

47 ASAMBLEA GENERAL DE LA OEA
México, 2017

Discurso de la Coalición de Derechos Sexuales y Reproductivos

En las Américas estamos viviendo una gravísima crisis de derechos humanos que impacta en la democracia y el estado de derecho. En este marco, los derechos de las mujeres son violentados sistemáticamente, en particular, el derecho a la salud en el marco de la reproducción. Las violaciones a los derechos humanos de niñas, adolescentes y mujeres se ven reflejadas en el acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva y en la impunidad del Estado, situaciones que restringen la participación de más de la mitad de la población en la sociedad y la democracia. En América Latina y El Caribe, todos los días hay niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violación a las que les son negados los servicios de aborto legal y seguro, tras lo cual son obligadas a ser madres o a morir por abortos inseguros. Paralelamente, las mujeres con embarazos deseados sufren de tratos crueles inhumanos y degradantes en la sala de parto.

Pese al reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos en el Consenso de Montevideo, y a su incorporación en las normas nacionales e internacionales, la realidad para las mujeres de la región sigue siendo otra.

Los Estados no sólo han sido incapaces de prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia sino que reproducen leyes, políticas y prácticas contrarias al ejercicio de nuestros derechos.

De los 9 países en los que se penaliza totalmente el aborto, 7 están en la región de las Américas: El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Chile, Honduras, Haití y Surinam. Además, de acuerdo con la OMS, el 21% de las muertes maternas se atribuyen al aborto inseguroⁱ y somos la única región en la que los abortos inseguros van en aumentoⁱⁱ.

Las organizaciones de la sociedad civil llevamos más de 20 años visibilizando que las leyes de aborto altamente restrictivas no están asociadas con tasas de aborto más bajas; por el contrario, perpetúan patrones de estigma y discriminación; crean barreras de acceso a servicios de salud para las mujeres y de acceso a la justicia; ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres y afectan desproporcionadamente a las mujeres indígenas, afrodescendientes, de escasos recursos, a las mujeres que viven con VIH y a las adolescentes. El impacto ha sido aún más grande frente a la crisis de zika. Sin embargo, los Estados han hecho caso omiso respecto a su obligación de proveer este servicio para las mujeres.

En el caso de los países que cuentan con causales a través de las cuales las mujeres pueden acceder a una interrupción legal del embarazo, la realidad no es muy diferente. La implementación es un reto constante ya que las mujeres se enfrentan a autoridades que las revictimizan y les niegan el acceso a los servicios al exigirles requisitos o documentos no establecidos por ley.

La violencia sexual es un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanosⁱⁱⁱ. Los Estados han incumplido en su responsabilidad de prevenir y atender esta forma de violencia, ya que actualmente, somos la única región donde ha aumentado el número de partos en niñas menores de 15 años.^{iv} En el caso de México, 4 de cada 10 víctimas de violencia sexual son menores de 15 años^v y somos el primer lugar en embarazo adolescente entre los países de la OCDE. En Perú 4 de cada 5 denuncias por violencia sexual son de niñas y adolescentes. En Guatemala, diariamente se registran 5 embarazos de menores de 14 años. En Nicaragua, 8 de cada 10 mujeres víctimas de violencia sexual son niñas menores de 13 años. En Ecuador, entre 2002 y 2010, los partos en niñas de 10 a 14 años han aumentado 78%.^{vi} A pesar de estos escalofriantes datos, países como Ecuador, Perú, Nicaragua, Chile, República Dominicana, El Salvador y Guatemala continúan ejerciendo violencia institucional en contra de niñas y mujeres al negarles el acceso al aborto.

Paradójicamente, en la región el discurso acerca de la supuesta “protección de la vida” no se ha traducido en una exigencia respecto a la provisión de servicios de salud para las mujeres que tienen embarazos deseados.

Las salas de parto siguen siendo una tumba, ya que ningún país estuvo en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015^{vii}. A pesar de que ha habido una reducción, ésta no ha sido homogénea.

Las mujeres que no mueren, sufren cotidianamente violencia obstétrica, una forma de violencia institucional en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud que el Estado no sólo no previene sino que ha normalizado. Esta violencia consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause un daño físico o psicológico a la mujer, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización. Lejos de tratarse de negligencias médicas aisladas, la violencia obstétrica es un patrón que se reproduce en toda la región.

El marco discriminatorio frente a la salud reproductiva también se ve reflejado en el limitado acceso a métodos de planificación familiar^{viii}, incluyendo la pastilla de

anticoncepción oral de emergencia (PAE)^{ix}. La decisión de impedir la venta y/o acceso gratuito de la PAE, como ocurre en Perú^x, Costa Rica^{xi} y Honduras^{xii}, viola los derechos de las mujeres a tomar decisiones libre y responsablemente respecto al número e intervalo de sus hijos.

De igual manera, la discriminación que sufren las mujeres con VIH es parte de la violencia ejercida por los Estados. Siendo su expresión más violenta, la esterilización forzada. Pese a la falta de visibilidad, el 33% de las personas latinoamericanas y el 50% de las personas en el Caribe diagnosticadas con VIH son mujeres.

Desde la Coalición de Derechos Sexuales y Reproductivos consideramos que en la región los retos persisten y son muchos. Es por ello, que se requiere que los Estados miembros redoblen esfuerzos para adoptar legislación acorde a la protección de los derechos humanos y que dicha legislación sea implementada con recursos para que tenga un verdadero impacto en la vida de las niñas, adolescentes y mujeres.

Solicitamos a la OEA...

Recomendaciones

- Recomendar a los Estados que cuentan con una prohibición total del aborto que despenalicen la interrupción del embarazo, al menos, en casos de violación, peligro de vida y salud para las mujeres y en los casos de malformaciones incompatibles con la vida.
- Adoptar la recomendación emitida en el MESEVIC de eliminar el aborto inseguro, asegurando normativamente que todos los embarazos de niñas sean considerados de alto riesgo y permitan la interrupción legal del embarazo.^{xiii}
- Prestar una atención de salud integral a las víctimas de violencia sexual que incluya acceso a la profilaxis post exposición para VIH, anticoncepción oral de emergencia e interrupción legal del embarazo, acceso temprano a los servicios de atención prenatal y orientación sobre planificación familiar.
- Realizar esfuerzos especiales para atender a las poblaciones más afectadas por el Zika y a las mujeres y familias que deciden criar un hijo con Zika.
- Garantizar la transversalización del enfoque de género en las políticas públicas y
- Asegurar la implementación de una educación integral en sexualidad en todos los espacios para ampliar los horizontes.

ⁱ En ese orden de ideas, diferentes órganos de protección de derechos humanos han manifestado su preocupación

porque en la región el aborto inseguro continúa siendo una de las principales causas de mortalidad materna y por la interpretación restringida que se hace sobre el aborto legal, recomendando revisar la ley “para establecer excepciones a la prohibición y sanción del aborto” [La Plataforma de Acción de Beijing recomendó a los gobiernos el considerar la posibilidad de revisar las leyes que establecen medidas punitivas contra las mujeres que hubieran tenido abortos ilegales. Plataforma de Acción de Beijing, para. 106 (k)]. Asimismo, de manera específica, la Plataforma de Acción de Beijing, así como el Programa de Acción de Cairo, instaron “a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de la mujer y a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública... En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.” [Programa de Acción de la CIPD, para. 8.25. Ver también Plataforma de Acción e Beijing, para. 106 (b) (k)].

ⁱⁱ Guttmacher Institute, *Aborto inducido a nivel mundial*, Hoja Informativa, 2016. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf>

ⁱⁱⁱ OEA (2010). *Violencia Sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de Datos Secundarios*

^{iv} UNICEF, Plan Internacional, *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*, 2014

^v www.cladem.org/america-y-el-caribe/73-cladem-mexico | www.forbes.com.mx/violencia-infantil-la-otra-cara-de-mexico/#gs.65u5ajo | www.ceav.gob.mx/

^{vi} GIRE, CLACAI, Amnistía Internacional, Planned Parenthood Global, *Campaña Niñas, no madres*, 2017. Disponible en: <http://ninasnomadres.org/>

^{vii} OMS, UNICEF, UNFPA, WB, *Estimaciones de las tendencias de la mortalidad materna, 1990 a 2013*, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/#>

^{viii} El derecho a planificar la propia familia está definido en la CEDAW como el derecho de las mujeres “...a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. CEDAW, art. 16

^{ix} La anticoncepción oral de emergencia, también llamada Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) es un método anticonceptivo hormonal. Su principal especificidad radica en que es el único método que puede prevenir un embarazo después de una relación sexual desprotegida y por ello es de especial necesidad allí donde persiste la violencia sexual contra la mujer, ya que puede evitar un embarazo fruto de violación. Hoy en día la mayoría de productos de anticoncepción oral de emergencia son a base de levonorgestrel (un componente hormonal sintético).

^x El 22 de octubre, 2009, el Tribunal Constitucional de Perú prohibió la distribución gratuita de la anticoncepción de emergencia.

^{xi} Hevia, Martín, *El Status Jurídico de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina*, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2012. Disponible en: https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/SP29_Anticoncepcion_de_Emergencia.pdf

^{xii} A través del decreto ministerial 2744 de 2009, firmado por el presidente de facto Roberto Micheletti y publicado en el diario oficial de Honduras el 24 de octubre, 2010 se prohibió el uso y comercialización de la Anticoncepción Oral de Emergencia

^{xiii} MESEVIC, (2016). Informe Hemisférico sobre Violencia Sexual y Embarazo Infantil en los Estados Parte de la Convención de Belem do Para. Disponible en: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-embarazoinfantil-es.pdf>