

Acontecimientos en las leyes sobre aborto inducido: 1998–2007

Por Reed Boland y
Laura Katzive

Reed Boland es asociado de investigación, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, Boston, MA, EEUU, y editor del sitio web de la *Annual Review of Population Law*. Laura Katzive es subdirectora, International Legal Program, Center for Reproductive Rights, Nueva York.

CONTEXTO: La falta de acceso de las mujeres al aborto legal es uno de los principales factores que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas a nivel mundial. Este artículo describe cambios en la situación legal del aborto en países de todo el mundo a partir de 1998.

MÉTODOS: Para determinar los cambios, se revisó el texto completo de la nueva legislación sobre aborto inducido, la mayoría de las veces obtenida de sitios web gubernamentales. En la medida de lo posible, la información de contexto también se basó en una revisión de textos legales completos. Otras fuentes incluyen el *International Digest of Health Legislation* (publicado por la Organización Mundial de la Salud) y *Abortion Policies: A Global Review* (publicada en 2002 por la División de Población de las Naciones Unidas).

RESULTADOS: A partir de 1998, son 16 los países que han aumentado el número de causales por las que el aborto inducido puede ser realizado legalmente; en otros dos países, algunas jurisdicciones estatales expandieron las causales para el aborto. Otros dos países han eliminado causales para el aborto legal. Otros países mantuvieron las indicaciones existentes para el aborto inducido, pero adoptaron cambios que afectaron el acceso al procedimiento.

CONCLUSIONES: La tendencia mundial hacia la liberalización de las leyes de aborto observada en 1998 ha continuado. El reconocimiento del impacto de las restricciones para el aborto en los derechos humanos de las mujeres ha desempeñado un creciente rol en los esfuerzos para proporcionar el acceso al aborto.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2009, pp. 30–41

Las mujeres en todo el mundo buscan los abortos inducidos por razones similares,¹ pero su capacidad para terminar con un embarazo de manera legal varía dramáticamente dependiendo de dónde viven. En un determinado país, el gobierno puede proporcionar los servicios de aborto en forma gratuita y éstos pueden estar disponibles cerca de casa; mientras que en otro, los prestadores de servicios pueden enfrentar sanciones penales por ofrecer tales servicios. En donde los abortos están restringidos legalmente, las mujeres tienen más probabilidad de recurrir a prestadores de servicios carentes de capacitación o someterse al procedimiento bajo condiciones insalubres. Por lo tanto, la mortalidad materna relacionada con el aborto inseguro es generalmente alta en donde el aborto está severamente restringido.¹

Este artículo presenta una actualización de la revisión global de leyes de aborto realizada por Rahman, Katzive y Henshaw, publicada en 1998.² Describe brevemente las leyes de aborto en el mundo y examina todos los principales cambios legales a nivel nacional en cada región ocurridos desde la encuesta anterior, así como una serie de cambios de menor importancia que merecen mención. Adicionalmente, debido a que los organismos de derechos humanos internacionales y regionales han abordado el aborto como un tema de derechos humanos, este artículo incluye una breve discusión de los principales acontecimientos en esta área. Finalmente, el artículo analiza las ten-

dencias fundamentales en la reforma global de la legislación sobre aborto.

Aunque el aborto inducido es un procedimiento médico, su situación legal en muchos países ha sido incorporada a los códigos penales, los cuales históricamente se han caracterizado al aborto como un crimen. A través del tiempo, la mayoría de estas prohibiciones penales han sido enmendadas para especificar las circunstancias en las cuales el aborto no conlleva la penalización, como cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro. En la actualidad, la mayoría de los países, aun aquellos con leyes de aborto relativamente liberales, tienen todavía disposiciones en sus códigos penales que describen las circunstancias en las que el aborto es un crimen. De manera creciente, esas disposiciones en los códigos penales han sido complementadas o reemplazadas por estatutos de salud pública, decisiones de los tribunales, y otras leyes y reglamentaciones que abordan la prestación de servicios de salud reproductiva. Por lo tanto, la caracterización de la legislación de aborto de un país puede hacer referencia a múltiples fuentes legales.

Nuestro análisis de los cambios recientes se basa en una revisión de textos completos de nuevas leyes de aborto, obtenidos principalmente, en forma directa, de sitios web gubernamentales. En la medida de lo posible, la información de contexto se basó también en una revisión de textos legales completos. En algunos casos, las traducciones y otra información se obtuvo de fuentes como el *Interna-*

tional Digest of Health Legislation [Compendio Internacional de Legislación en Salud] (publicado por la Organización Mundial de la Salud); el sitio web del Annual Review of Population Law [Revisión Anual de Leyes de Población]; y *Abortion Policies: A Global Review [Políticas de Aborto: Una Revisión Global]*, publicada en 2002 por la División de Población de las Naciones Unidas.

REVISIÓN DE LEYES ACTUALES

El Cuadro 1 clasifica las leyes de aborto de 196 países y territorios dependientes, agrupándolas en categorías que muestran la variedad de las restricciones legales sobre el aborto.³ Las leyes se clasifican con base en la lectura literal de estatutos, reglamentaciones y decisiones de los tribunales; esto, en contraposición con la forma en que las leyes son aplicadas en la práctica. Debe reconocerse, sin embargo, que

CUADRO 1. Países, agrupados por nivel de restricción de ley de aborto, por región, agosto de 2008

Prohibido totalmente o para salvar la vida de la mujer

LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE

Antigua y Barbuda, Brasil (V), Chile (ND), Dominica, El Salvador (ND), Guatemala, Haití, Honduras, México* (F/V), Nicaragua (ND), Panamá (F/V/AP), Paraguay, República Dominicana, Surinam, Venezuela

ASIA CENTRAL, EL MEDIO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA

Afganistán, Cisjordania y Franja de Gaza, Egipto, Emiratos Árabes Unidos (AP/AE), Irán (F), Iraq, Líbano, Libia (AP), Omán, Siria (AP/AE), Yemen

ASIA ORIENTAL Y DEL SUR Y EL PACÍFICO

Bangladesh, Brunei Darussalam, Bután (I/V/X), Filipinas, Indonesia, Islas Marshall (NC), Islas Salomón, Kiribati, Laos, Micronesia (NC), Myanmar, Palaos (NC), Papúa Nueva Guinea, Sri Lanka, Tonga, Tuvalu

EUROPA

Andorra, Irlanda, Malta, Mónaco, San Marino

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Angola, Congo (Brazzaville), Côte d'Ivoire, Gabón, Guinea-Bissau, Islas Mauricio, Kenia, Lesotho, Madagascar, Malawi (AE), Mali (I/V), Mauritania, Nigeria, Rep. Centroafricana, Rep. Democrática de Congo, Santo Tomás y Príncipe, Senegal, Somalia, Sudan (V), Tanzania, Uganda

Salud física

LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE

Argentina (VM), Bahamas, Bolivia (I/V), Costa Rica, Ecuador (VM), Granada, Perú, Uruguay (V)

ASIA CENTRAL, EL MEDIO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA

Arabia Saudita (AP/AE), Jordania, Kuwait (F/AP/AE), Marruecos (AE), Qatar (F)

ASIA ORIENTAL Y DEL SUR Y EL PACÍFICO

Maldivas (AE), Pakistán, Rep. de Corea (F/I/V/AE), Vanuatu

EUROPA

Liechtenstein (X), Polonia (F/I/V/AP)

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Benín (F/I/V), Burkina Faso (F/I/V), Burundi, Camerún (V), Chad (F), Comoras, Eritrea (I/V), Etiopía (F/I/V/X), Guinea (F/I/V), Guinea Ecuatorial (AP/AE), Mozambique, Níger (F), Ruanda, Togo (F/I/V), Yibuti, Zimbabue (F/I/V)

Salud física y mental

LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE

Colombia (F/I/V), Jamaica (AP), San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía (I/V), Trinidad y Tobago

ASIA CENTRAL, EL MEDIO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA

Argelia, Israel (F/I/V/X)

Salud física y mental (continúa)

ASIA ORIENTAL Y DEL SUR Y EL PACÍFICO

Hong Kong (F/I/V), Malasia, Nauru, Nueva Zelandia (F/I), Samoa, Tailandia (F/V)

EUROPA

España (F/V), Irlanda del Norte

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Botsuana (F/I/V), Gambia, Ghana (F/I/V), Liberia (F/I/V), Namibia (F/I/V), Seychelles (F/I/V), Sierra Leona, Suazilandia (F/I/V)

Salud física y mental y causales socioeconómicas

LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE

Barbados (F/I/V/AP), Belice (F), San Vicente y las Granadinas (F/I/V)

ASIA ORIENTAL Y DEL SUR Y EL PACÍFICO

Australia*, Fiyi, India (F/V/AP), Japón (AE), Taiwán (F/I/AP/AE)

EUROPA

Chipre (F/V), Gran Bretaña (F), Finlandia (F/V/X), Islandia (F/I/V/X), Luxemburgo (F/V/AP)

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Zambia (F)

Sin restricciones en cuanto a la razón

LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE

Canadá (L), Cuba\$ (AP), Guyana†, Estados Unidos*, *† (AP), Puerto Rico*†

ASIA CENTRAL, EL MEDIO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA

Armenia\$, Azerbaiyán\$, Bahreín\$, Georgia\$ (AP), Kazakstán\$, Kirguistán\$, Tayikistán\$, Túnez\$, Turkmenistán\$, Turquía‡ (AP/AE), Uzbekistán\$

ASIA ORIENTAL Y DEL SUR Y EL PACÍFICO

Camboya**, China (SS/L), Mongolia\$, Nepal\$ (SS), Rep. Popular Dem. de Corea (L), Singapur‡, Vietnam(L)

EUROPA

Albania\$, Alemania**, Antigua Rep. Yugoslava de Macedonia\$ (AP), Austria**, Bélgica**, Bosnia/Herzegovina\$ (AP), Bulgaria\$, Croacia\$ (AP), Dinamarca\$ (AP), Eslovenia\$ (AP), Estonia\$, Fed. Rusa\$, Francia**, Grecia\$ (AP), Hungría\$, Italia\$\$ (AP), Latvia\$ (AP), Lituania\$, Moldavia\$, Montenegro\$ (AP), Noruega\$ (AP), Países Bajos*†, Portugal‡ (AP), Rep. de Belarús\$, Rep. Checa\$ (AP), Rep. Eslovaca\$ (AP), Rumania**, Serbia\$ (AP), Suecia††, Suiza\$, Ucrania\$

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Cabo Verde\$, Sudáfrica\$

* Sistema federal; ley de aborto determinada por los estados. En Australia y México, las leyes estatales caen dentro de diferentes categorías de restricción. La clasificación refleja las leyes que afectan al mayor número de personas. † El límite gestacional es de ocho semanas. ‡ El límite gestacional es de 10 semanas. § El límite gestacional es de 12 semanas. ** El límite gestacional es de 14 semanas. †† El límite gestacional es de 18 semanas. ‡‡ El límite gestacional es de 24 semanas. §§ El límite gestacional es de 90 días. *† La ley no limita los abortos en condiciones de pre-viabilidad. *Notas:* Los países en la lista incluyen estados independientes y, en los casos en que la población excede un millón de habitantes, incluyen regiones semi-autónomas, territorios y jurisdicciones con estatus especial. El Cuadro incluye, por lo tanto, Hong Kong, Irlanda del Norte, Puerto Rico, Taiwán, Cisjordania y la Franja de Gaza. Para límites gestacionales, la duración del embarazo se calcula a partir del primer día del último período menstrual, lo cual generalmente se considera que ocurre dos semanas previas a la concepción. Por ello, los límites gestacionales legales calculados a partir de la fecha de la concepción han sido extendidos en dos semanas. F=Aborto permitido en casos de malformación del feto. I=Aborto permitido en casos de incesto. V=Aborto permitido en casos de violación. VM=Aborto permitido en casos de violación de una mujer discapacitada mentalmente. X=Aborto permitido con base en causales adicionales enumeradas, relacionadas con factores como la edad de la mujer o su capacidad para cuidar a un hijo. AP=Se requiere autorización de los padres. AE=Se requiere autorización del esposo. SS=Prohibido el aborto para la selección de sexo. L=La ley no indica límite gestacional. ND=La existencia de la defensa de estado de necesidad está en cuestión. NC=Ley no clara. *Fuente:* referencia 3.

las leyes que aparecen como altamente restrictivas, pueden interpretarse más liberalmente en la práctica. De igual forma, los fundamentos para el aborto legal en algunos países pueden tener poco efecto práctico debido a la falta de disposición de los prestadores de servicios de aborto, a la ausencia de instituciones apropiadas, o al severo estigma social asociado a dar término a un embarazo.

Nuestro sistema de clasificación, mismo que se describe en mayor detalle en la revisión de 1998,² divide a los países del mundo en cinco categorías. En la primera categoría están los países cuyas leyes prohíben el aborto, ya sea en todos los casos o que lo permiten solamente para salvar la vida de una mujer. Cerca del 26% de la población mundial vive en los 68 países de esta categoría. Si bien algunos países en este grupo de manera explícita permiten el aborto para salvar la vida de una mujer, como en el caso de Indonesia, Kenia y Venezuela, otros no lo hacen. De los países cuyas leyes no hacen excepciones explícitas, muchos tienen prohibiciones al aborto desde hace mucho tiempo, como Egipto, las Filipinas y Haití. Las leyes en estos países generalmente se interpretan de acuerdo con el principio legal general de “estado de necesidad”, el cual proporciona una defensa cuando se realiza un aborto para salvar la vida de una mujer. Es importante señalar, sin embargo, que esta defensa sigue siendo en gran parte teórica en muchos países y puede no proteger a los prestadores de ser procesados (aunque puede presentarse como argumento para bloquear una condena penal). También están incluidos en este grupo un puñado de países—entre ellos Chile, El Salvador y Nicaragua—que previamente reconocían algunas condiciones limitadas para el aborto legal, pero que recientemente eliminaron todas las excepciones de sus códigos penales, poniendo con ello en duda la disponibilidad de la defensa de estado de necesidad.

La segunda categoría incluye los países cuyas leyes permiten el aborto para proteger la salud física de la mujer. Casi 10% de la población mundial vive en los 35 países de esta categoría, entre ellos Camerún, Pakistán y Perú. Muchas de esas leyes se refieren al aborto inducido como un procedimiento permitido con base en causales “terapéuticos” o “de salud”; y, por lo tanto, podrían interpretarse de manera amplia, en línea con la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴ Sin embargo, dada la postura restrictiva de muchos gobiernos respecto al aborto, cuando las leyes de un determinado país no hacen mención explícita de la salud mental, lo hemos clasificado como si sus leyes protegieran solamente la salud física. En algunos casos, tales leyes requieren que la amenaza de lesión a la salud sea grave o permanente.

Los países en la tercera categoría tienen leyes que explícitamente reconocen las amenazas a la salud mental como una justificación para el aborto. Veintitrés países, que representan 4% de la población mundial, tienen este tipo de leyes; estos países incluyen Botsuana, España e Israel. Aunque, en términos generales, el aborto por causa-

les de salud mental tiene que ser aprobado por un profesional médico, puede considerarse una variedad de factores para determinar si un embarazo amenaza la salud mental de una mujer. Dependiendo de la formación y circunstancias de una mujer, la angustia por un embarazo resultante de una violación o incesto, el diagnóstico de una grave malformación del feto, o un embarazo que ocurra fuera del matrimonio, pueden todas ser causales suficientes para justificar un aborto conforme a estas leyes.⁵

Los factores socioeconómicos son reconocidos explícitamente como causales para el aborto por países de la cuarta categoría. Catorce países, en los cuales vive más del 20% de la población mundial, tienen leyes que permiten que un prestador de servicios médicos tome en cuenta las circunstancias sociales y económicas de una mujer cuando determinen su elegibilidad para un aborto. Gran Bretaña, India y Zambia están en esta categoría.

Finalmente, la quinta categoría contiene los países con las leyes que permiten el aborto sin restricción en cuanto a la razón. Cincuenta y seis países, que representan casi 40% de la población mundial, tienen leyes en esta categoría. Éstos incluyen China, los Estados Unidos, la Federación Rusa y Francia.

Como se describió en mayor detalle en la revisión de leyes publicada en 1998, el número de causales respecto a los cuales el aborto es legal representa solamente una medida del grado de restricción de una ley. Las leyes pueden también limitar el acceso de las mujeres al procedimiento al requerir la autorización del esposo o tutor, al definir de manera restringida el tipo de personal médico que puede realizar un aborto, al limitar las instituciones en las que el procedimiento puede ser proporcionado, al prohibir la publicidad de los servicios de aborto, al requerir que una mujer se someta a consejería dirigida a disuadirla de tener un aborto, o al establecer periodos de espera entre la consejería y el procedimiento. Los países que financian los servicios médicos en general, pueden negar el financiamiento específicamente para abortos que se consideren médicamente innecesarios. Adicionalmente, las leyes que permiten el aborto sin restricción en cuanto a la razón, pueden imponer límites de tiempo demasiado cortos sobre cuándo puede realizarse un aborto sin la autorización de un médico.

ACONTECIMIENTOS A PARTIR DE 1998

Desde 1998, son 20 los países que han hecho cambios sustanciales en sus leyes de aborto (Cuadro 2). Dieciséis países añadieron indicaciones que los cambiaron de una de nuestras categorías a otra, o reconocieron la violación, el incesto o la malformación del feto como causales para el aborto legal. En contraste, sólo dos países añadieron restricciones que los movieron de una categoría a otra. En dos países en donde las leyes de aborto se formulan a nivel estatal, ocurrieron liberalizaciones significativas en varios estados. Otros países (no se muestra) mantuvieron las indicaciones existentes para el aborto, pero adoptaron cambios que afectaron el acceso al procedimiento.

Las Américas

• **Principales cambios.** América Latina y el Caribe han presenciado varios cambios significativos desde 1998, algunos que liberalizan las leyes de aborto, mientras que otros imponen restricciones al aborto. La liberalización más notable ocurrió en Colombia en 2006. La Corte Constitucional derogó la prohibición del aborto en el país con base en que su carencia de excepciones explícitas⁶ no respetaba los derechos de la mujer, incluida sus derechos a dignidad, libertad, salud y vida.⁷ En la actualidad, el aborto es permitido cuando está en peligro la vida o la salud de la mujer, así como en casos de violación, incesto o grave malformación del feto. Posteriormente, en 2006, el Ministerio de Protección Social de Colombia emitió una reglamentación dirigida a asegurar el acceso a los servicios de aborto legal, sin importar la capacidad de pago de la mujer. Las autoridades de salud tienen la obligación de garantizar un número adecuado de prestadores de servicios de aborto y no deben causar retrasos innecesarios en la prestación de los servicios, como sucede al requerir períodos de espera, aprobaciones de la corte o autorización por parte de múltiples médicos.⁸

En Santa Lucía, en 2004, como parte de una reforma más amplia del código penal del país, varias indicaciones para el aborto fueron reconocidas. En la actualidad, el aborto se permite cuando un embarazo pone en peligro la vida o la salud física o mental de la mujer, o si es resultado de violación o incesto.⁹ Conforme a la ley anterior, el aborto era permitido solamente cuando se realizaba “para propósitos de tratamiento médico o quirúrgico de una mujer embarazada”.¹⁰

La región ha también presenciado la introducción de las más severas restricciones a leyes de aborto en los últimos 10 años. En 1998, entró en vigor un nuevo código penal en El Salvador, mismo que eliminó todas las excepciones a su prohibición del aborto.¹¹ Conforme a la anterior ley, el aborto se permitía para salvar la vida de una mujer y en casos de violación o grave malformación del feto.^{12(p.137)} En 2006, Nicaragua enmendó su código penal para eliminar todas las excepciones a su prohibición del aborto.¹³ La nueva ley eliminó la disposición del anterior código penal que permitía la realización de los abortos terapéuticos después de la aprobación por parte de tres médicos y con el consentimiento del esposo o del pariente más cercano de la mujer embarazada.¹⁴

• **Otros acontecimientos legales.** En México, en donde la ley de aborto es determinada por los estados, varios acontecimientos legislativos son significativos a nivel estatal. En 2007, el Distrito Federal de México (Ciudad de México) enmendó su código penal para permitir el aborto sin restricción en cuanto a la razón durante las primeras 12 semanas del embarazo.¹⁵ Este cambio tuvo como antecedente una serie de reformas importantes en el Distrito Federal a lo largo de siete años. Las reformas anteriores habían expandido las causales para el aborto; crearon mecanismos para realizar el aborto en casos de violación y de inseminación artificial involuntaria; y obligaron a que el

CUADRO 2. Países que liberalizaron o restringieron sus leyes de aborto entre enero de 1998 y diciembre de 2007

Región	País
Liberalizaron	
Las Américas/El Caribe	Colombia, México (jurisdicciones múltiples), Santa Lucía
Asia Central /Medio Oriente/ África del Norte	Irán
Asia Oriental y del Sur /Pacífico	Australia (jurisdicciones múltiples), Bután, Nepal,* Tailandia
Europa	Portugal,* Suiza*
África Subsahariana	Benín, Chad, Etiopía, Guinea, Mali, Níger, Suazilandia, Togo
Restringieron	
Las Américas/El Caribe	El Salvador, Nicaragua

* El aborto es ahora disponible sin restricción durante el primer trimestre.

gobierno asegurara que las mujeres pudieran tener un aborto, en forma gratuita, en las instituciones públicas.^{16,17} Se otorgó a los prestadores de servicios un derecho limitado a rehusarse a realizar abortos por objeción de conciencia, en tanto la vida de la mujer no estuviera en peligro y el prestador de servicios la refiriera a un médico que no fuera objetor de conciencia. La ley de 2007 se basó en estas reformas, requiriendo educación y acciones de alcance comunitario en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, así como la prestación de la gama completa de métodos seguros y efectivos de anticoncepción. Conforme a esta nueva ley, los servicios deben proporcionarse de manera sensible a las necesidades de diversos grupos, especialmente de las personas jóvenes y adolescentes.

Adicionalmente, varios estados mexicanos con leyes restrictivas de aborto, incluidos Chihuahua,¹⁸ Estado de México,¹⁹ Morelos,²⁰ Baja California Sur²¹ e Hidalgo,²² añadieron causales según las cuales el aborto es permitido o no es castigado, como en el caso de las amenazas a la salud de la mujer o la malformación del feto.²³

Aunque las leyes son determinadas por los estados, en 2006 el gobierno federal de México emitió una directiva a todos los ministerios de salud estatales, requiriéndoles una definición clara de sus mecanismos para tener un aborto legal.²⁴ Esta directiva fue emitida después de una solución amistosa suscrita por México ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso de Paulina. A Paulina, una niña de 13 años, se le negó un aborto en el estado de Baja California después de resultar embarazada debido a una violación, lo cual es una indicación para un aborto legal en ese estado. El gobierno mexicano, reconociendo que la negación del servicio violó los derechos humanos de Paulina, acordó algunas disposiciones adicionales, incluida la reparación de daños a Paulina, así como una reglamentación en Baja California para garantizar el acceso al aborto en casos de violación.²⁵

Algunos otros países en América Latina, aunque no expandieron las causales para el aborto legal, sí establecieron mecanismos dirigidos a hacer que los abortos fueran

más seguros. En 2004, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay aprobó un comunicado con medidas para prevenir el aborto inseguro que pone énfasis en la necesidad de proporcionar a las pacientes información que les permita tomar decisiones responsables e informadas. La estrategia incluye las consultas antes del aborto, en las que se proporciona servicios de salud ginecológica y mental, así como consultas de atención postaborto.²⁶ En 2006, Ecuador aprovechó la promulgación de un nuevo código de salud para el mismo propósito. El código autoriza a los servicios de salud la realización de abortos que sean legales conforme al código penal (cuando haya amenaza para la vida o salud, o si el embarazo es resultado de la violación de una mujer discapacitada mentalmente); y les prohíbe rehusarse a atender a mujeres que estén en el proceso de tener un aborto o que hayan tenido un aborto espontáneo, según sea diagnosticado por un profesional.²⁷ En 2005, en Brasil, país que permite el aborto solamente para salvar la vida de la mujer embarazada y en caso de que el embarazo sea resultado de violación, el Ministerio de Salud adoptó reglamentaciones detalladas que aclaran a los médicos—y a las mujeres embarazadas—los requisitos procesales para realizar un aborto legal.²⁸

Finalmente, en 2007, en una acción tendiente a incrementar las restricciones, la Suprema Corte de los Estados Unidos decidió ratificar la Ley de Prohibición del Aborto por Nacimiento Parcial de 2003.²⁹ Aunque la definición del término no médico en la ley “aborto por nacimiento parcial” es vago y de un alcance potencialmente excesivo, la Suprema Corte interpretó la prohibición de manera estrecha para ser aplicada solamente a un procedimiento de segundo trimestre llamado dilatación y evacuación intacta. Sopesando, por primera vez, el interés del Congreso en proteger la vida del feto contra la salud de las mujeres, la Corte ratificó la prohibición, a pesar de su falta de excepciones para salvaguardar la vida de la mujer.

Asia Oriental y del Sur y el Pacífico

• *Principales cambios.* En Asia Oriental y del Sur y el Pacífico, todos los cambios liberalizaron las leyes de aborto.* La reforma más significativa en esta región ocurrió en Nepal en 2002. Previamente, aunque el código legislativo establecía que el aborto era un crimen “excepto cuando se hacía con el propósito del bienestar”,³⁰ la ley se interpretaba en el sentido de que se prohibía el aborto bajo cual-

quier circunstancia. La reforma de la ley de aborto ocurrió como parte de una legislación integral dirigida a terminar con la discriminación en contra de las mujeres en el código legislativo del país a nivel nacional. El nivel de conciencia pública acerca de las altas tasas de mortalidad materna en el país, así como el hecho de que las mujeres estaban siendo encarceladas por tener abortos ilegales, creó presión en el parlamento para liberalizar la ley.^{31,32} Ahora, conforme al código legislativo enmendado, se permite el aborto a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo; y, posteriormente, en caso de violación, incesto o malformación del feto, o si la vida o la salud física o mental de la mujer está en peligro.³³ El código legislativo enmendado prohíbe los abortos realizados con el propósito de selección de sexo.

Una reforma de la ley de aborto ocurrió también en Bután, país que carecía previamente de una ley formal sobre aborto, pero que se pensaba permitía solamente abortos para salvar la vida de la mujer embarazada.^{12(p.61)} En 2004, como parte de un movimiento nacional para fortalecer las instituciones democráticas y las condiciones sociales,^{34,35} Bután aprobó su primer código penal, el cual incluye disposiciones sobre el aborto. En la actualidad, el aborto es permitido en tres casos: para salvar la vida de la mujer embarazada; cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto; y cuando la mujer embarazada padece de una perturbación mental.³⁶

En Tailandia, después de décadas de intentos fallidos por parte del parlamento para relajar las restricciones sobre el aborto, el Consejo Médico Tailandés emitió reglamentaciones conforme a la ley tailandesa, que interpretan las disposiciones del código penal relativas al aborto de una manera que aumenta el acceso al procedimiento.³⁷ Según el código penal, los abortos son permitidos en dos situaciones: cuando es “necesario” para la salud de la mujer embarazada y cuando el embarazo es el resultado de una ofensa sexual.³⁸ Antes de la expedición de las nuevas reglamentaciones, la salud se definía usualmente solamente en términos de la salud física, en vez de la salud física y mental. Las reglamentaciones dejan en claro que los abortos se permiten no solamente para preservar la salud física de la mujer, sino también para proteger su salud mental. Adicionalmente, las amenazas a la salud mental incluyen “tensiones severas” causadas por el diagnóstico de una discapacidad fetal grave o enfermedad genética.

• *Otros acontecimientos legales.* En 2002, India modificó su Ley de Terminación Médica del Embarazo para eliminar las barreras burocráticas que restringían el acceso al aborto.³⁹ Esta ley delegó facultades a los gobiernos locales para aprobar lugares donde se pueden realizar la terminación médica del embarazo, en lugar de requerir que el gobierno central lo hiciera. El aborto sigue siendo legal con base en motivos socioeconómicos.

Como en México, en Australia ocurrió una serie de acontecimientos importantes a nivel de estado y territorio. Hasta 1998, se permitió el aborto con base en varios motivos en diferentes estados, pero en ningún estado estaba

*Debido a la preocupación sobre el desequilibrio en las tasas de nacimientos entre niñas y niños, varios países asiáticos, incluidos China, India y Vietnam, aprobaron leyes y reglamentaciones en los años noventa para prohibir el uso de ultrasonografía y otras técnicas para identificar el género del feto con fines de abortar para la selección de sexo. En 2002, China, en su Ley de Población y Planificación Familiar, especificó que estaba prohibida tanto la determinación del sexo como la propia realización de la “terminación del embarazo para la selección de sexo por propósitos no médicos”. Aunque el aborto continúa estando disponible a solicitud y la ley no establece restricciones o requisitos asociados en cuanto a los prestadores de servicios o a las mujeres que buscan abortos, este cambio sí es una señal de que continúa la preocupación del gobierno por el creciente desequilibrio de género en su población (fuente: Population and Family Planning Law, Dec. 29, 2001, art. 35, <http://www.unescap.org/esid/psis/population/database/poplaws/law_china/ch_record052.htm#chapter5>, consultado el 24 de agosto de 2008).

disponible a solicitud.^{40,41} Esta situación cambió en 1998, cuando Australia Occidental enmendó su Ley de Salud para permitir los abortos sin restricción en cuanto a la razón hasta la 20ª semana del embarazo; y, posteriormente, en casos de malformación del feto o cuando haya amenaza para la vida o la salud de la mujer.⁴² Previamente, los abortos podían realizarse “si eran razonables” para la preservación de la vida de la mujer embarazada.⁴³ En 2002, el Territorio de la Capital Australiana avanzó todavía más, eliminando totalmente el aborto de su código penal.⁴⁴ En la actualidad, los abortos son legales si se los realiza un profesional médico en una institución aprobada, como lo dispone la Ley de Profesionales Médicos (Salud Materna).⁴⁵ Previamente, se entendía que la ley permitía el aborto para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o mental de la mujer embarazada, tomando en consideración factores socioeconómicos. Finalmente, el estado de Tasmania enmendó su ley de aborto en 2001, para permitir los abortos cuando dos profesionales médicos registrados certifiquen que continuar con el embarazo implicaría un mayor riesgo de lesión a la salud física o mental de la mujer embarazada, en comparación con terminar con el embarazo.⁴⁶ Al valorar el riesgo, se puede tomar en cuenta cualquier asunto que se considere relevante. Previamente, la ley carecía de claridad, aunque por lo general se suponía que algunos abortos eran permitidos.⁴⁷

En 2002, el Ministerio de Salud de Vietnam adoptó los Estándares y Directrices Nacionales para los Servicios de Salud Reproductiva.⁴⁸ Estas directrices establecieron estándares para la prestación de servicios, indicando, por ejemplo, que los abortos por aspiración manual pueden ser realizados por comadronas, así como por médicos y médicos asistentes. Estos abortos pueden realizarse a nivel central del sistema de salud, pero también al nivel de provincia y de distrito; en las primeras seis semanas del embarazo, los abortos pueden realizarse en el centro de salud de la comuna, el nivel más local del sistema de salud. Adicionalmente, las directrices proporcionan información detallada sobre el uso del aborto con medicamentos, a partir del registro del mifepristone en el país, previamente ese mismo año.⁴⁹

Europa

• **Principales cambios.** Si bien los principales cambios en esta región tuvieron un efecto liberalizador, otros acontecimientos legales fueron mixtos. Dos países, Portugal⁵⁰ y Suiza,⁵¹ reformaron sus leyes de aborto de manera importante, incorporándolas a la tendencia general de las leyes de aborto en la región. Ambas reformas ocurrieron después de referendos nacionales,* antecedentes por años de labor de incidencia política por parte de quienes proponían la reforma. En 2007, Portugal hizo que el aborto fuera legal sin restricción en cuanto a la razón hasta la 10ª semana del embarazo y, posteriormente, en casos de malformación del feto, cuando el embarazo fuera el resultado de un crimen en contra de la libertad sexual o autodeterminación de la mujer, o cuando el embarazo fuera

una amenaza a la vida o salud física o mental de la mujer.⁵² Previamente, la ley permitía el aborto solamente cuando la vida y salud física o mental de la mujer estaba en peligro y en casos de violación o malformación del feto.⁵³ En 2002, Suiza legalizó el aborto sin restricción en cuanto a la razón durante las primeras 12 semanas del embarazo; y, posteriormente, cuando el embarazo fuera una amenaza para la vida o salud física o mental de la mujer.⁵⁴ Previamente, la ley permitía el aborto solamente con base en motivos generales de salud.⁵⁵

• **Otros acontecimientos legales.** En 2001, Francia tomó medidas para hacer que el aborto fuera más accesible al extender el período de gestación durante el cual el aborto es legal sin restricción en cuanto a la razón de 12 a 14 semanas.^{†56} También eliminó el requisito del consentimiento de los padres para menores de edad, requiriendo en lugar de ello que las menores sean acompañadas por un adulto de su elección.

Otros dos países de Europa Occidental, Dinamarca⁵⁷ y Suecia,⁵⁸ enmendaron sus leyes para aumentar el acceso al aborto. Estos países eliminaron las restricciones que negaron a las personas no residentes acceder al aborto. Ambos países ya permitían los abortos sin restricción en cuanto a la razón para los embarazos tempranos.

En 2005, el tribunal superior de Irlanda del Norte determinó que el ministerio de salud tenía la obligación de asegurar que los profesionales médicos y las mujeres que buscan abortos estuvieran adecuadamente informados acerca de las condiciones bajo las cuales se podría realizar abortos legales. Aunque todavía no han sido emitidas las directrices desarrolladas por el ministerio en respuesta al fallo del tribunal, la decisión de la corte pretende hacer que el aborto sea más accesible en Irlanda del Norte.⁵⁹

Algunos países de Europa Oriental y Central han adoptado restricciones para el aborto, pero todos estos países permanecen en la categoría menos restrictiva. A partir de 1998, dos países han impuesto mayores restricciones procesales para las mujeres que buscan abortos. En Hungría, después de la decisión del Tribunal Constitucional emitida en 1998 en la que se declara inconstitucional parte de la ley de aborto, el parlamento promulgó en el año 2000 una nueva ley que requiere que una mujer que busca un aborto se someta a dos sesiones de consejería (que intentan disuadirla de tener un aborto); la ley también restringe el financiamiento para el aborto a los casos de indicaciones médicas y en casos de violación.⁶⁰⁻⁶² De manera similar, Latvia aprobó una nueva ley de aborto en 2002⁶³ y emitió una nueva reglamentación en 2003⁶⁴ que requie-

*Aunque el referendo portugués para aprobar la liberalización de la ley de aborto fracasó debido a la abstención de votantes, una clara mayoría de votantes había favorecido la reforma. El parlamento nacional usó este resultado para la reforma (fuente: referencia 50).

†En la legislación francesa, la edad gestacional se calcula a partir de la supuesta fecha de la concepción, dos semanas después del primer día del último período menstrual. Para ser consistentes con las descripciones de otras leyes citadas en este artículo, mismas que consideran que el embarazo comienza al principio del último período menstrual de la mujer, el límite de la edad gestacional correspondiente a Francia se ha extendido por dos semanas.

re que la mujer reciba consejería relacionada con los aspectos morales de la terminación del embarazo, las posibles complicaciones médicas y la posibilidad de preservar la vida del niño todavía no nacido. Un período de espera de tres días sigue a la consejería y, durante ese tiempo, la mujer debe ser informada “repetidamente” de todas las posibles complicaciones resultantes de la terminación del embarazo. El aborto debe realizarse mediante hospitalización en una institución médica y, si la mujer embarazada es menor de 16 años, ella debe recibir el consentimiento de un padre o tutor.

Finalmente, un decreto emitido por la Federación Rusa en 2003, restringe las circunstancias conforme a las cuales las mujeres pueden acceder a abortos en forma legal con base en motivos sociales, a partir del final de la 12ª semana hasta el comienzo de la 22ª semana del embarazo.⁶⁵ El decreto reduce de 12 a cuatro el número de condiciones sociales conforme a las cuales el aborto es legal durante este período*—cuando el embarazo resulta de una violación; cuando la mujer embarazada está encarcelada; cuando el esposo sufre de ciertas discapacidades o muere durante el embarazo; y cuando la mujer embarazada ha sido despojada de sus derechos parentales. Las indicaciones que se basan en el ingreso de la mujer embarazada, su estado de soltería, desempleo, condición de refugiada o el número de hijos, entre otras, han sido eliminadas.

África del Norte y el Medio Oriente

• *Principales cambios.* En esta región ocurrió un acontecimiento relevante en los últimos 10 años. En 2005, Irán promulgó una ley que permite los abortos durante los primeros cuatro meses de embarazo en casos de malformación del feto y cuando una enfermedad pone en peligro la vida de la mujer embarazada.⁶⁶ Esto representa el primer cambio en la ley de aborto desde que un nuevo código penal, basado en la ley islámica, se promulgó después de la revolución de 1989. Conforme a ese código, los abortos estaban prohibidos sin excepciones explícitas.⁶⁷

África Subsahariana

• *Principales cambios.* En los últimos 10 años, esta región ha presenciado una ola de reformas legislativas en el área de salud reproductiva, lo que ha afectado las leyes de aborto de seis países francófonos de África Occidental. El impetu para estos cambios surgió de una serie de reuniones regionales en que se juntaron a legisladores, funcionarios gubernamentales y otras partes interesadas de varios paí-

ses de África Occidental. Los participantes diseñaron un modelo de ley para ayudar a que los legisladores abordaran varios aspectos de la salud reproductiva.⁶⁸ La ley codificó muchas de las disposiciones adoptadas en 1994 en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), así como otros instrumentos internacionales.

Utilizando este modelo de ley como marco de referencia, seis países promulgaron leyes que aumentan la disponibilidad legal del aborto.⁶⁹ El aborto es ahora legal en Benín,⁷⁰ Guinea⁷¹ y Togo⁷² en los casos en que la continuación del embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer embarazada, cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, y cuando el feto se ve afectado por una condición sumamente grave. Previamente, el aborto se consideraba legal en Benín⁷³ y Togo⁷⁴ (pp. 131–132) solamente para salvar la vida de la mujer; y, en Guinea, solamente para salvar la vida de la mujer y proteger su salud.⁷⁵

En la actualidad, Chad⁷⁶ y Níger⁷⁷ también permiten el aborto para proteger la salud de la mujer, pero ambos países excluyen la violación y el incesto como causales para el aborto. Previamente, en ambos países, el aborto era considerado legal solamente para salvar la vida de la mujer embarazada^{78,79} Finalmente, en Mali, se puede realizar un aborto cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer y cuando el embarazo es el resultado de violación o incesto.⁸⁰ Previamente, el aborto se consideraba legal solamente para salvar la vida de una mujer embarazada.⁸¹

Dos reformas adicionales ocurrieron en la región, independientemente de campañas regionales. En Etiopía en 2005, se adoptó un nuevo código penal para hacer que la ley penal estuviera de acuerdo con los principios democráticos contenidos en la nueva constitución de Etiopía y con las convenciones internacionales que Etiopía había ratificado.⁸² En la actualidad, se permite el aborto cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, cuando la continuación del embarazo pudiera poner en riesgo la vida o la salud de la mujer embarazada, o cuando el feto tiene una condición incurable y grave. Los abortos también son permitidos por una razón social limitada—cuando la mujer embarazada, debido a un padecimiento físico o mental, o debido a su condición de menor de edad, carece de la capacidad para criar a su hijo. Previamente, los abortos eran legales solamente para salvar la vida de la mujer embarazada; o bien, para preservar su salud o en casos de violación.⁸³ En 2005, el Ministerio de Salud emitió directrices para la aplicación de estas nuevas disposiciones del código penal.⁸⁴ Para garantizar el acceso al aborto, las directrices requieren que el aborto sea realizado dentro de los tres días siguientes a la solicitud; permiten los abortos con medicamentos; y permiten también que las comadronas y prestadores de servicios de nivel medio realicen los abortos. Igualmente establecen que una menor que busca un aborto no necesita presentar prueba de edad.

Finalmente, la reforma de la ley de aborto en Suazilandia ocurrió no a través de la enmienda de leyes penales, sino en el marco poco usual de una nueva constitución, la

*El Decreto No. 485 del 11 de agosto de 2003, nulifica el Decreto No. 567 del 8 de mayo de 1996, el cual presenta una lista de ocho indicaciones adicionales para el aborto legal, a partir del final de la 12ª semana hasta el comienzo de la 22ª semana del embarazo.

†Aunque Burkina Faso también promulgó legislación de salud reproductiva en 2005, misma que permite el aborto cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer embarazada; cuando el embarazo es resultado de violación o incesto; y, cuando el feto está afectado por una condición muy seria en el momento del diagnóstico, este país ya había enmendado su código penal con el mismo propósito en 1996. Ver: Burkina Faso, Law No. 049 of Dec. 21, 2005/AN, <http://www.legiburkina.bf/jo2006/no%5F19/Loi_AN_2005_00021.htm>, consultado el 15 de junio de 2008.

cual fue diseñada en parte para mejorar los derechos humanos de las mujeres en el marco de la ley. En la actualidad, se puede realizar un aborto con base en causales terapéuticas si un profesional médico certifica que la continuación del embarazo pondrá en peligro la vida de la mujer o constituirá una seria amenaza para su salud física o mental, si hay un riesgo grave de que el feto tenga una malformación física o mental que conduciría a una discapacidad irreparable y grave, que el embarazo haya resultado de una relación sexual ilegal con una mujer discapacitada mentalmente, o que el embarazo sea resultado de violación o incesto.⁸⁵ Previamente, el aborto era regulado conforme a derecho consuetudinario Holandés-Romano verbal; y, por lo general, se suponía que era permitido solamente para salvar la vida de la mujer embarazada.^{74(p.112)}

• **Otros acontecimientos legales.** En 2004, Sudáfrica enmendó su ley de Elección sobre la Terminación del Embarazo para aumentar el acceso al aborto. La enmienda permite que enfermeras registradas, así como profesionales médicos y comadronas registradas, realicen abortos durante las primeras 12 semanas del embarazo.⁸⁶ También descentraliza la autoridad reguladora sobre las instituciones de aborto, permitiendo que las instituciones sean aprobadas por funcionarios provinciales en lugar del Ministerio de Salud; y exentan a ciertas instituciones del cumplimiento de los requisitos establecidos. Aunque la enmienda fue revocada por motivos procesales en 2006, se la adoptó de nuevo a principios de 2008.^{87,88}

Acontecimientos legales internacionales

De manera creciente, los organismos de derechos humanos internacionales han abordado el impacto de las restricciones al aborto en los derechos humanos de las mujeres. Aunque no todas las convenciones y decisiones de estos organismos han sido incorporadas todavía a las leyes de aborto nacionales, si imponen obligaciones en los gobiernos para cambiar sus leyes. El primer acontecimiento importante en este frente ocurrió en 2003 cuando la Unión Africana adoptó el Protocolo de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos en relación con los Derechos de las Mujeres en África.⁸⁹ El Artículo 14(2) del protocolo establece que “[L]os Estados Miembros tomarán las medidas necesarias para...proteger los derechos reproductivos de las mujeres a través de la autorización del aborto médico en casos de agresión sexual, violación, incesto, y cuando el embarazo ponga en peligro la salud mental o física de la madre, o la vida de la mujer o del feto”. Para 2007, eran 21 los países que habían ratificado el protocolo o accedido a ratificarlo. Aunque hay pocos medios directos para forzar a los países que han ratificado el protocolo para que implementen sus disposiciones, los estados se han comprometido públicamente a hacer que, por lo menos, las leyes estén de conformidad con el protocolo.

Adicionalmente, el aborto ha estado sujeto a importantes decisiones recientes de los organismos legales internacionales. En 2005, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el caso *KL versus Perú*⁹⁰ sostuvo que

la negación de un aborto a una joven de 17 años que llevaba un feto anencefálico, violó varios de sus derechos conforme al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, incluidos el derecho a no ser sujeta de trato inhumano y degradante, el derecho a la privacidad y el derecho de los menores de edad a protecciones especiales.⁹¹ De manera similar, en 2007, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos dictaminó que Polonia había violado el derecho a la privacidad de una mujer embarazada conforme a la Convención Europea de los Derechos Humanos, al no proporcionarle mecanismos efectivos para apelar la decisión de sus médicos de rehusarse a realizar un aborto.⁹² Conforme a la ley polaca, la mujer debía haber tenido derecho a un aborto por motivos de salud, debido a que su embarazo la expuso a un grave riesgo de ceguera.

ANÁLISIS

Tendencia liberalizadora

Los últimos 10 años han presenciado una clara tendencia hacia la liberalización de las leyes de aborto. Esto significa que un mayor número de países ha ampliado las causales por las que se puede realizar el aborto de manera legal, o ha adoptado medidas para hacer que el procedimiento sea más accesible. Desde 1998, solamente unos cuantos países han aumentado las restricciones al acceso al aborto. Aunque la liberalización de las leyes y reglamentaciones de aborto ha ocurrido en todo el mundo, las restricciones han aumentado en las Américas y en Europa Oriental y Central.

La tendencia hacia la liberalización de las leyes no debe ocultar las amenazas reales para los derechos reproductivos que están presentes en muchas partes del mundo. Los esfuerzos para hacer más restrictivas las leyes de aborto están avanzando en numerosos países, afectando potencialmente las leyes que van desde las liberales (como en Lituania⁹³) hasta las altamente restrictivas (República Dominicana⁹⁴). Los servicios de aborto son negados a mujeres en muchas partes del mundo sobre la base de “objeción de conciencia”.⁹⁵ Algunas mujeres que han tenido abortos han enfrentado procesos penales, como en El Salvador.⁹⁶ También, algunos prestadores de servicios de salud han sido procesados, como en Kenia, en donde un médico y dos enfermeras fueron encarcelados por más de un año bajo cargos de asesinato, presuntamente por haber realizado abortos.⁹⁷ Aunque la tendencia hacia la liberalización de las leyes nos dice mucho sobre la evolución de las posiciones de muchos gobiernos respecto al aborto, el respeto al derecho al aborto está todavía muy lejos de ser universal.

Derechos humanos

El impacto negativo de las restricciones al aborto en la supervivencia, la salud y el bienestar de las mujeres constituye una creciente preocupación de los organismos de derechos humanos, así como de los activistas de derechos humanos en el sector no gubernamental. La reforma de las leyes de aborto ha ocurrido en medio de un ambiente de activismo a favor de los derechos humanos en las Naciones

Unidas y en otras instituciones internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos. En algunos países, como Nepal y Suazilandia, las reformas gubernamentales de las leyes de aborto han sido motivadas explícitamente por un deseo de defender los derechos humanos de las mujeres. En Colombia, la Corte Constitucional se guió por normas de derechos humanos al sostener que la prohibición del aborto en el país era inconstitucional. En África Subsahariana, la reforma de la ley de aborto ha ocurrido vía las leyes de salud reproductiva que codifican los estándares de los derechos reproductivos ratificados en la CIPD de 1994 en El Cairo.⁹⁸ Por primera vez, un organismo regional de derechos humanos, la Unión Africana, ha aprobado un protocolo que garantiza el derecho al aborto bajo ciertas circunstancias; y dos tribunales de derechos humanos han instruido a los países de Perú y Polonia, que garanticen el acceso al aborto cuando es legal bajo las leyes nacionales.

Quienes se oponen al aborto, también han invocado los derechos humanos en su esfuerzo por enmendar las constituciones nacionales o las leyes de aborto para reconocer el derecho a la vida del feto, antes del nacimiento. Tales disposiciones generalmente tienen el propósito de reforzar las prohibiciones legales contra el aborto, típicamente argumentando que la vida comienza en el momento de la concepción o que está protegida por el estado a partir de ese punto. Lituania, por ejemplo, ha incluido en el borrador de una ley que restringe el acceso al aborto, un lenguaje que protege los intereses del feto.

Medidas para garantizar el acceso al aborto

Un factor importante en el acceso al aborto es la reglamentación, tanto de las instituciones que están autorizadas para proporcionar abortos como de los prestadores de servicios médicos que pueden realizar el procedimiento. Aun en países que reconocen múltiples causales para el aborto, las restricciones a las instituciones y al personal han colocado obstáculos en el camino de mujeres que buscan abortos legales. Algunos países, incluidos India y Sudáfrica, han descentralizado el control regulador de las instituciones para permitir que sean los funcionarios locales quienes aprueben si el servicio pueda ofrecerse en dichas instituciones. Otros países, como Etiopía y Vietnam, han usado las reglamentaciones para dejar en claro que los prestadores de servicios de nivel medio pueden realizar los abortos o que los abortos con medicamentos pueden ser proporcionados en las instituciones públicas.

Las reglamentaciones relacionadas con las tecnologías médicas pueden también afectar el acceso al aborto. Muchos gobiernos ahora han aprobado medicamentos para el aborto no quirúrgico, ampliando con ello la gama de métodos disponibles. Al menos 39 países han registrado el mifepristone, 35 de ellos en los últimos 10 años.⁴⁹ Aunque los países de Europa Occidental fueron de los primeros en registrar el mifepristone, en años recientes, países como Túnez, India, Hungría y Guyana han aprobado el medicamento.

En muchos países, el acceso se dificulta no por meca-

nismos reguladores restrictivos, sino por la ausencia de mecanismos para acceder al servicio. Cuando las leyes son restrictivas, la falta de reglamentaciones hace que los médicos se rehúsen a realizar abortos, aun aquellos procedimientos autorizados por la ley, debido al temor de ser sujetos a un proceso legal. La mayoría de estas leyes están contenidas en códigos penales que datan del siglo pasado; y es muy probable que los legisladores, cuando estos códigos fueron promulgados, dedicaran poco tiempo a pensar en su implementación. En América Latina, sin embargo, varios países, incluidos Ecuador y Uruguay, han adoptado medidas que aclaran los mecanismos para acceder al aborto.

Finalmente, en algunos países, como Tailandia, las reglamentaciones han proporcionado una oportunidad de expandir interpretaciones previamente aceptadas de las leyes existentes. Al interpretar términos como “salud” para incluir la salud mental, estas reglamentaciones aumentan el número de mujeres que pueden ser elegibles para el aborto seguro en instituciones públicas y privadas.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este artículo y su predecesor de 1998 sugieren que la tendencia hacia la liberalización de las leyes de aborto debe ser difícil de revertir. En un periodo de 22 años, 36 países han liberalizado sus leyes de aborto de manera significativa. Un importante ímpetu para muchos de estos cambios, especialmente en los últimos 10 años, ha sido la expansión del uso de los principios de derechos humanos para apoyar el derecho de la mujer al aborto. Este fundamento de la reforma solamente puede adquirir una mayor importancia en la medida en que los tribunales y organismos de derechos humanos responsabilicen cada vez más a los gobiernos por sus obligaciones ante la legislación de derechos humanos. El derecho de las mujeres a la dignidad y a la salud les da derecho no solamente a tomar decisiones respecto al aborto, sino también a la información, apoyo y acceso a los servicios. Por lo tanto, la comunidad activista puede apelar a sus gobiernos para que expandan las causales para el aborto legal y tomen medidas para asegurar el acceso al procedimiento en donde la ley lo autorice. Para los gobiernos que estén tratando de cumplir con sus obligaciones conforme a la legislación de derechos humanos, los acontecimientos progresistas recientes en las leyes de aborto en el mundo pueden ayudarles, indicándoles el camino hacia la reforma.

REFERENCIAS

1. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, Nueva York: AGI, 1999.
2. Rahman A, Katzive L y Henshaw S, A global review of laws on induced abortion, 1985–1997, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(2):56–64.
3. Center for Reproductive Rights (CRR), *The world's abortion laws 2007*, poster, Nueva York: CRR, 2007.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Constitución de la OMS*, 22 de julio, 1946, <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>>, consultado el 15 de junio, 2008.

5. Cook RJ et al., Legal abortion for mental health indications, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):185–190.
6. Código Penal, Ley 599 (2000), arts. 122–124.
7. Corte Constitucional Sentencia C-355/06, 10 de mayo, 2006, <<http://190.24.134.68/relatoria/2006/C-35506.rtf>>, consultado el 15 de junio, 2008.
8. Ministerio de Protección Social, Decreto No. 4444, 2006, art. 2.
9. Criminal Code (2004), arts. 164–166.
10. Criminal Code (1992), arts. 117–119.
11. Código Penal de El Salvador: Decreto No. 1030, 26 de abril, 1997, Libro Segundo, Título 1, Capítulo 2, arts. 133–135.
12. División de Población, Organización de Naciones Unidas (ONU), Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Abortion Policies: A Global Review, Vol. I: Afghanistan to France*, Nueva York: ONU, 2001.
13. Ley No. 603, 26 de octubre, 2006, *La Gaceta*, No. 224, 2006.
14. Código Penal de Nicaragua (1974), art. 165.
15. Decreto por el que se reforma el código penal para el Distrito Federal y se adiciona la ley de salud para el Distrito Federal, 2007, Artículo Primero, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, No. 70, 26 de abril, 2007.
16. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, Artículos Primero y Segundo, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, No. 148, 24 de agosto, 2000.
17. Decreto que reforma los artículos 145 y 148 del nuevo Código Penal para el Distrito Federal y se adicionan los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 a la Ley de Salud para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, No. 7, 24 de enero, 2004.
18. Gobierno del Estado Libre y Soberano de Chihuahua, Decreto No. 690/06, *Periódico Oficial*, No. 103, 27 de diciembre, 2006.
19. Código Penal del Estado de México, Decreto No. 165, 17 de marzo, 2000.
20. Código Penal de Estado de Morelos, Decreto No. 1221, 16 de octubre, 2000, art. 115.
21. Código Penal para el Estado de Baja California Sur, (2005), art. 252, <http://www.cbcs.gob.mx/marco_juridico/D1525-2.doc>, consultado el 20 de agosto, 2008.
22. Código Penal para el Estado de Hidalgo (2008), art. 158, <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estat/HIDALGO/Codigos/HGOC OD08.pdf>>, consultado el 3 de septiembre, 2008.
23. Grupo de Información en Reproducción Elegida, El aborto en los códigos penales de las entidades federativas, mayo de 2008, <<http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=31>>, consultado el 15 de junio, 2008.
24. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Circular 2192, 4 de abril, 2006, <http://www.gire.org.mx/publica2/OficioCircular_SSA_ILE_2006.pdf>, consultado el 23 de junio, 2008.
25. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe N° 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México, 9 de marzo, 2007, <<http://www.cidh.org/annualrep/2007sp/mexico161.02sp.htm>>, consultado el 23 de junio, 2008.
26. Ministerio de Salud Pública, Ordenanza No. 369, 6 de agosto, 2004, <<http://www.mednet.org.uy/dml/enlaces/o369.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
27. Código de Salud Pública, 14 de diciembre, 2006, <<http://apps.congreso.gov.ec/sil/documentos/autenticos/152531.doc>>, consultado el 15 de junio, 2008.
28. Ministério da Saúde, Portaria N° 1.508/GM de 1° de setembro de 2005, Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, No. 170, <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1508.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
29. *Gonzales v. Carhart*, U.S. Case No. 05–380, Apr. 18, 2007, <<http://www.supremecourtus.gov/opinions/06pdf/05-380.pdf>>, consultado el 15 de junio, 2008.
30. Legal Code (1963), art. 28, Homicide Chapter, Muluki Ain.
31. Center for Reproductive Law and Policy (CRLP) y Forum for Women, Law and Development, *Abortion in Nepal: Women Imprisoned*, Nueva York: CRLP y Forum for Women, Law and Development, 2002, <http://www.reproductiverights.org/pdf/nepal_2002.pdf>, consultado el 15 de junio, 2008.
32. Cohen S, Nepal reforms abortion law to reduce maternal deaths, promote women's status, *Guttmacher Report on Public Policy*, 2002, <<http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/05/2/gr050213.html>>, consultado el 15 de junio, 2008.
33. Legal Code (11th Amendment) Act, 2002, Sept. 26, 2002, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/NEPAL.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
34. Taylor & Francis, *The Europa World Year Book 2007*, Londres: Routledge, 2007.
35. U.S. Department of State, *Country Reports on Human Rights Practices*, 2001, <http://www.bhootan.org/usdept/state_dept_2001.htm>, consultado el 15 de junio, 2008.
36. Penal Code (2004), arts. 146–147, <<http://www.asianlii.org/bt/legis/laws/pcob2004145/>>, consultado el 15 de junio, 2008.
37. Thai Medical Council, Regulation on criteria for performing therapeutic termination of pregnancy in accordance with Section 305 of the Criminal Code of Thailand (2005), *Government Gazette*, Vol. 122, 15 de diciembre, 2005.
38. Penal Code, art. 305, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/Thailand.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
39. Medical Termination of Pregnancy (Amendment) Act of Dec. 18, 2002, sec. 4, <[http://mohfw.nic.in/MTP%20Act%20\(Amendment\)%202002.htm](http://mohfw.nic.in/MTP%20Act%20(Amendment)%202002.htm)>, consultado el 15 de junio, 2008.
40. Cica N, *Abortion Law in Australia*, 1998, <<http://www.aph.gov.au/library/pubs/rp/1998-99/99rp01.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
41. Drabsch T, *Abortion and the Law in New South Wales*, 2005, <[http://www.parliament.nsw.gov.au/prod/parliament/publications.nsf/9d987d06713c5f544a2565990002a1c5/4b0ec8db3b4a730dca2570610021aa58/\\$FILE/Abortion%20&%20index.pdf](http://www.parliament.nsw.gov.au/prod/parliament/publications.nsf/9d987d06713c5f544a2565990002a1c5/4b0ec8db3b4a730dca2570610021aa58/$FILE/Abortion%20&%20index.pdf)>, consultado el 15 de junio, 2008.
42. Western Australia, Law No. 15, May 26, 1998, amending the Criminal Code and the Health Law.
43. Western Australia, Criminal Code Act Compilation, 1913, secs. 199–201.
44. Australian Capital Territory, Crimes (Abolition of Offence of Abortion) Act, 2002, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/AUSTRALIAN%20CAPITAL%20TERRITORY.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
45. Australian Capital Territory, Medical Practitioners (Maternal Health) (Amendment) Act, Sept. 9, 2002, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/AUSTRALIAN%20CAPITAL%20TERRITORY.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
46. Tasmania, Criminal Code (Amendment) Act (No. 2), 2001, <http://www.thelaw.tas.gov.au/tocview/index.w3p;cond=;doc_id=123%2B%2B2001%2BGS3%40EN%2BSESSIONAL;histon=;prompt;rec=;term=>>, consultado el 15 de junio, 2008.
47. Tasmania, Criminal Code Act (1924), art. 134.
48. Ministry of Health (MOH), *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Services*, second ed., Hanoi, Vietnam: MOH, 2004 (disponible de Ipas Resource Center).
49. Gynuity Health Projects, Mifepristone approval, <http://www.gynuity.org/documents/mife_approval_2007_list.pdf>, consultado el 15 de junio, 2008.
50. World briefing: Europe: Portugal: parliament liberalizes abortion, *New York Times*, 10 de marzo, 2007, <<http://query.nytimes.com/gst/>>

- fullpage.html?res=9502E3D91331F933A25750C0A9619C8B63&scp=7&sq=portugal+abortion+law&st=nyt>, consultado el 15 de junio, 2008.
51. Olson E, Swiss voters lift restrictions on abortion, *New York Times*, 3 de junio, 2002, <<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9E05E3D6123AF930A35755C0A9649C8B63&scp=4&sq=Switzerland+abortion+law&st=nyt>>, consultado el 15 de junio, 2008.
52. Lei No 16/2007 de 17 de abril, Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, *Diário da República*, pt. 1, No. 75, 17 de abril, 2007.
53. Lei No 6/1984 de 11 de maio, Exclusão da ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez, *Diário da República*, I Serie, No. 109, 11 de mayo, 1984.
54. Penal Code, art. 119(2), Amendment of Mar. 23, 2001, aprobado por referendo el 12 de septiembre, 2002.
55. Penal Code (1942), arts. 118–212.
56. Law No. 588 of July 4, 2001, on voluntary interruption of pregnancy and on contraception, *Official Journal*, No. 156, July 7, 2001, p. 10823.
57. Law on the termination of pregnancy and the law on sterilization and castration as amended by Law No. 435 of June 10, 2003, *Loiventende*, pt. A, No. 86, el 11 de junio, 2003.
58. Law No. 595 of June 12, 1974, as amended by Law No. 998 of Dec. 4, 2007, <<http://www.notisum.se/index2.asp?sTemplate=/template/index.asp&iMenuID=331&iMiddleID=285&iParentMenuID=236&iLanguageID=1>>, consultado el 17 de agosto, 2008.
59. *Family Planning Association of Northern Ireland v. Minister for Health, Social Services and Public Safety*, Northern Ireland Law Reports 188 (Ct. App. 2005).
60. Act LXXXVII on the Amendment of Act LXXIX on the protection of foetal life, June 20, 2000, citado en International Helsinki Federation for Human Rights, *Women 2000: An Investigation into the Status of Women's Rights in Central and South-Eastern Europe and the Newly Independent States*, Nov. 5, 2000, <http://www.ihf-hr.org/viewbinary/viewdocument.php?download=1&doc_id=2060>, consultado el 17 de agosto, 2008.
61. CRR, Hungarian government fails to ensure women's human rights, 22 de marzo, 2002, <http://www.reproductiverights.org/pr_02_0322hungary.html>, consultado el 15 de junio, 2008.
62. Katzive L y Rahman A, Central and Eastern Europe: an examination of abortion laws in the global context, 2001, <http://health.osf.lt/en/archive/2001/abortion_january/martinez_glbl_abrt_law.htm>, consultado el 15 de junio, 2008.
63. Law of Jan. 31, 2002, on sexual and reproductive health, as amended by a Law of Jan. 29, 2004, <<http://www.ttc.lv/index.php?&id=10&tid=50&l=EN&seid=down&itid=13854>>, consultado el 15 de junio, 2008.
64. Cabinet Regulation No. 590, Organisational Procedures for the Termination of Pregnancy, Oct. 28, 2003, <<http://www.ttc.lv/index.php?&id=10&tid=71&l=EN&seid=down&itid=14368>>, consultado el 15 de junio, 2008.
65. Decree No. 485 on the list of social indications for induced termination of pregnancy, Aug. 11, 2003.
66. Law of June 15, 2005.
67. Law on Islamic Penalties, Law No. 586 of 1991, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/Iran.abo.html>>, consultado el 15 de junio, 2008.
68. Policy Project, Conakry Forum on Promotion of Family Planning through Advocacy and Legislative Reform, A milestone in the FP/RH policy environment in francophone Africa, June 2003, <http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/Conakry_Summary.pdf>, consultado el 15 de junio, 2008.
69. Law No. 043 of 1996/ADP amending the Penal Code (1996), arts. 383 and 387, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/BURKINA%20FASO.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
70. Law No. 04 of Jan. 24, 2003 on reproductive and sexual health, art.17, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/BENIN.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
71. Law adopting and promulgating the law on reproductive health, July 10, 2000, art. 10, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/GUINEA.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
72. Law No. 005 of Jan. 10, 2007, on reproductive health, art. 42, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/TOGO.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
73. Code of Medical Ethics (1973).
74. División de Población, ONU, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Abortion Policies: A Global Review, Vol. III: Oman to Zimbabwe*, Nueva York: ONU, 2002.
75. Penal Code (1966), art. 269.
76. Law No. 06/PR/2002 on the promotion of reproductive health, 2002, art. 14, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/CHAD.abo.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
77. Law of May 24, 2006, on reproductive health, <<http://www.unfpa.ne/docs/loitypesr.pdf>>, consultado el 15 de junio, 2008.
78. Decree No. 55–1591 of Nov. 28, 1995, concerning the professional code of ethics, art. 38.
79. Penal Code (1961), art. 295.
80. Law No. 02–44 of June 24, 2002, on reproductive health, art. 13, <<http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/MALI.htm>>, consultado el 15 de junio, 2008.
81. Penal Code (1961), art. 176.
82. Proclamation No. 414 of 2004 on the criminal code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia, art. 551.
83. Penal Code (1957), art. 534.
84. Federal Ministry of Health (FMOH), Technical and procedural guidelines for safe abortion services, Addis Ababa, Etiopia: FMOH, 2006.
85. Constitution, July 26, 2005, <<http://www.gov.sz/>>, consultado el 15 de junio, 2008.
86. Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, 2004, *Government Gazette*, No. 27267, Feb. 11, 2005, <<http://www.info.gov.za/gazette/acts/2004/a38-04.pdf>>, consultado el 10 de junio, 2008.
87. Constitutional Court, *Doctors for Life International v. the Speaker of the National Assembly and Others*, Aug. 17, 2006, <<http://www.constitutionalcourt.org.za/Archimages/7606.pdf>>, consultado el 17 de agosto, 2008.
88. Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, 2008, *Government Gazette*, No. 30790, Feb. 18, 2008, <http://lnw.creamermedia.co.za/articles/attachments/11965_a1-08.pdf>, consultado el 17 de agosto, 2008.
89. African Union, *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*, 2003, <http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html>, consultado el 15 de junio, 2008.
90. ONU, Comité de Derechos Humanos, *KL v. Perú*, 2005.
91. ONU, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *United Nations Treaties Series*, 1976, Vol. 999, p. 171.
92. Consejo de Europa, Corte Europea de Derechos Humanos, *Tysiac v. Poland*, 2007, <<http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/viewhbk.asp?action=open&table=F69A27FD8FB86142BF01C1166DEA398649&key=61401&sessionId=961717&skin=hudoc-en&attachment=true>>, consultado el 15 de junio, 2008.
93. Reg. No. XP-432(3), Act of the Republic of Lithuania on the protection of human life in the prenatal stage.
94. CRR, Inter-American Commission issues landmark statement declaring Nicaragua's abortion ban jeopardizes women's human rights, Dec. 1, 2006, <http://www.reproductiverights.org/pr_06_1201IACNicaragua.html>, consultado el 15 de junio, 2008.

95. Dickens B, Conscientious objection: a shield or a sword? en: McLean SAM, ed., *First Do No Harm: Law, Ethics and Healthcare*, Aldershot, Reino Unido: Ashgate, 2006, pp. 337-351.

96. CRR, *Perseguidas: Proceso político y legislación sobre aborto en El Salvador: un análisis de derechos humanos*, Nueva York: CRR, 2001, <http://reproductiverights.org/esp_pub_bo_perse.html>, consultado el 17 de agosto, 2008.

97. CRR y FIDA Kenya, *Supplementary Information on Kenya, Scheduled for Review by Human Rights Committee during its 83rd Session, Feb. 27, 2005*, 2004.

98. ONU, Informe de la CIPD, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13, 94/10/18.

Contacto con la autora: LKatzive@reprorights.org

OTRAS PUBLICACIONES DEL GUTTMACHER INSTITUTE DISPONIBLES EN ESPAÑOL

INFORMES

Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica: proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud de hoy

Por Lisa Remez, Elena Prada, Susheela Singh, Luis Rosero Bixby y Akinrinola Bankole

Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias

Por Elena Prada, Lisa Remez, Edgar Kestler, Sandra Sáenz de Tejada, Susheela Singh y Akinrinola Bankole

Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad

Por Sandra Sáenz de Tejada, Elena Prada y Gonzalo Ball

EN RESUMEN

Datos sobre el aborto inducido en México

Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca

Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense

Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante



Estas y otras publicaciones en español están disponibles en el sitio web del Guttmacher Institute,
<http://www.guttmacher.org/sections/sp/index.php>