en el número de abortos entre 1990 y 2010.

HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2013.

7. Todavía no estoy convencido ...

• "¿La mejor salida no es prevenir?"

Sí, la mejor salida es siempre la prevención. Pero métodos anticonceptivos fallan: ninguno es 100% eficaz y, si ni siquiera la ciencia puede garantizar que un método no fallará, no es justo amenazar mujeres de prisión o muerte por un cuidado que puede salir de su control:

Índice de fallo de los anticonceptivos (1 año de uso)

	Uso perfecto	Uso típico		
Diafragma	hasta 6%	hasta 12%		
Preservativo masculino	hasta 2%	hasta 18%		
Preservativo feminino	hasta 5%	hasta 21%		

TRUSSELL, James. Contraceptive failure in the United States. Contraception, 2011.

Es necesario considerar la diferencia entre el uso perfecto de un método y su uso típico:



"El uso típico es la regla y refleja la eficacia de cada método para la pareja mediana que no siempre lo utiliza de forma correcta o consistente. El uso perfecto es lo que dicen los prospectos de medicamentos, a partir de los resultados de los estudios clínicos en que cada individuo es monitoreado por los investigadores. Pocas parejas, si hay alguna, consiguen mantener el uso de un mismo método sin errores, especialmente por largos períodos de tiempo."

Presentación de José Gomes Temporão, representante de la Academia Nacional de Medicina, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

→ ¿Por qué una mujer se equivocaría en el uso de un método?

"Porque ella se olvida del medicamento, porque ella sufre violencia, porque ella cuida a otros hijos e tiene poco tiempo para sí misma, porque sí vive lejos de su trabajo y son muchas horas al día en precarios transportes públicos, que hacen su rutina agotadora, porque en el centro de salud de su comunidad el método más adecuado a sus necesidades no está disponible."

Presentación de José Gomes Temporão, representante de la Academia Nacional de Medicina, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

El ideal es que abortos sean raros, pero ofrecidos de forma segura cuando, por cualquier razón, sean necesarios.

"Pero si la ciencia dice que la vida se inicia en la concepción, no hay qué discutir..."

En realidad no hay consenso científico sobre cuando se inicia la vida humana.

Embriólogos pueden decir que es a partir de la implantación del embrión; neurocientistas, que es cuando la actividad cerebral se inicia.

Desde al menos 1981, la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (NAS) reconoce que la ciencia no es capaz de responder a la pregunta sobre cuando la vida humana se inicia.

JOHNSEN, Dawn. The Creation of Fetal Rights: Conflicts with Women 's Constitutional Rights to Liberty, Privacy, and Equal Protection. Yale Law Journal, 1986.

→ ¿Qué puede decir la ciencia sobre la vida?

La ciencia sólo sabe responder lo que es la vida en nivel celular. Una célula es viva cuando tiene capacidad de crear copias de sí misma y de dividirse en dos.

Evidencias científicas revelan que una gran parte de los embriones no tiene la capacidad de convertirse en seres humanos, sea porque hay una alta tasa de embriones que no son implantados, sea porque muchos emabarazos fracasan después del implante. Por eso, "es posible decir que en ese proceso lo que se inicia es la potencialidad de algo, no ese algo en sí mismo."

Presentación de Helena Nader, representante de la Sociedad Brasileña por el Progreso de la Ciencia, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

"Organismos superiores no son más que comunidades de células originadas por crecimiento y división de una única célula fundadora. Nos desarrollamos a partir de un único óvulo fertilizado, así como cualquier otro organismo puede originarse de una única célula fundadora."

Presentación de HELENA NADER, representante de la Sociedad Brasileña por el Progreso de la Ciencia, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



La ciencia no sólo no responde cuando se inicia la vida como no es capaz de cerrar un debate a respecto de derechos. · Al despenalizar el aborto, Brasil estará cumpliendo con sus obligaciones internacionales

Brasil ha hecho parte de la elaboración y ha ratificado documentos normativos y principiológicos que consolidan los **derechos sexuales y reproductivos** de las mujeres como **derechos humanos fundamentales**, que no son incompatibles con la protección del derecho a la vida.

El aborto es parte fundamental de una demanda para ejercer esos derechos.

• Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979):

Reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El comité que supervisa su implementación emitió, en 2014, la recomendación de que los Estados-miembros cambien sus leyes que restringen el acceso al aborto.

Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review, 2014.

Conferencia de Cairo (1994):

Determina que los Estados promuevan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y garanticen que ellas controlen su propia fertilidad.

Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarollo – Plataforma de Cairo. Cairo, 1994.

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995):

Informa que la violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres puede limitar sus oportunidades y el ejercicio de otros derechos.

Organización de las Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006):

Reconoce de forma específica los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Afirma que es parte de ese derecho la posibilidad de ejercer la planificación familiar, decidiendo el número y el espaciamiento de sus hijos.

BRASIL. Decreto nº 6.949/09.

La Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconocen el derecho al aborto como compatible con la Convención Americana de Derechos Humanos

Brasil reconoce la Corte Interamericana de Derechos Humanos como competente para interpretar la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).

BRASIL. Decreto nº 4.463/02.

La Convención, en su artículo 62, afirma que la competencia para interpretarla es de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, desde que los Estados reconozcan la referida competencia.

BRASIL. Decreto nº 4.463/02.

¿Qué comprendió la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre la despenalización del aborto?

Dispone el Pacto de San José de Costa Rica:

Artigo 4.1. Toda persona tiene el derecho de que se respete su vida. Ese derecho debe ser protegido por la ley y, **en general**, desde el momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

La Corte comprendió que la cláusula "en general" permite el balance entre los derechos e intereses en conflicto y que el embrión debe recibir protección progresiva, no equiparada a la protección garantizada a la persona, para que no sean heridos de una forma desproporcionada los derechos de las mujeres.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. / Presentación de José Henrique Rodrigues Torres, representante del Centro de Investigación en Salud Reproductiva de Campinas, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



"Es exactamente por eso que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, al reconocer la necesidad de un juicio de ponderación entre los derechos fundamentales de la mujer y los intereses relativos a la protección de una vida en potencial, afirmó que la despenalización del aborto no viola el derecho a la vida, aunque protegido por la Convención Americana en general desde la concepción, en los términos de su artículo 4º."

Presentación de José Henrique Rodrigues Torres, representante del Centro de Investigación en Salud Reproductiva de Campinas, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

.....

Ese entendimiento ya se había sido consolidado en la Resolución nº 23/81 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos: según la resolución, la cláusula "en general" fue insertada para acomodar las legislaciones de los países signatarios que ya preveían hipótesis de aborto legal.

Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Resolución nº 23/81.



"En el juicio del caso 'Baby Boy vs. Estados Unidos' (1981), la Corte ya había hecho clara su posición acerca de la posibilidad del aborto tornarse una de las excepciones permitidas por el uso de la expresión 'en general', contenida en el artículo 4.1, al rechazar la solicitud de condenación del estado por la legalización del aborto en Massachusetts. En la ocasión, la Corte basó su decisión justamente en el hecho de que la redacción del tratado prevee la locución "en general", lo que hace que el texto sea sustancialmente diferente de la versión más corta presentada por los peticionarios, que consideraba que "toda persona tiene el derecho de que se respete su vida desde el momento de la concepción".

Presentación de Camila Silva Nicácio, representante de la Clínica de Derechos Humanos de la Universidad Federal de Minas Gerais, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018

Además...

Invocar disposiciones de la Convención Interamericana para no cumplir las obligaciones internacionales de respetar los derechos fundamentales de las mujeres violaría el principio de buena fe.

Presentación de SEBASTIÁN RODRÍGUEZ ALARCÓN, representante del Center for Reproductive Rights, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.



"¿Pero la autorización del aborto no implicaría una posibilidad de discriminación y eugenesia?"

No. Decisiones reproductivas individuales no son capaces de promover políticas eugenésicas.

Decir el contrario significa responsabilizar a mujeres y niñas por la negligencia del Estado en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad.

Mujeres que abortan cuando marcadores genéticos para la discapacidad son identificados pueden sentir miedo del abandono por parte del Estado, de las comunidades o de las familias. Y con razón: la situación actual aún es de negligencia en relación a los derechos de las personas con discapacidad.

Las madres de niños con enfermedades raras y graves en Brasil, además de abandonadas por el Estado, con frecuencia son abandonadas por sus compañeros. En 2012, se estimó que el 78% de esas mujeres fueron abandonadas hasta que sus hijos completaran cinco años. Con eso, ellas pasan a ser las únicas cuidadoras del niño y responsables por la manutención financiera del hogar.

DIAS, Adriana. Ações para doenças raras no Brasil: Desafios à saúde pública, imperativo em direitos humanos, 2012.

Las mujeres con discapacidad enfrentan más dificultades que las otras mujeres para acceder a sus derechos sexuales y reproductivos.

¿Por qué? Hay en la sociedad una visión equivocada y discriminatoria de que las personas con discapacidad no tienen necesidades relacionadas al libre ejercicio de la sexualidad.

¿Cuales son las consecuencias de esa visión discriminatoria para las mujeres con discapacidad?

Barreras arquitectónicas y actitudinales para el acceso a la salud sexual y reproductiva:

- · las instalaciones y los equipamientos de salud, en general, son **incompatibles con las ne- cesidades específicas de las mujeres con discapacidad**. Eso dificulta los cuidados en salud;
- ellas se enfrentan a dificultades aún mayores para conversar con profesionales y recibir información de confianza sobre anticonceptivos;
- no tener acceso a la información fiable es aún más peligroso para ellas: la píldora anticonceptiva, por ejemplo, aumenta el riesgo de formación de coágulos sanguíneos a los cuales las mujeres en silla de ruedas ya están sujetas sólo para citar una particularidad a la que esas mujeres están sometidas.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reproductive Rights: What Do They Mean for Disabled Women?, 2017. / GESSER, Marivete et al. Psicologia, Sexualidade e Deficiência: Novas Perspectivas em Direitos Humanos. Psicol. cienc. prof., 2014.



El riesgo de sufrir violencia sexual es más elevado para una niña con discapacidad que para una niña sin discapacidad.

BARROS, Ana Cláudia et al. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. Cad. Saúde Pública, 2016.

Todo eso hace con que el aborto sea una demanda fundamental de las mujeres con discapacidad para que puedan decidir si tienen condiciones y si disponen del apoyo necesario para el proyecto de maternidad.

Presentación de Adriana Dias, representante del Instituto Baresi, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018.

La situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad en el acceso a la salud sexual y reproductiva hace aún más urgente la despenalización del aborto. "Pero Brasil es un país de mayoría cristiana y el cristianismo rechaza el aborto"

Es necesario recordar: el Estado brasileño es laico

Un dictamen religioso, aunque sea consensual en las religiones, no puede determinar las leyes del Estado.

> ¿Eso significa que el Estado debe ignorar las religiones?

No, las religiones deben ser escuchadas. Sin embargo, las decisiones legislativas, judiciales y las políticas públicas deben formularse a la luz del derecho y de los principios de la justicia.

Así ha afirmado el Ministro Marco Aurélio en la acción constitucional ADPF 54: los argumentos religiosos deben ser expuestos "en términos cuya adhesión no dependa de esa o de aquella creencia".

Además de eso, la despenalización del aborto y la tradición religiosa no son incompatibles:

Hay quien defienda que las construcciones hechas acerca del cristianismo para condenar el aborto vienen de una descontextualización del texto bíblico: hay argumentos bíblicos-teológico-pastorales que no condenan el aborto.

Eso es lo que se ha comprobado a partir de las relecturas hermenéuticas de la Biblia bajo una perspectiva de género que se está realizando por teólogos y teólogas desde el inicio del siglo XX.

En las religiones, hay disenso sobre cómo tratar la cuestión del aborto

No siempre el aborto ha sido visto como un pecado:

"Recordemos que solamente en la 2ª mitad del siglo XIX, en 1861, el aborto se ha declarado un pecado, sin nunca haberse tornado objeto de dogma. Pero los debates internos continuaron."

Presentación de Maria José Rosado, representante de Católicas por el Derecho a Decidir, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.



Tampoco hay consenso en las religiones sobre el inicio de la vida:

La **tradición hebrea**, por ejemplo, entiende que **la vida absoluta solamente se da a partir** del nacimiento



"Dios pone delante de nosotros la vida y la muerte, pero nos indica que debemos elegir la vida. La pregunta es: ¿qué significa elegir la vida? ¿Cuál vida? ¿La vida de quién? ¿Cuál aspecto de la vida? Salud mental también es vida."

Presentación de MICHEL SCHLESINGER, representante de la Confederación Israelita de Brasil, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.



"La ordenación sacerdotal no nos da el poder de juzgar. Nuestra misión es esencialmente servir y amar, como lo hizo Cristo mismo. Su ejemplo de defensa firme y valiente de las mujeres es digno de registro. Recordemos el caso de la mujer adúltera que fue condenada a la muerte por lapidación y después de defenderla, liberándola de los apedreadores, Jesús le dijo: "Mujer, yo tampoco te condeno" (Juan 8:11)."

Presentación de la pastora LUSMARINA CAMPOS GARCIA, representante del Instituto de los Estudios de la Religión (ISER), ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

• Esa fue la posición del Papa Francisco cuando extendió a los sacerdotes la posibilidad de ofrecer el perdón a las mujeres que han abortado

\equiv EL PAÍS

INTERNACIONAL

Papa Francisco autoriza o perdão da Igreja Católica às mulheres que abortaram

Francisco já havia concedido temporariamente a graça durante o Jubileu da Misericórdia

Papa Francisco autoriza el perdón de la Iglesia Católica a las mujeres que abortaron Francisco ya había concedido temporariamente la gracia en el Jubileo de la Misericordia
"Pienso, de forma especial, en todas las mujeres que han recurrido al aborto. Conozco bien los condiciona- mientos que las condujeron a esa decisión." Papa Francisco
El papel de la religión debe ser el de acoger, comprender y ofrecer compasión a las mujeres.
"[Nosotros, los religiosos] tenemos una oportunidad de ser relevantes en un momento tan crítico de la vida de una mujer y de su entorno. Solamente lo somos si nuestra posición es de acogida."
Presentación de Michel Schlesinger, representante de la Confederación Israelita de Brasil, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

"No es de extrañar que la Iglesia cambie. Históricamente, ella siempre cambió cuando percibió que las sociedades cambiaban. Fue así con relación a la esclavitud y fue así con relación a los derechos humanos. Recientemente, más un cambio: la condenación de la pena de muerte, por tanto tiempo aprobada por la Iglesia. ¿Por qué no podría reconsiderar su posición con relación al aborto?"

Presentación de Maria José Rosado, representante de Católicas por el Derecho a Decidir, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 6 de agosto de 2018.

 Recurrir a un aborto puede ser una decisión responsable para el cuidado y el bienestar de las familias. El Estado debe proteger y prevenir, no condenar a las mujeres a la cárcel o a la muerte.



"Tengo un contrato de trabajo temporal en el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, que en esta fecha se cierra sin la posibilidad de renovación. [...] Seremos tres personas pasando necesidades, no consiguiendo pagar mi alquiler, sin tener dinero para comprar comida y con toda esa dificultad todavía tendré un bebé en camino."

"Estoy cursando el quinto semestre del curso de Derecho, donde tengo una beca integral gracias a un programa del gobierno federal, y que es el pasaporte de mi familia a una vida mejor. Llevar adelante ese embarazo significa también interrumpir por plazo indeterminado la conclusión de mi sueño."

"No soy una mujer irresponsable, he cambiado de un anticonceptivo por otro. Como no tengo seguro de salud, todo procedimiento es hecho por el sistema público, donde todo y cualquier procedimiento es lento. No quiero ser presa y mucho menos morir. No parece justo conmigo."

REBECA MENDES, estudiante y madre de dos niños: Felipe, de 6 años, y Thomas, de 9.



"[Pedro era] tan pequeñito que cabía en mi mano. Pasó 6 meses en CTI con múltiples complicaciones mientras intentaba ganar peso. [...] Con 1 año y 2 meses, vino el diagnóstico de un complejo síndrome neurológico asociado con la falencia renal. [...] Pedro sobrevive porque es bien cuidado, sobrevive porque es amado, sobrevive porque pudimos cuidarlo integralmente cuando Marisa se quedó embarazada de nuevo. Él todavía pesaba poco más de 2 kilos de azúcar. Queríamos más hijos. Había mucha dificultad en el cuidado diario. Pero jamás desistimos del sueño de una familia grande, sólo no podía ser en aquel momento. "

"Necesitamos el aborto no por ser irresponsables o mezquinos, pero porque nos equivocamos en la utilización de los métodos o quizás porque ellos fallaron, y queríamos ser buenos padres de nuestro hijo eterno."

"Hablar en autonomía es reconocer que mi papel al lado de Marisa era el de cuidar de Pedrinho, de ella y de nuestros otros hijos. Era respetar la mejor decisión para ella."

Presentación de SÉRGIO REGO, representante de la Sociedad Brasileña de Bioética, ante el Supremo Tribunal Federal en la audiencia pública del día 3 de agosto de 2018. Sérgio es marido de Marisa y padre de Pedro.

43

Referencias

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Associação Médica Mundial. Declaração de Genebra. Chicago: 2017. Disponível em: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Acesso em 29 jan. 2019.

BARROS, Ana Cláudia Mamede Wiering de; DESLANDES, Suely Ferreira; BASTOS, Olga Maria. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00090415.pdf>. Acesso em 5 jul. 2018.

BERHAN, Yifru; BERHAN, Asres. Causes of Maternal Mortality in Ethiopia: A Significant Decline in Abortion Related Death. Ethiopian Journal of Health Sciences, p. 15-28, set. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4249203/>. Acesso em 29 jan. 2019.

BIGGS, Antonia et al. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry, p.169-178, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27973641. Acesso em 29 jan. 2019.

BOONSTRA, Heather et al. Abortion in Women's Lives. New York: Guttmacher Institute, 2006. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm>. Acesso em 29 jan. 2019.

Decreto nº 4.463, de 8 de novembro de 2002. Promulga a Declaração de Reconhecimento da
Competência Obrigatória da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Disponível em: < www.planalto.
gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4463.htm>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/ ato2007-2010/2009/decreto/d6949. htm>. Acesso em 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento. Brasília: 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao humanizada abortamento.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019.

Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. 3ª edição. Brasília: 2012. Disponível em: < <u>http://bvsms.</u> <u>saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf</u> >. Acesso em 29 ian. 2019.
Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Brasília: 2018. 218 p. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/07/Rename-2018-Novembro.pdf . Acesso em 29 jan. 2019.
Ministério da Saúde. SVS – Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Mortalidade materna segundo tipo de causas. Disponível em: < <u>http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c18.def</u> >. Acesso em 04 jul. 2018.
Supremo Tribunal Federal. ADI nº 3310. Relator: Ministro Ayres Britto. Disponível em: < <u>http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723</u> >. Acesso em 29 jan. 2019.
Supremo Tribunal Federal. ADPF nº 54. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: http://redir.stf.jus.br/paginador.jub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723 . Acesso em 29 jan. 2019.

BRIOZZO, Leonel et al. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. International Journal of Gynecology & Obstetrics, ago. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27577021>. Acesso em 29 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM № 1931/2009. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf. Acesso em 29 jan. 2019.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Artavia Murillo e outros ("Fecundação in vitro") vs. Costa Rica. Sentença de 28 de novembro de 2012 (exceções preliminares, mérito, reparações e custas). Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec 257 por.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

DIAS, Adriana. Ações para doenças raras no Brasil: Desafios à saúde pública, imperativo em direitos humanos. São Paulo: Instituto Baresi, 2012. Disponível em: https://institutobaresi.wordpress.com/2012/06/05/um-trecho-relatorio-baresi/. Acesso em 04 jul. 2018.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2019.

FAÚNDES et al. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 26, n. 2, p.89-96, 2004, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 29 jan. 2019.

GANATRA, Bela et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet, v. 390, p. 2372-2381, nov. 2017. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanceta/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext. Acesso em 29 jan. 2019.

GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano Henrique. Psicologia, Sexualidade e Deficiência: Novas Perspectivas em Direitos Humanos. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 34, n. 4, p. 850-863, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci arttext&pid=S1414=98932014000400850-&lng=en&nrm-iso>. Acesso em 29 jan. 2019.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, maio 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 jun. 2018.

GRIMES, David et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet, v. 368, p. 1.908-1919, nov. 2006. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69481-6/fulltext. Acesso em 29 jan. 2019.

HORGA, Mihai et al. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, v. 39, jan. 2013. Disponível em: https://srh.bmj.com/content/39/1/2. Acesso em 29 jan. 2019.

INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES. Avortements: evolution du nombre d'avortements et des indices annuels. Disponível em: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements. Acesso em: 13 fev. 2019.

JOHNSEN, Dawn E.. The Creation of Fetal Rights: Conflicts with Women 's Constitutional Rights to Liberty, Privacy, and Equal Protection. Yale Law Journal, v. 95, n. 3, 1986. Disponível em: http://digitalcommons.law.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6983&context=ylj. Acesso em 19 jul. 2018.

KASSEBAUM, Nicholas et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, v. 384, set. 2014. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60696-6/fulltext. Acesso em 29 jan. 2019.

LEE, Paul; SHANSON, David. Results of a UK survey of fatal anaphylaxis after oral amoxicillin. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, p. 1172–1179, ago. 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17761735>. Acesso em 29 jan. 2019.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995. 112 p. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019.

______. Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review, 2014. Fev, 2014. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/SRHR26Feb2014.pdf>. Acesso em 29 jan. 2019.

Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo. Cairo, 1994. Disponível em: < <u>http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf</u> >. Acesso em 29 jan. 2019.
ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Atas e documentos da Conferência Especializada Interamericana de Direitos Humanos. Nov. 1969. Disponível em: https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/Actas-Conferencia-Interamericana-Derechos-Humanos-1969.pdf . Acesso em 29 jan. 2019.
COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Resolução nº 23/81. Disponível em http://www.cidh.oas.org/annualrep/80.81sp/EstadosUnidos2141a.htm >. Acesso em 29 jan. 2019.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª edição, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/hand-le/10665/70914/9789248548437 por.pdf?sequence=7>. Acesso em 29 jan. 2019.
Fact sheet: Preventing unsafe abortion. fev, 2018. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion . Acesso em 29 jan. 2019.
Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th edition, 56 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118 eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 29 jan. 2019.
PAZOL, Karen et al. Abortion Surveillance — United States, 2011. Centers for Disease Control and Prevention, nov. 2014. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6311a1.htm . Acesso em 29 jan. 2019.
PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (DGS). Relatório dos Registros de Interrupções da Gravidez - Dados de 2016, 2017. Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/relatorio-de-ivg-2016-pdf.aspx . Acesso em 29 jan. 2019.
Tribunal Constitucional. Acórdão nº 75/2010. Relator: Conselheiro Joaquim de Sousa Ribeiro. Disponível em: http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20100075.html . Acesso em 29 jan. 2019.
RAYMOND, Elizabeth; DAVID, Grimesl. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstetrics and gynecology, fev. 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/222702715 . Access am 20 ian 2010

<u>gov/pubmed/22270271</u>>. Acesso em 29 jan. 2019.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. British Pregnancy Advisory Service. Reproductive Rights: What do They Mean for Disabled Women? British Pregnancy Advisory Service. Jun. 2017. Disponível: https://www.bpas.org/media/2030/reproductive-rights-and-disability-event-write-up-final.pdf>.. Acesso em 01 jul. 2018.

SAY, Lale et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health, v. 2, jun. 2014. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/ <u>fulltext</u>>. Acesso em 29 jan. 2019.

SINGH, Susheela et al. Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. Guttmacher Institute, dez. 2014. Disponível em: https://www.guttmacher.org/report/adding-it-costs-and-benefits-investing-sexual-and-reproductive-health-2014>. Acesso em 29 jan 2019.

STARRS, Ann et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet, maio 2018. Disponível em: https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights. Acesso em 29 jan. 2019.

THEME FILHA, Mariza et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. Reproductive Health, out. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766945>. Acesso em 29 jan. 2019.

TRUSSELL, James. Contraceptive failure in the United States. Contraception, maio 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477680>. Acesso em 29 jan. 2019.

WEITZ, Tracy A. et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. American Journal of Public Health, p. 454–461, mar. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673521/>. Acesso em 29 jan. 2019.





