



El derecho al aborto ante la reacción patriarcal

Casos emblemáticos de la violación
de los derechos humanos de las mujeres
en relación al aborto en América Latina

Ane Garay Zarraga

* Índice

Introducción	8
1. Los derechos sexuales y reproductivos y la reacción patriarcal	11
2. Contexto sociopolítico del aborto en América Latina	23
3. Caza de brujas en El Salvador Beatriz y Verónica	31
4. Los derechos de las mujeres, moneda de cambio electoral en Nicaragua Amalia	45
5. Las mujeres ecuatorianas, desamparadas por la ley Josefa y María	55
6. Demandas a los estados y sus instituciones	67
Bibliografía	70

* Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin la colaboración y el compromiso de muchas mujeres que han atendido mis interminables e insistentes solicitudes de información y ayuda. Agradezco a todas ellas su paciencia y su colaboración, y me gustaría reconocer desde aquí su incansable trabajo y su lucha por los derechos de las mujeres y por que se haga justicia. Las historias de Beatriz, Verónica, Amalia, Josefa y María que hemos recogido en este informe son terribles, y a la vez, son tan solo cinco ejemplos entre las decenas de miles de experiencias de sufrimiento e injusticia que atraviesan las mujeres, especialmente las más pobres, en todo el planeta. Gracias a aquellas que luchan por los derechos de todas nosotras. Gracias al movimiento feminista.

Sinceramente agradecida a las compañeras de la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico de El Salvador, y especialmente a Sara García Gross, Morena Herrera, Alberto Romero y Dennis Muñoz; a la Fundación Nakawé y a Jeannette Vázquez, así como al Grupo estratégico por la despenalización del aborto terapéutico de Nicaragua; al Frente ecuatoriano por la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y especialmente a Virginia Gómez, así como a Ana Cristina Vera, de Surkuna. También, gracias al Centro de Estudios de la Mujer Honduras y a Ana María Ferrera, a pesar de que no fue posible incluir casos del país en este informe, y a Brenda Álvarez, de PROMSEX-Perú. Gracias a quienes, desde Mundubat, orientaron mis pesquisas y me brindaron los contactos necesarios, así como a Andrea Gago Menor, Mari Cruz Tornay, Sarai Martín, Silvia de Felipe, Leire Gutiérrez, Ainara Arrieta, Miren Saiz, Amaia Erdozain, Cristina Rodríguez, Begoña Freire, Aimar Rubio, Lurdes Zarraga, Genoveva López y María Martín por su escucha, orientaciones y apoyo.

* Introducción

El derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la propia vida es uno de los derechos fundamentales de las mujeres y de las niñas, puesto que el cuerpo de cada persona debe ser respetado y no puede ser concebido como un objeto de decisión pública y política. Al mismo tiempo, es uno de los derechos más frecuentemente violados y penalizados a lo largo y ancho del planeta, hecho que consideramos que no es una casualidad, sino un intento claro por parte del sistema patriarcal de mantener el control sobre las mujeres. Como se defiende a lo largo de este informe, la negación a las mujeres de decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y sus vidas, obligándolas a ser madres, es una herramienta del patriarcado y del capitalismo para mantener la dominación sobre las mujeres. Nadie puede creerse que la intención final es la defensa de la vida o de la maternidad, puesto que los grupos «anti abortivas»¹ no tienen en cuenta la vida de las mujeres, ni se reclaman ayudas y políticas sociales que promuevan una maternidad satisfactoria, ni para las mujeres ni para las criaturas. Es profundamente indignante que grupos sociales, mayoritariamente liderados por hombres, sientan que cuentan con la legitimidad y la autoridad para decidir sobre la vida de las mujeres, y en una cuestión tan importante como la maternidad, donde se las mujeres arriesgan su vida y su salud física, al mismo tiempo que afecta a su realidad presente y futura.

A pesar de que existen múltiples conferencias mundiales y tratados internacionales que reconocen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los Estados incumplen sus mandatos internacionales, poniendo en riesgo a las mujeres de sus países, y permitiendo al sistema patriarcal seguir perpetuando sus desigualdades. Este informe se centra en el derecho a la interrupción del embarazo o aborto por los graves impactos que tiene para la vida de las mujeres en todo el mundo, pero no queremos olvidar que en muchos casos, los embarazos no deseados son la consecuencia de la falta de políticas de educación sexual adecuadas.

Desde el eje de género de la Fundación Mundubat, partimos de la concepción del sistema patriarcal como un sistema opresor global, que se adapta a las realidades globales para mantener su poder y la

¹ Utilizamos de forma consciente “anti abortivas” y no “grupos pro vida”, porque consideramos que negar el derecho al aborto no es compatible con defender el derecho a la vida.

dominación sobre las mujeres. Por esto, consideramos que la respuesta de resistencia de las mujeres a los ataques machistas deben ser globales, construyendo redes entre el movimiento feminista global. Así, los planteamientos del gobierno del Estado español con la conocida “Ley Gallardón” muestran que en Europa y en América Latina las mujeres afrontan ataques directos contra sus derechos, que disfrazados en reformas legislativas o como medidas políticas hacen que las mujeres de ambos continentes deban movilizarse para exigir la protección de sus derechos. Por esto, este informe pretende dibujar el estado del arte de la cuestión mencionada exponiendo también casos reales, actuales y que visibiliza las consecuencias en la vida de las mujeres de la violación de sus derechos fundamentales.

En este sentido, la falta de información contrastada y verificada es un problema en la labor de denuncia de las organizaciones feministas; obviamente, no es posible contar con datos del número de mujeres que se practican abortos ni de sus consecuencias, cuando se ven obligadas a realizarlo en la clandestinidad. De hecho, las dificultades de información y la magnitud de la criminalización y la presión social son tales que en el caso de este informe, no ha sido posible obtener información en Honduras y República Dominicana, donde esta realidad se encuentra tan invisibilizada y castigada, que no es posible poner nombre y dar datos reales sin sufrir las consecuencias o represalias.

Siendo el objetivo principal de este informe el análisis de la legislaciones relativas al derecho al aborto en diferentes países y la descripción de casos emblemáticos en países de América Latina, consideramos que el presente documento alcanza este objetivo, al mismo tiempo que puede ser una útil herramienta para fortalecer la articulación de acciones globales en defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El documento consta de tres partes principales; en primer lugar, una argumentación de la importancia de los derechos sexuales y reproductivos y los ataques patriarcales de los que son objeto y, la descripción del contexto socio político del aborto; en segundo lugar, la presentación de casos emblemáticos en El Salvador, Nicaragua y Ecuador; y, por último, se plantean una serie de demandas a los Estados y sus instituciones.

Silvia de Felipe González

Coordinadora del Eje de Género / Fundación Mundubat



1. Los derechos sexuales y reproductivos y la reacción patriarcal

1.1. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos

El movimiento feminista, a partir del principio «lo personal es político» y del cuestionamiento de la separación entre lo público y lo privado, introdujo a partir de los años 70 del siglo XX una serie de reivindicaciones en torno a la autonomía corporal de las mujeres, su sexualidad y el control de la propia capacidad procreativa. Las feministas formularon los derechos sexuales y reproductivos como el derecho de las mujeres «a controlar su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres, así como la exigencia de que éstos asuman su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad» (Maoño y Vázquez, 2000).

La presión y la incidencia política del movimiento feminista y de las organizaciones de mujeres permitieron en los años 90 que los derechos sexuales y reproductivos alcanzaran la agenda de los organismos internacionales. Dos momentos clave en este reconocimiento fueron la Conferencia de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995 en Beijing. La primera introdujo los conceptos de salud sexual y salud reproductiva y ratificó el derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad a través de la información y el acceso a los métodos de anticonceptivos, libres de violencia y coerción. La Conferencia de Beijing, por su parte, incorporó y reforzó en sus documentos los acuerdos de El Cairo sobre salud sexual y reproductiva, y elevó los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a la categoría de derechos humanos. Además, la declaración establecía que el control de las mujeres sobre su fecundidad es fundamental para su emancipación y el ejercicio y disfrute de otros derechos.

De los documentos emitidos en ambas conferencias, extraemos la definición de los derechos sexuales y reproductivos reconocidos como derechos humanos, que están recogidos en tratados internacionales y otros documentos y cuerpos normativos nacionales e internacionales: se trata de un conjunto de derechos que se refieren al control de las personas sobre la propia sexualidad, sobre el propio cuerpo, la vida sexual y la identidad; que establecen el derecho a elegir a la pareja y a formalizar o no esta unión; a decidir qué tipo de familia formar; a decidir de manera libre y res-

ponsable si tener hijos e hijas o no tenerlos, así como el número y el espaciamiento entre ellos y ellas; y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Esta formulación asumida por los organismos internacionales, y que bebe de la reivindicación original del movimiento feminista, se encuentra hoy, sin embargo, con abundantes límites y cuestionamientos. De un lado, tal y como ocurre con buena parte de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos carecen de fuerza vinculante, es decir, no existe un marco de exigibilidad jurídica, ni existen organismos vigilantes o sancionadores. De otro, el Vaticano y otros Estados católicos, musulmanes y diversos sectores conservadores, han llevado a cabo una brutal contraofensiva y han boicoteado la posibilidad de un desarrollo más profundo de aspectos fundamentales como son el respeto a la diversidad sexual o el derecho de las mujeres al aborto seguro (González y Sánchez, 2012). Así pues, y a diferencia de la tendencia de los años 90 de integrar estos derechos, hoy nos encontramos con una situación de cierto estancamiento.

1.2. Un asunto de justicia social y aspiración democrática

Uno de los aspectos clave que deben ser contemplados cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos es su dimensión colectiva, es decir, que son universales y que sólo son posibles en condiciones de justicia social.

Las mujeres no constituyen un conjunto homogéneo de personas: están atravesadas por una multiplicidad de factores que determinan su estatus en relación al grupo social con el que interactúan, expresan su subjetividad de formas muy diferentes y hacen recorridos de vida propios. Todo ello hace que se sitúen de forma diferente en las jerarquías sociales y accedan al ejercicio de sus derechos con mayores o menores dificultades (Montero, 2013). Por eso, el derecho individual de cada mujer a decidir libremente acerca de su cuerpo, su modo de vivir la sexualidad y la posibilidad de la maternidad, sólo tiene sentido si está inscrito en un contexto en el que se garantiza que puedan ejercerlo todas las mujeres, independientemente de su situación económica, origen, edad, nivel educativo, orientación sexual, situación administrativa, etnia, diversidad funcional, etc. Así pues, es tarea del Estado garantizar que todas ellas puedan disfrutarlos atendiendo a sus especificidades. Y con este fin deben implementarse, entre otras, las políticas públicas necesarias para dar acceso a todas las mujeres a una educación sexual integral, a los métodos anticonceptivos que mejor se ajusten a sus preferencias y necesidades, y a la interrupción voluntaria del embarazo, intervención que siempre debe estar cubierta por la red sanitaria pública.

Reconocer y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es

una cuestión de profundo calado democrático; de poco sirven cuando tan solo pueden ser ejercidos por un grupo privilegiado de mujeres. Al contrario, son parte del conjunto de derechos y libertades sobre el que se construyen la ciudadanía y la subjetividad política de las mujeres. Reconocen a esta mitad de la población su autonomía, su derecho a decidir y a construir un proyecto de vida propio y autónomo, y respaldan que ese proyecto responda a una amplia diversidad de deseos y necesidades, y no a una moral única, impuesta y pretendidamente universal. Ejercer los derechos sexuales y reproductivos permite a las mujeres reapropiarse de sus cuerpos, tantas veces expropiados, utilizados y violentados, y con ellos, de sus vidas. Por eso, la interrupción del embarazo no deseado es planteada por las feministas como una aspiración democrática.

1.3. El estancamiento del reconocimiento y profundización de los derechos sexuales y reproductivos

A lo largo de la historia, mujeres en todos los rincones del planeta se han enfrentado a embarazos no deseados o no planificados. Las estrategias para resolver esta situación han sido diversas en función de los márgenes que el control social e institucional del momento histórico y el lugar les han permitido. Lo que es evidente es que las mujeres han recurrido al aborto a lo largo de la historia en todo el mundo. Y lo siguen haciendo hoy también: en los países en los que esta intervención está legalizada y también en los que está penalizada; a pesar de enfrentarse al estigma social y a penas de cárcel; e incluso aunque pongan en riesgo sus vidas. Y es que la gran mayoría de los abortos inseguros tiene lugar en los países donde el aborto es delito.

Desde las conferencias de los años 90 en El Cairo y Beijing se ha producido una tendencia global hacia la ampliación del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, los avances reales han sido pequeños respecto al marco de derechos establecido, y existe en el mundo una gran diversidad de leyes relativas a la interrupción inducida del embarazo. Según el Instituto Guttmacher (Singh et al. 2009), entre 1997 y 2009, 19 países ampliaron los criterios bajo los cuales está permitido el aborto. Pero en la mayoría de esos casos se ha pasado de marcos de prohibición absoluta a otros que aún son altamente restrictivos, por lo que los progresos han sido tibios.

La situación global actualmente es, pues, que el 6% de las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 44 años) de todo el mundo vive en países en los que el aborto está totalmente prohibido, la mayor parte de ellas en países empobrecidos, aunque también están en este grupo Malta, San Marino y Andorra. Y el 21% de ellas vive en países en los que la interrupción del embarazo está permitida únicamente bajo el supuesto de riesgo para la vida de la mujer (Singh et al. 2009). Entre ellos

se encuentra Irlanda, donde en 2014 entró en vigor la Ley de la Protección de la Vida durante el Embarazo, que despenaliza el aborto exclusivamente en caso de que ponga en peligro la vida de la mujer, pero no cuando su salud esté comprometida. En los casos de violación, incesto y malformaciones graves del feto, interrumpir la gestación es delito y está castigado con penas de hasta 14 años de cárcel.

También en Irlanda del Norte la ley sólo contempla la excepción de peligro inminente para la vida de la mujer embarazada, e impone las penas más severas que existen en Europa: cadena perpetua tanto para la mujer que aborta como para la o el profesional que la interviene. Amnistía Internacional advierte que, debido a este marco tan restrictivo, cerca de 60.000 mujeres han tenido que desplazarse a Inglaterra para poder interrumpir su embarazo desde 1970.

Respecto a los países empobrecidos, el 47% de las mujeres en edad reproductiva vive bajo leyes de aborto sumamente restrictivas, es decir, que lo prohíben completamente o solamente lo despenalizan bajo las causales de salud, violación y malformación fetal. Sin embargo, si no consideramos en este grupo a China e India, que tienen leyes de aborto más liberales, esta cifra se eleva hasta el 86% de las mujeres en edad reproductiva (Singh et al. 2009). Encontramos, por tanto, que el acceso de las mujeres a una interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad y libertad está más restringido en los países de rentas más bajas. Y concretamente, en América Latina encontramos algunas de las legislaciones más restrictivas del mundo.

Por otro lado, es cierto que actualmente el 97% de los países del mundo permite al menos el aborto con el objetivo de salvar la vida de la mujer (González Vélez, 2011). Sin embargo, informes apuntan a que a menudo no hay una coherencia entre lo que dice la letra de la ley y lo que en realidad se lleva a la práctica. Así es que en muchos de los países en los que el aborto está limitado a unos pocos supuestos, a menudo los gobiernos no facilitan los protocolos y los servicios médicos que permitirían abortar acogiéndose a ellos. De este modo, se genera una situación de enorme inseguridad jurídica para mujeres y profesionales, y esto deriva en que se sigan produciendo un alto número de abortos inseguros (Singh et al. 2009).

Paralelamente, en los últimos años se está experimentando un rearme de las posturas que defienden la restricción de este derecho. De hecho, en tres países, Polonia, Nicaragua y El Salvador, los cambios legislativos en los últimos años han conducido a marcos más restrictivos en vez de seguir la tendencia global hacia una mayor liberalización. El anteproyecto de ley presentado por el ex ministro de justicia español en 2013, «Ley Orgánica de Protección de los Derechos del Concebido y de la Mujer Embarazada», también habría significado en el Estado español un marcado retroceso respecto al marco actual, establecido en 2010. Y de hecho, la reforma de los requisitos que se aplican a las menores de edad y que ya ha entrado en vigor, sigue esta misma línea. Los ataques a los derechos de las mujeres y, particularmente a los derechos sexuales y reproductivos, son, pues, constantes en todo el mundo. Los retrocesos que estamos viviendo demuestran que no podemos dar nada por sentado y definitivo. Las mujeres no podemos bajar la guardia porque los derechos adquiridos pueden ser arrebatados en cualquier momento.

RETROCESOS EN PORTUGAL

También en Portugal se vive actualmente un ataque a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Hasta el momento, el aborto es libre en las diez primeras semanas, y está despenalizado hasta la semana 16 en caso de violación, y hasta la 24 cuando el feto sufre malformaciones. Además, no hay límite cuando la vida o la salud de la mujer están en peligro o en caso de inviabilidad fetal. Esta legislación fue promulgada tras una larga discusión en la sociedad portuguesa, y tras ser sometida a referéndum en 2007. Sin embargo, grupos anti elección han puesto recientemente en marcha una Iniciativa Legislativa Popular (ILP) que pretende un retroceso en materia de derechos sexuales y reproductivos. Quienes impulsan esta ILP, «Lei de apoio à maternidade e à paternidade – do direito a nascer», argumentan que existe un problema grave de natalidad en Portugal con el que la legislación actual estaría supuestamente relacionada, y solicitan medidas de apoyo a la familia, la maternidad y la paternidad.

Por si fuera poco, la coalición de derecha en el gobierno portugués aprobó en julio de 2015 un proyecto de ley que establece el pago de tasas en las interrupciones hasta las 10 semanas por elección de la mujer. Además, para poder abortar, las mujeres tendrán que asistir a una consulta de acompañamiento psicológico y social, donde recibirán información acerca de las ayudas a la maternidad a las que tienen derecho de continuar con su embarazo. La ley también dicta que las mujeres tendrán que contar con un consentimiento informado del otro progenitor.

El patriarcado y sus instituciones políticas y religiosas se han apoyado secularmente en la negación de la subjetividad de las mujeres y de su autonomía. En esta tarea, el control de sus cuerpos, es decir, de su sexualidad y de su capacidad reproductiva, ha sido y es uno de los más rígidos mecanismos de sometimiento. Pero este control es funcional no solo al patriarcado, sino también al orden capitalista. En su libro «Calibán y la bruja», Silvia Federici explica en referencia al período de acumulación originaria, alrededor del siglo XVI que, «si en la Edad media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso del parto, a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista». Se produjo, pues, una redefinición de qué constituía delito reproductivo, así como un endurecimiento de las penas para las prácticas anticonceptivas y para el aborto. Esto sucedió en un contexto de promoción del crecimiento demográfico con el objetivo de cubrir la necesidad de mano de obra que demandaba el capitalismo primitivo. Y por tanto, el siglo XVI fue el momento en que en Europa se demonizó cualquier forma de sexualidad no procreativa y cualquier práctica que tuviera por objeto el control de la natalidad.

También hoy los gobiernos patriarcales y capitalistas estigmatizan y castigan a las mujeres que pretenden controlar su capacidad reproductiva. Amnistía Internacional denuncia que la nueva política demográfica de Irán, sostenida por dos proyectos de ley que están a punto de ser aprobados, y que busca un crecimiento sustancial de la población, va a suponer un grave retroceso en los derechos de las mujeres, especialmente en el plano sexual y reproductivo. De aprobarse, se dificultaría el acceso a métodos anticonceptivos modernos y se prohibiría la provisión de información acerca de ellos; se ilegalizaría la esterilización voluntaria; los programas de planificación familiar serían desmantelados; se fomentaría el matrimonio a edades tempranas y la maternidad repetida; y se dificultaría el divorcio. Incluso se está planteando incluir en la legislación la posibilidad de discriminar a las mujeres que demandan empleo, especialmente si son solteras o no son madres (Amnistía Internacional, 2015).

Podemos afirmar que los retrocesos actuales en materia de derechos sexuales y reproductivos responden a una reacción de carácter patriarcal frente a los avances de las mujeres. Y es que, tal y como afirma la socióloga feminista Rosa Cobo (2011), gracias a los logros del feminismo, recientemente y «por primera vez en la historia, sectores de mujeres de todo el mundo pueden decir ‘no’ a los varones», para construir proyectos de vida propios en los que estos no son fundamentales o simplemente están ausentes. La igualdad legal alcanzada en muchos países, la salida al espacio público, y la conquista de espacios de autonomía física, económica y política por parte de millones de mujeres en el mundo han supuesto la mayor revolución y la más importante transformación social en la historia de la humanidad. Como cabía esperar, no obstante, el patriarcado y sus sectores más beligerantes y extremistas no se han quedado de brazos cruzados ante esta conquista de derechos. Y es así que se está produciendo en las últimas décadas una reacción patriarcal de enorme envergadura. La violencia contra las mujeres, los ataques al derecho a decidir y las políticas neoliberales son parte de esa reacción.

En Europa, las medidas de austeridad tomadas por los gobiernos neoliberales frente a la crisis financiera de los últimos años han significado un duro golpe al conjunto de derechos sociales, y están teniendo nefastas consecuencias para los sectores más vulnerables de la sociedad, especialmente para las mujeres. Es cierto que a lo largo de las últimas décadas los cuidados no dejaron nunca de resolverse de forma mayoritaria en el espacio privado de los hogares, y frecuentemente, vía mercantilización, gracias al trabajo de mujeres migradas. Pero la cada vez mayor privatización de los servicios públicos, la reforma laboral y los recortes en sanidad, educación, en atención a la dependencia y en políticas de igualdad, han menguado sustancialmente el ya insuficiente apoyo público al trabajo reproductivo. Así pues, una enorme cantidad de trabajo de cuidados está volviendo al ámbito familiar. Y dentro de las familias, que son también, en su inmensa mayoría, estructuras reproductoras del orden patriarcal, están siendo las mujeres quienes están cargando con la responsabilidad de todas esas tareas de las que las instituciones públicas se desentienden.

Paralelamente, el discurso hegemónico sostiene este viraje político devolviendo a la familia y la maternidad un papel fundamental en la sociedad. El valor absoluto y la mistificación de la maternidad, junto a la defensa de la familia como espacio privi-

legiado de cuidado y seguridad en tiempos de crisis, desprotección e incertidumbre, complementan perfectamente la adopción de medidas de austeridad. Un discurso y unas medidas patriarcales que buscan sacar a las mujeres del espacio público, que nunca les correspondió, y devolverlas a la esfera doméstica. Y es que la maternidad es en el patriarcado un mandato alrededor del cual se conforma la normatividad femenina (Cobo, 2011). Es una obligación impuesta por la naturaleza, un destino inevitable para las mujeres. Y es un mandato que las mantiene en el espacio de lo privado, de lo íntimo; ajenas a la esfera pública, donde se produce el debate social y se ejerce el poder de decisión. Por eso el control de la sexualidad y de la capacidad reproductora de las mujeres es uno de los principios más arraigados del patriarcado. Y este control de los cuerpos, que es ejercido mediante mecanismos fuertemente coactivos y normativos, llega a ser interiorizado por las propias mujeres, igual que otros mandatos de género. Efectivamente, como Cobo (2011) indica, «los derechos sexuales y reproductivos son uno de los nervios ideológicos en torno a los que se articula la reacción patriarcal». La negación de la libertad y la autonomía de las mujeres, del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, es una afirmación del poder masculino sobre la capacidad reproductora y la sexualidad de las mujeres.

Quizás por eso mismo, el aborto ha sido desde los años 70 uno de los ejes de la reivindicación feminista, una de las luchas más desafiantes. Se trata esta de una reivindicación del derecho a la libertad y la autonomía, y a una sexualidad libre y placentera, a recuperar el control sobre el propio cuerpo; a que la maternidad sea una elección libre, consciente e intencional, producto del deseo de cada mujer, y no una obligación. En definitiva, se trata de una lucha por la conquista de la ciudadanía de pleno derecho.

1.4. Amenazas en el Estado español

En el Estado español, la reivindicación del derecho al aborto seguro, libre y gratuito ha sido uno de los ejes vertebradores del discurso y la acción feministas. Durante un corto período de tiempo de la II República, la interrupción voluntaria del embarazo fue legal y libre hasta las 12 semanas en Cataluña y, posteriormente, también en la zona leal a la República durante la Guerra Civil. Sin embargo, la dictadura franquista restableció la prohibición total en el Código Penal de 1944.

Uno de los hitos en la lucha por la despenalización del aborto se produjo en 1976. La noche del 9 de septiembre se llevaron a cabo once detenciones en Basauri: nueve mujeres acusadas de haber abortado, y otra mujer y un hombre, acusados de la autoría de las interrupciones. El proceso judicial duró casi diez años, tiempo durante el cual el movimiento feminista llevó a cabo una intensa campaña de apoyo, demandando la amnistía de las once mujeres de Basauri y reivindicando los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos, el derecho a decidir. Fue así como esta reivindicación tuvo un papel fundamental en la organización y la articulación del movimiento feminista durante la transición.

Esta importante movilización a lo largo de diez años también contribuyó a la modificación del Código Penal en 1985, que despenalizaba el aborto en tres supuestos: para evitar grave daño a la vida o a la salud física o psíquica de la mujer embarazada, en caso de violación y cuando el feto presentara graves malformaciones. El movimiento feminista, sin embargo, señaló desde un inicio la insuficiencia y las limitaciones de aquel cambio: se trataba de una despenalización tan solo parcial, y no existían garantías de poder acceder a la intervención en la sanidad pública.

La movilización y la incansable lucha del movimiento feminista permitió que 25 años más tarde, en 2010, se aprobara la «Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo». El texto, vigente hasta la fecha, establece un marco de plazos, donde el aborto es libre hasta las 14 semanas, es decir, las mujeres no tienen la obligación de justificar su decisión bajo ningún supuesto. Por causas médicas, la interrupción podrá llevarse a cabo antes de las 22 semanas, y sin límite de plazo cuando el feto presente anomalías incompatibles con la vida. Aparentemente, el espíritu de esta ley es el respeto al derecho a decidir de las mujeres. Sin embargo, las organizaciones feministas han señalado sus límites: de un lado, no se ha sacado el aborto del Código Penal. De otro, la ley establece dos requisitos en los casos en que el aborto es demandado por la mujer embarazada: primero, que esta haya sido informada acerca de las ayudas públicas a la maternidad; y segundo, que hayan transcurrido tres días desde el momento en que se da dicha información y la realización de la intervención. La supeditación del acceso a una interrupción del embarazo al cumplimiento de estos dos requisitos da cuenta de un cuestionamiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su propia vida y de un grave tutelaje. En palabras de la Coordinadora estatal de organizaciones feministas (2011), se asume que las mujeres toman estas decisiones «de forma irreflexiva».

Ante la ley de 2010, el Partido Popular y el Gobierno de Navarra presentaron sendos recursos de inconstitucionalidad. Y en la campaña electoral para las elecciones de 2011, el Partido Popular presentó un programa electoral donde la familia tradicional y la maternidad ocupaban un lugar central, en el que ya se proponía un cambio de la regulación, con el fin de «proteger la vida y a las menores». Una vez en el gobierno, el ministro de Justicia Alberto Ruiz Gallardón presentó el anteproyecto de «Ley Orgánica de Protección de los Derechos del Concebido y de la Mujer Embarazada», que planteaba un retorno a la ilegalidad del aborto y la despenalización por casos, pero aún más restrictiva que la de 1985: quedaba suprimido el caso de malformación en el feto, y el supuesto de salud debería ser acreditado por dos especialistas en medicina. Además, el anteproyecto establecía que las mujeres recibirían información sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, tras lo cual deberían esperar un período de al menos una semana para tomar su decisión. Para que las menores de edad pudieran acogerse a alguno de los supuestos que contempla la ley, sería obligatoria la aprobación de los o las titulares de la patria potestad.

A lo largo de 2012 y 2013, una mayoría social liderada por el movimiento feminista se movilizó frente a la amenaza de un proyecto legislativo que impondría

la tutela médica y legal de las mujeres, arrebatándoles un derecho ya adquirido como es el derecho a decidir. Durante este tiempo se articularon plataformas y se organizaron numerosísimas movilizaciones en todo el Estado, realizando actos cada semana. Se produjeron manifestaciones masivas, se realizaron performances, se escribieron y circularon documentos y se difundieron materiales audiovisuales. También asociaciones de profesionales de la salud mostraron su rechazo al proyecto de ley, así como otros colectivos de derechos humanos, e incluso Naciones Unidas y el Parlamento Europeo.

La enorme movilización liderada por las feministas recogió frutos en 2014: el ministro de Justicia, que ni siquiera encontró el apoyo que esperaba dentro de su propio gobierno, se vio obligado a dimitir. Desde el movimiento feminista, la lectura que se hace de esta caída es la de un éxito propio, ya que la movilización social lograda llegó al punto de que el gobierno tuviera que desestimar este punto ideológico cardinal de su programa. Sin embargo, el Partido Popular no abandonó completamente su intención de atacar y recortar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Estado y ha llevado adelante una proposición de ley para modificar la legislación. Esta vez, ha conseguido eliminar el apartado de la ley que establece que, en el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas. La reforma fue aprobada en el Congreso de los Diputados en julio de 2015, y posteriormente enviada al Senado, donde fue aprobada definitivamente el 9 de septiembre. El PP ha logrado así introducir una excepción a la autonomía de las menores sobre su propio cuerpo, de modo que tengan que contar con el consentimiento expreso de quienes sean titulares de la patria potestad. Sostiene, por tanto, que las mujeres de 16 y 17 años tienen, de acuerdo con la ley, la madurez suficiente, por ejemplo, para casarse, pero que sus padres podrán obligarlas a ser madres aún sin ellas desearlo.

Expertas del Grupo de Trabajo sobre la Cuestión de la Discriminación contra la mujer del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, que visitaron el Estado español a finales de 2014, recomendaron al gobierno que no estableciera el consentimiento paterno para que las jóvenes de 16 y 17 años puedan abortar, ya que esta medida restringiría aún más el acceso de las niñas a un aborto seguro y legal. Desde el punto de vista de las obligaciones contraídas por el Estado español en la Convención de los Derechos del Niño, esta modificación es inviable. Y es que exigir la participación y el consentimiento de los padres para el acceso de las menores al aborto no respeta los principios recogidos en este acuerdo relativo a la protección del interés superior de la niña, a la toma en cuenta de sus capacidades evolutivas y a la protección de la confidencialidad.

El informe que el Grupo de Trabajo presentó ante el Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer-CE-DAW de Naciones Unidas el 8 de julio de 2015 recomienda «la eliminación de los obstáculos que dificultan el acceso de las mujeres a servicios seguros y legales de interrupción del embarazo, la redacción de una normativa adecuada sobre la tutela pública para que las niñas menores de 16 años puedan practicar un aborto sin el consentimiento de sus padres», así como la «suspensión de todos los intentos de restringir el actual acceso seguro y legal al aborto».

1.5. El empuje de los fundamentalismos religiosos

Uno de los agentes centrales en el estancamiento del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y en general, del ataque a la conquista de espacios de autonomía corporal y sexual de las mujeres, son los fundamentalismos religiosos. En las últimas dos décadas se ha producido una politización reactiva de sectores identificados religiosamente que defienden una postura extremadamente conservadora sobre los asuntos sexuales. Concretamente, el empuje del fundamentalismo católico se activa principalmente a partir de las conferencias de El Cairo y Beijing en los 90, como elemento clave de la reacción patriarcal.

En el caso español, la propuesta del ex ministro de justicia constituyó parte de un conjunto de medidas conservadoras dirigidas a contentar al sector más duro del Partido Popular y de su electorado, descontento con algunas de las políticas del gobierno. El retorno a una ley de supuestos aún más restrictiva que la de 1985, que impondría de nuevo la tutela sobre los cuerpos y la vida de las mujeres, respondía a la aspiración de restaurar simbólicamente el viejo orden patriarcal, en el que las mujeres deben ser reproductoras y en el que la maternidad y familia tradicional son un itinerario inevitable para ellas. La socióloga Rosa Cobo, en una entrevista para la Revista Pueblos de Información y Debate (Garay y Gago, 2014), identificaba en este movimiento un intento de reeditar la vieja mística de la maternidad, como un orden natural de las cosas, imposible de alterar.

Efectivamente, la maternidad fue uno de los ejes del discurso de Ruiz Gallardón. Esta vez, sin embargo, revestido de un aire diferente al tradicional. El ex ministro habló de la violencia estructural que impide a las mujeres ser madres, que es lo que realmente, en sus palabras, hace a las mujeres auténticamente mujeres. Usaba, pues, un lenguaje nuevo, el de los derechos (el derecho a ser madre), para defender un viejo mensaje (la maternidad como eje fundamental de la feminidad).

Precisamente el lenguaje de los derechos es la base del nuevo discurso que esgrimen las ideologías religiosas conservadoras en auge en América Latina, que complementa al discurso más tradicional, el que pivota sobre la pretendida universalidad de la moral religiosa. Se trata esta de una línea argumental que utiliza herramientas progresistas: funciona a través de ONGs, apela a tratados internacionales de derechos humanos, imita modos democráticos, y usa fundamentos científicos y bioéticos (Ruibal, 2014). Utilizando este discurso han proliferado grupos que acompañan a las jerarquías católicas y expanden su influencia en numerosos ámbitos, como la educación, la salud y los medios de comunicación. También hacen incidencia política sobre los poderes públicos, mediante estrategias como la judicialización de la anticoncepción de emergencia o la objeción de conciencia para restringir la vigencia de derechos ya reconocidos (Vaggione, 2010).

Estas ideologías conservadoras actúan por tanto desde fuera del poder público, ejerciendo influencia e incluso ofreciendo alianzas a partidos políticos en el ámbito local para que estos se acerquen a sus objetivos a cambio de conseguir votos. Pero actúan también desde dentro del poder político, ocupando las instituciones públicas. Es el caso de Colombia, donde la Procuraduría General de la Nación, una de cuyas funciones es la vigilancia del respeto de los derechos humanos por parte de los funcionarios públicos y del respeto a las sentencias judiciales, se encuentra desde 2009 ocupada por agentes institucionales vinculados al Opus Dei y otras organizaciones que promueven la agenda fundamentalista en materia de derechos sexuales y reproductivos. Desde entonces, esta institución está obstaculizando la implementación de la sentencia de la Corte Constitucional colombiana que en 2006 despenalizó el aborto bajo tres supuestos (Ruibal, 2014).

También en Brasil los sectores fundamentalistas han penetrado en las instituciones políticas. En la cámara legislativa se puede identificar una «bancada» religiosa conformada por diputados de diferentes partidos que actúan de forma coordinada contra cualquier avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y particularmente los referidos a la diversidad sexual. En 2007 estos actores conservadores en el congreso presentaron el proyecto de ley del «Estatuto do Nascituro», que se encuentra actualmente en discusión en la cámara y se propone eliminar el derecho al aborto en todos los casos previstos ahora en la ley, así como establecer el inicio de la vida en el momento de la concepción (Ruibal, 2014).

Uno de los momentos que los sectores fundamentalistas habitualmente aprovechan para introducir sus demandas en el juego político son los tiempos de elecciones. Dado que el tema es altamente sensible y que existe un enorme estigma en las sociedades de muchos países, a menudo consiguen imponer su ideario. Durante la campaña electoral de 2006 en Nicaragua los grupos religiosos anti elección realizaron una intensa operación propagandística, con el fin de presionar a los partidos concurrentes. Así convirtieron la prohibición total del aborto en un tema electoral clave, al que los dos principales candidatos se comprometieron.

Los fundamentalismos religiosos pretenden, y en algunos casos lo están logrando, una involución en los derechos sexuales y reproductivos. Han evolucionado su discurso y lo han adaptado a un enfoque moderno, pretendidamente democrático y científico. Y actúan desde una pluralidad de lugares en la sociedad, penetrando no solo en las agendas políticas sino también en las conciencias de la gente. La laicidad de los Estados y los derechos humanos son dos de los pilares sobre los que debe apoyarse el discurso y la acción contra estas ideologías.



2. Contexto sociopolítico del aborto en América Latina

1.5. Legislaciones sobre aborto en América Latina

Los países latinoamericanos muestran en general un grave desconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, en particular de los sexuales y reproductivos, y especialmente en relación a la interrupción voluntaria del embarazo. De hecho, esta intervención es ilegal en toda la región, salvo en Cuba, Puerto Rico (que responde a legislación estadounidense), Uruguay y México DF, donde existen marcos legislativos que regulan el aborto legal en las primeras semanas de embarazo. En el resto de la región el aborto es delito, y encontramos doce países en los que existen legislaciones que despenalizan determinadas causales, cinco de ellos únicamente cuando está en peligro la vida de la mujer: Guatemala, Costa Rica, Venezuela, Perú y Paraguay. Finalmente, son cinco los países que actualmente imponen la prohibición total de la interrupción voluntaria del embarazo, sin excepción alguna: Chile, Honduras, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua. Todos los países en los que el aborto está penalizado establecen sanciones o penas de cárcel tanto para las mujeres que abortan así como para quienes participen o colaboren en la intervención (Tornay, 2015).

Es especialmente significativo, tal y como señala Tornay (2015), que en los últimos años se hayan celebrado procesos constituyentes en varios Estados latinoamericanos, resultado de los cuales han sido aprobados marcos constitucionales progresistas que han incorporado demandas históricas de los movimientos sociales, y, sin embargo, apenas se han producido progresos en las legislaciones relativas a la interrupción del embarazo. Es más, se han producido muy pocos avances y sí importantes retrocesos: en Nicaragua y El Salvador se ha pasado de marcos que despenalizaban determinados casos a la prohibición total; se han endurecido las legislaciones de varios estados mexicanos; y solamente Uruguay se ha aproximado a una regulación más acorde al marco de los derechos humanos. Por otro lado, aquellos países en los que se han dado progresos moderados hacia una mayor permisibilidad, como son Argentina, Brasil y Colombia, no presentan aún garantías en cuanto a accesibilidad, calidad y no discriminación, tal y como señala el documento técnico de «Seguimiento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en América Latina y el Caribe después de 2014».

AVANCES EN REPÚBLICA DOMINICANA Y CHILE

En enero de 2015 la presidenta de Chile, Michelle Bachelet, presentó un proyecto de ley que derogará la prohibición total establecida en 1989, durante la dictadura de Augusto Pinochet, que eliminó la excepción del aborto en caso de riesgo para la vida de la mujer, vigente en el país desde 1931. La ley impulsada establecerá la despenalización del aborto terapéutico hasta las 12 semanas de gestación (en caso de menores de 14 años, hasta las 18 semanas) y también en los casos de violación y de inviabilidad fetal. Actualmente se encuentra en proceso de tramitación.

En cuanto a República Dominicana, donde está vigente la prohibición total desde el siglo XIX, los cambios que se están dando son ambiguos. Por un lado, sectores políticos conservadores lograron aprobar en 2009 una reforma constitucional que establece la inviolabilidad de la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte. A pesar de que esto podría suponer la inconstitucionalidad de la interrupción voluntaria del embarazo, existen voces expertas que lo niegan. Por otro lado, en diciembre de 2014 la Cámara de diputados aprobó la despenalización de la interrupción del embarazo cuando corra riesgo la vida de la madre. Este cambio entrará en vigor en diciembre de 2015. Además, estaba previsto que a lo largo de este año la Cámara aprobara también la despenalización en caso de violación o incesto, y en caso de malformaciones fetales incompatibles con la vida. Sin embargo, pasada ya más de la mitad del año, no se han producido señales de reforma, y es posible que el clima electoral de cara a los comicios de 2016 determine el abandono de esta promesa.

La fuerte implantación de la Iglesia católica y de las iglesias evangélicas en América Latina es sin duda uno de los factores que determinan en mayor medida el escaso reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y más concretamente del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. No en vano, esta es la región del mundo donde se concentra un mayor número de católicos. Y no es casualidad que Uruguay, país de larga tradición laica, sea uno de los pocos territorios latinoamericanos donde se ha establecido el aborto legal. Y es que si bien todos los textos constitucionales latinoamericanos reconocen la libertad de culto, varios de ellos establecen un estatus privilegiado para la Iglesia católica en función de una variedad de fórmulas (Dobreé y Bareiro, 2005). La separación entre Iglesia y Estado es en la mayor parte de los casos, por tanto, una aspiración más que una realidad.

Sumado a esto, el avance de los sectores fundamentalistas en toda la región genera una tensión permanente en torno al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En Perú, donde el aborto terapéutico está despenalizado desde 1924, también se han producido intentos de restringir esta posibilidad mediante la valoración de cambios en el Código de niños, niñas y adolescentes, que introducirían la protección absoluta del embrión desde el momento de la concepción, así como la prevalencia de sus derechos sobre otros derechos igualmente legítimos, en este caso, los de la mujer. Asimismo, en 2015 la Comisión de Justicia del

Congreso peruano archivó el proyecto de ley para despenalizar el aborto en casos de violación, tras mantener un debate en el que se incluyó la participación de representantes la Iglesia católica.

En el contexto latinoamericano, donde las desigualdades sociales son muy amplias, las legislaciones restrictivas sobre aborto determinan claras discriminaciones por razón de clase. Las mujeres que pertenecen a grupos sociales acomodados tienen la posibilidad de acceder fácilmente a métodos anticonceptivos y de interrumpir un embarazo en clínicas privadas, o incluso, saliendo del país, sin riesgo de ser denunciadas. Mientras tanto, las mujeres de los sectores populares, especialmente las que viven en entornos rurales y que son ampliamente afectadas por la pobreza, se ven obligadas a continuar con embarazos que no desean o no pueden llevar adelante, o a abortar en condiciones de clandestinidad y grandes riesgos para su salud y su vida.

2.2. Obstáculos prácticos al ejercicio de la interrupción del embarazo en supuestos despenalizados

Uno de los principales problemas en los países en los que está despenalizado el aborto en algunos supuestos, es que existe una serie de prácticas que funcionan como obstáculos a la hora de realizar esas interrupciones no punibles por ley. Una de ellas es el uso indiscriminado del derecho a la objeción de conciencia por parte del personal sanitario. Esto ocurre porque prácticamente en ningún país de la región hay una regulación de ese derecho, y las mujeres quedan a merced de la arbitrariedad del personal del sistema de salud. Además, es habitual que las intervenciones se realicen únicamente en determinados hospitales de algunos centros urbanos. Esto las hace inaccesibles a mujeres pobres procedentes de zonas rurales, lo que en la práctica constituye una discriminación. Y como señalábamos más arriba, la ausencia de protocolos y servicios específicos, e incluso de una labor de información y difusión de la legislación por parte de los gobiernos al cuerpo médico, provoca inseguridad, miedo y desprotección en las y los profesionales. Otro de los obstáculos para acogerse a los supuestos no punibles es la judicialización de los casos y la resistencia del Poder Judicial, que en ocasiones impide o dificulta el ejercicio de los derechos reconocidos. Por esta razón, no en pocas ocasiones se está recurriendo a instancias supranacionales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

También la presión de los grupos anti elección en casos concretos y la negligencia cómplice de instituciones públicas cooptadas por fundamentalistas religiosos está dificultando que las mujeres puedan abortar acogiéndose a los supuestos despenalizados. Un caso emblemático y ampliamente documentado es el de Paulina,

una joven de 14 años y origen humilde del estado de Baja California, al norte de México, que quedó embarazada fruto de una violación. En este país, el supuesto de violación es el único que comparten todos los estados de la República. Sin embargo, cuando Paulina solicitó ejercer este derecho, se encontró con la oposición y los engaños de las autoridades médicas de la ciudad de Mexicali y con la imposición de la concepción religiosa del aquel entonces procurador General de Justicia. Además, integrantes de grupos anti elección llegaron a entrar en la habitación del hospital donde estaba ingresada Paulina para presionarla y que cambiara de opinión. Las autoridades se desentendieron, pues, de su obligación de hacer cumplir la ley, e impusieron su visión personal y religiosa.

Finalmente Paulina desistió y tuvo el bebé. Su dolor y las consecuencias de esta violación de sus derechos fundamentales fueron terribles. Años después, con el apoyo de grupos por los derechos sexuales y reproductivos, y tras haber presentado su caso ante la CIDH, Paulina logró que el gobierno de Baja California reconociera que le había obstaculizado el ejercicio de sus derechos. Ella solicitó que, como parte de la reparación, jamás se repitiera un caso como el suyo, y que se impulsaran cambios legislativos para tener un procedimiento claro para acceder a la interrupción del embarazo sin posibilidad de que intervinieran los criterios morales de las autoridades implicadas.

La realidad en América Latina, igual que en todo el mundo, muestra que los obstáculos para decidir sobre el propio cuerpo y la propia vida afectan únicamente a las mujeres pobres, que no tienen otra alternativa que acudir a los servicios públicos de salud. También son ellas, mujeres pobres y rurales, quienes a menudo terminan por recurrir a abortos de riesgo, dada la dificultad para acceder a interrupciones seguras en el sistema público de salud bajo supuestos despenalizados. Por el contrario, quienes tienen capacidad económica suficiente para acudir a clínicas privadas, no se verán obligadas a atravesar todas estas dificultades, sino que podrán ver respetada su decisión de forma rápida, segura, discreta y sin injerencias.

2.3. Incidencia del aborto inseguro en América Latina

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS (WHO, 2011), se estima que en 2008 se produjeron cerca de 21,6 millones de abortos inseguros en el mundo, lo que indica que 1 de cada 10 embarazos terminó en un aborto en condiciones de riesgo. Esta cifra supone un aumento de 2 millones respecto a 2003, pero este crecimiento en términos absolutos se debe principalmente al aumento global de la población femenina en edad reproductiva. En términos relativos, la tasa de abortos inseguros por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años permanece estable en 14. Sin embargo, esta es una estabilidad inaceptable, que indica que no se están tomando las medidas adecuadas para resolver el problema.

El 20% del total de esos abortos inseguros, es decir, 4.230.000, ocurrieron en América Latina. La cifra da cuenta de una preocupante realidad: existe en la región la mayor tasa de abortos inseguros el mundo, 31 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva. En comparación, en África la tasa es de 28, en Asia de 12, y en Europa es de 2 abortos por cada 1.000 mujeres (WHO, 2011). Y es que las leyes restrictivas son uno de los factores que determinan una mayor incidencia del aborto inseguro, junto con otros elementos como los recursos y condiciones sanitarias insuficientes, y los obstáculos económicos, legales y culturales para acceder a la planificación familiar.

Los datos citados son de un informe de la OMS de 2011, un detalle que no es baladí: hay una gran escasez de información sobre la incidencia del aborto en general en casi todos los países latinoamericanos. De acuerdo con las organizaciones de derechos humanos que han elaborado el documento técnico de «Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014», este vacío informativo es intencionado y busca invisibilizar un problema que aún hoy sigue siendo tabú. Sin embargo, esta es una gravísima cuestión de salud pública. Los riesgos que comportan los abortos en condiciones inseguras para la salud y la vida de las mujeres son elevadísimos. Cada año se producen en el mundo 70.000 muertes maternas derivadas de abortos inseguros (el 12,5% del total de las muertes maternas), y millones de mujeres sufren graves daños en su salud, a veces irreversibles. En los países empobrecidos, mueren siete mujeres cada hora por complicaciones derivadas de este tipo de intervenciones (Singh, 2009). Y en América Latina, el porcentaje de muertes maternas por este motivo es del 20%. La OMS ha establecido que existe una correlación entre la prohibición de la interrupción voluntaria del embarazo, y la muerte de mujeres por abortos inseguros. Los riesgos son además agravados por una serie de circunstancias habituales en los territorios latinoamericanos. Entre ellas, la OMS (2011) señala que se encuentran las carencias en cuanto al asesoramiento en salud reproductiva, los obstáculos para acceder a abortos legales, la amenaza de judicialización, la no disponibilidad de los recursos tecnológicos para tratar el aborto incompleto, y el enorme estigma y el castigo social que soportan las mujeres.

Nuevamente, es necesario subrayar que son las mujeres empobrecidas quienes sufren mayor riesgo de tener abortos en condiciones de riesgo, de ser denunciadas y judicializadas, así como de morir por un aborto inseguro. Por eso, en América Latina y en todo el mundo, el aborto es un problema de justicia social. En los lugares donde el aborto no es legal, mientras las mujeres con recursos tienen acceso a intervenciones sin peligro en clínicas privadas, las demás arriesgan su vida.

2.4. Consecuencias de la penalización del aborto

Las leyes restrictivas y la inaccesibilidad de los servicios de aborto en América Latina constituyen una clara vulneración de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. Contravienen numerosos tratados internacionales firmados por los

Estados latinoamericanos y las obligaciones adquiridas con respecto al derecho a la igualdad y a la no discriminación, a la libertad, la privacidad, la autonomía, la integridad, la dignidad, a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a vivir una vida libre de violencia. Son discriminatorias porque penalizan intervenciones médicas que afectan exclusivamente a las mujeres y las niñas, y por tanto, vulneran específicamente su derecho a la salud y a una atención adecuada, y no así el de hombres y niños.

En los casos en los que el aborto terapéutico no está despenalizado, se está negando el derecho de las mujeres a participar en una decisión fundamental como es qué tratamiento desean recibir. Morena Herrera, de la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico de El Salvador, explicaba en un artículo publicado en el Diario digital *ContraPunto* el 28 de mayo de 2013: «el mayor dolor es saber que tu vida depende de la decisión de unas personas que no se identifican con tu situación, a las que les falta todo signo de empatía». Al negar a las mujeres que puedan defender su deseo de continuar con vida, de vivir, se las está deshumanizando, se las está rebajando a la categoría de no personas. Y se las está empujando a muertes evitables, colocando su derecho a la vida por debajo de un pretendido derecho absoluto a la vida antes del nacimiento, que ni siquiera existe. Organismos de derechos humanos y el propio relator especial de Naciones Unidas sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes han alertado de que negar el aborto en casos como estos puede equivaler a tortura (Amnistía Internacional, 2014).

Por otro lado, el derecho a interrumpir un embarazo producto de violación forma parte de la atención integral y la reparación a la que tienen derecho las víctimas de agresiones sexuales. Este derecho está siendo vulnerado en muchos territorios de América Latina, donde existen además tasas muy altas de violencia sexual. La obligación que se impone a las mujeres de llevar a término un embarazo fruto de una violación constituye una clara violación de derechos humanos, incluido el derecho a no sufrir tortura, tratos crueles o degradantes. Teniendo en cuenta que la violencia sexual afecta especialmente a niñas y jóvenes, existe una alta probabilidad de que esos abusos terminen en embarazos de riesgo y en abortos inseguros. La obligación de convertirse en madres como consecuencia de los abusos tiene consecuencias especialmente terribles, profundas y duraderas, como son: problemas de salud, suicidios, uniones de pareja forzadas y una vida marcada por la pobreza y la exclusión social. Según los datos recogidos por Amnistía Internacional (2014), el suicidio es la causa del 57% de las muertes de niñas y jóvenes embarazadas de entre 10 y 19 años en El Salvador.

Finalmente, en los países donde la prohibición del aborto es absoluta, como El Salvador y Nicaragua, se está criminalizando a mujeres que sufren emergencias obstétricas sin recibir atención médica, que no están siquiera relacionadas con abortos provocados. Como consecuencia, mujeres pobres que sufren complicaciones de este tipo o que necesitan atención médica tras un aborto, sea este inducido o espontáneo, están evitando buscar el cuidado profesional que necesitan. Por su parte, el personal sanitario expresa miedo frente a la posibilidad de resultar procesado tras atender un caso de este tipo, acusado de haber provo-

cado el aborto. Por eso, el miedo y la ambigüedad hacen que médicas y médicos pospongan las decisiones acerca de cómo tratar embarazos con complicaciones o abortos incompletos, dejando que se agraven los estados de salud de las mujeres que acuden en busca de tratamiento. Esto, a pesar de que las mujeres tienen derecho a recibir la atención sanitaria adecuada para tratar las complicaciones derivadas de un aborto en condiciones de riesgo, independientemente del estatus legal de la interrupción voluntaria del embarazo en cada país.



3. Caza de brujas en El Salvador

Beatriz y Verónica

El Salvador tiene una de las legislaciones de aborto más restrictivas, pero no solo eso, sino que además aplica también las penas más severas a las mujeres procesadas y condenadas por abortar. No siempre fue así: el Código penal de 1973 contemplaba en su artículo 169 tres excepciones: para salvar la vida de la mujer (aborto terapéutico), cuando el embarazo fuera producto de violación o incesto (aborto ético), y en caso de grave malformación en el feto (aborto eugenésico). Sin embargo, en abril de 1997 la Alianza Republicana Nacionalista (ARENA) y el Partido Demócrata Cristiano (PDC) aprobaron la supresión de estas excepciones. Quedó así establecida la prohibición total del aborto en el país, que entró en vigor en 1998.

Esta modificación se produjo en el contexto de posguerra, tras la firma de los Acuerdos de Paz de 1992. En el debate de propuestas para la modificación del Código penal, que debía ser adecuado a la Constitución de 1983, a pesar de que las organizaciones feministas demandaban una ampliación de los supuestos despenalizados, finalmente se impuso el criterio más conservador, defendido por la Iglesia católica y los sectores anti elección, que instauraba la prohibición absoluta. Además, se ampliaron las sanciones por abortar y se introdujo en delito de «inducción o ayuda al aborto» (Lamas, 2008).

Poco después, en 1999, se produjo un nuevo giro de tuerca: la Asamblea Legislativa aprobó la reforma del artículo 1 de la Constitución de El Salvador, por la que se reconoce como persona «a todo ser humano desde el instante de la concepción». De este modo, la ley salvadoreña considera que el óvulo fecundado es una persona cuya vida ha de proteger el Estado (Tornay, 2015). Las consecuencias penales de esta modificación constitucional son de enorme gravedad para las mujeres salvadoreñas acusadas de abortar: en el 46,51% de los casos están soportando condenas por homicidio agravado, que se elevan de los 30 hasta los 50 años de prisión.

3.1. Las mujeres pobres y jóvenes, discriminadas

La condición socioeconómica tiene gran peso en lo que se refiere al impacto de la prohibición del aborto en todos los países del mundo, y El Salvador no es una

excepción. De acuerdo con la investigación realizada por la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico en 2011, que identificó 129 mujeres procesadas por aborto u homicidio agravado entre 2000 y 2011, las más afectadas son aquellas más jóvenes y de origen humilde. Concretamente, el 51,16% de las mujeres procesadas no tenía ningún ingreso, ya que se dedicaban al trabajo doméstico sin remuneración alguna (37,98%), o se trataba de estudiantes (13,18%). Otro 31,78% percibía ingresos muy bajos por sus empleos, y la mayoría de ellas se encontraba en situación de pobreza (Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico, 2013). También los datos de nivel de estudios muestran que las mujeres procesadas tienen un nivel de escolaridad muy bajo: más del 46% son analfabetas o han cursado solamente hasta el segundo ciclo de primaria.

Otro de los datos que confirma el perfil de estas mujeres es que el 57% de ellas son denunciadas por el personal sanitario de los hospitales públicos o del Instituto Salvadoreño de la Seguridad Social (ISSS), lo cual, por cierto, implica una violación del derecho al secreto profesional. Por tanto, se trata de mujeres que acuden a los servicios públicos de salud con emergencias obstétricas o complicaciones derivadas de abortos clandestinos. En contraste, no se ha registrado denuncia alguna desde ningún hospital privado (Tornay, 2015). Es manifiesto, pues, que la penalización del aborto tiene un claro componente de discriminación y desigualdad de clase.

Además, la gran mayoría de las 129 mujeres procesadas por aborto u homicidio agravado entre 2000 y 2011 eran jóvenes: casi el 70% tenía entre 18 y 25 años en el momento en que fueron denunciadas. Esto tiene que ver con el altísimo porcentaje de embarazos adolescentes que hay en El Salvador: según datos del Banco Mundial (2013), cada año, por cada 1.000 adolescentes salvadoreñas, se producen 75 nacimientos. Es este un problema estrechamente vinculado a los altos niveles de pobreza del país. Y es que la relación entre maternidad adolescente y pobreza es un pez que se muerde la cola: el embarazo adolescente se concentra principalmente en los sectores de mujeres pobres y con menos nivel educativo; y a su vez, el embarazo y la maternidad en la adolescencia perpetúan el ciclo de la pobreza en la medida que propician el abandono escolar, y este, las dificultades de inserción laboral. En El Salvador, 5.171 niñas y jóvenes dejaron la escuela por embarazo entre 2009 y 2013, según los datos del Ministerio de Educación. Pero además, la maternidad adolescente impide a las mujeres llevar a cabo su propio proyecto de vida y, según datos del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (2013), expone a las niñas y jóvenes a una mayor prevalencia de violencia física o sexual por parte de sus parejas.

Hay otros dos datos con los que es necesario cruzar la cifra de embarazos adolescentes en el país. De un lado, los inaceptables índices de violencia sexual (en 2014 se presentaron más de seis denuncias al día por delitos sexuales), que tienen como resultado un número altísimo de niñas y adolescentes embarazadas víctimas de abuso: en 2011 el Ministerio de Salud (MINSAL) atendió a 26.662 de estas menores (Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico, 2013). De otro, que el suicidio es la primera causa de muerte entre

adolescentes embarazadas de 10 a 19 años (Tornay, 2015). Es fácil deducir que la falta de alternativas ante un embarazo no deseado, a menudo producto de la violación de un familiar o vecino, está llevando a las chicas al suicidio. Sin embargo, quienes optan por quitarse la vida ante una situación de embarazo no deseado no son solo las más jóvenes: el suicidio es la tercera causa de muerte materna en El Salvador (Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico, 2013).

La prohibición total del aborto en El Salvador es, pues, un problema de justicia social: se está criminalizando y persiguiendo a mujeres pobres y jóvenes, que son denunciadas y condenadas a penas de cárcel de 30 a 50 años, en un país en el que eso significa prácticamente una cadena perpetua.

3.2. Una caza de brujas

Las mujeres procesadas por delito de aborto en El Salvador están viendo sistemáticamente vulnerados sus derechos fundamentales. Por un lado, el personal sanitario que denuncia a estas mujeres no tiene en cuenta el derecho a la confidencialidad, a la intimidad, a la presunción de inocencia, y tampoco contempla que muchas de las mujeres que llegan a los hospitales con emergencias obstétricas o partos complicados viven en zonas rurales en las que no tienen fácil acceso a la atención sanitaria. No se contempla que estas mujeres hayan tenido un aborto espontáneo o que la complicación con la que llegan al hospital no es necesariamente fruto de la voluntad de abortar. Las mujeres son tratadas con hostilidad y desprecio por el personal sanitario, como si fueran criminales. De hecho, el 49% de las denuncias estudiadas por la Agrupación ciudadana fueron archivadas por ser consideradas faltas de fundamento, lo que da cuenta de la criminalización y la persecución sistemática a la que están siendo sometidas las mujeres que llegan con complicaciones obstétricas a los hospitales públicos.

Por otro lado, no se está respetando el derecho de estas mujeres al debido proceso. Se han documentado severas irregularidades relacionadas con los procedimientos judiciales: se han producido interrogatorios cuando las acusadas aún se encontraban hospitalizadas, incluso bajo los efectos de la anestesia, y sin la presencia de una defensa (Centro de Derechos Reproductivos y Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico, 2013). Además, se ha constatado que es habitual dictaminar prisión provisional para estas mujeres, y que más de la mitad tiene un abogado o abogada de oficio que no ha garantizado una buena defensa. Hay casos en los que ni siquiera se ha permitido a las afectadas estar presentes durante las audiencias. El estigma que rodea a las mujeres jóvenes y pobres, y los prejuicios sobre el aborto están provocando una verdadera caza de brujas en El Salvador, donde las acusadas no están viendo respetado su derecho fundamental al debido proceso y a unas mínimas garantías judiciales.

Además, el trato y las condiciones soportadas por algunas de estas mujeres tras haber sufrido emergencias obstétricas afectaron a su salud, a su integridad física y mental, y a su derecho a la vida. Un caso escalofriante es el de Manuela, una mujer de origen muy pobre que murió de cáncer mientras cumplía una condena de 30 años de prisión tras haber sufrido una emergencia obstétrica. Manuela tuvo una defensa negligente, sufrió innumerables abusos y violaciones a sus derechos durante su paso por el hospital, y a lo largo de la investigación y el procesamiento judicial, así como en la propia cárcel, y nunca recibió el tratamiento adecuado para su enfermedad. Manuela murió a los 33 años en prisión, aislada, y dejando huérfanos a sus dos hijos.

Pero los abusos que vivió Manuela no son una excepción. Las mujeres salvadoreñas están sufriendo una verdadera persecución, así como tratos discriminatorios y de una enorme crueldad, que violan todos los tratados relativos a los derechos humanos firmados por el Estado de El Salvador. Las investigaciones realizadas dan cuenta de violaciones al derecho a vivir libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes, que son particularmente graves en las cárceles por el maltrato, las condiciones y la denegación de servicios de salud adecuados a las que están siendo sometidas las mujeres condenadas.

3.3. Vulneración de derechos fundamentales

La prohibición absoluta del aborto en El Salvador es uno de los aspectos más crueles de la violencia sistemática e institucionalizada que sufren las mujeres y las niñas en el país (Tornay, 2015) y constituye una violación sistemática de sus derechos humanos. En los casos en los que un embarazo supone un riesgo, la ley y la sociedad las considera moralmente incapaces de tomar la decisión de salvar su propia vida, y les niega de esta forma la condición de personas y su derecho constitucional a la vida. Los discursos de los grupos fundamentalistas las estigmatizan y las rebajan a la condición de seres inmorales, incapaces de tomar decisiones éticas y racionales, al mismo tiempo que insisten en ensalzar la maternidad como el destino verdadero y único para todas ellas, aún bien que el producto del embarazo conlleve su muerte. En la legislación y en el imaginario social se ha asentado la idea de que el derecho a nacer del feto en gestación es superior al derecho a la salud y la vida de las mujeres gestantes, incluso aunque la criatura sufra malformaciones que le vayan a impedir sobrevivir fuera del cuerpo de su madre.

Como consecuencia de esta situación, casi todos los abortos que se llevan a cabo en El Salvador son inseguros. Según cifras del Instituto Guttmacher citadas en el estudio de la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico (2013), son un total de 35.000 cada año. Aunque hay

que recordar que estos no son todos los abortos que se realizan en el país, porque, como decíamos más arriba, quienes se ponen en riesgo son las mujeres más pobres, mientras que quienes pueden pagar por interrumpir su embarazo en clínicas privadas o hacerlo en otros países con garantías, lo hacen en condiciones de seguridad. Mientras, las mujeres pobres y rurales se ven expuestas innecesariamente a sufrir secuelas o incluso a morir, a no recibir la atención adecuada, a ser denunciadas por el personal médico y a ser salvajemente criminalizadas y maltratadas por el sistema policial y judicial.

Hay que recordar que aproximadamente un 40% de las interrupciones inseguras precisa atención médica posterior, por haber sido incompletas, o por presentar infecciones, hemorragias, lesiones intra-abdominales y otras complicaciones. A su vez, también es necesario subrayar que las autoridades sanitarias tienen el deber de atender y velar por la salud de las mujeres, así estén en peligro como resultado de una interrupción clandestina del embarazo. Sin embargo, la condena social y las denuncias del personal sanitario en el país centroamericano provocan que las mujeres tengan miedo a buscar apoyo médico ante complicaciones en el embarazo, pérdidas espontáneas o emergencias derivadas de un aborto realizado en condiciones de riesgo.

La ley salvadoreña ni siquiera permite intervenir a mujeres cuya salud corre peligro si la gestación avanza o que sufren embarazos de riesgo. En estos casos, en que el tratamiento adecuado podría causar lesiones en el feto o implicaría interrumpir el embarazo (aborto terapéutico), no se está proporcionando la atención debida e indicada por la Organización Mundial de la Salud. Es el caso de los embarazos ectópicos, que pueden llegar a provocar la muerte de la paciente. La protección absoluta y desproporcionada del embrión y la inseguridad jurídica que enfrenta el personal sanitario están impidiendo que se traten, con consecuencias terribles: en 2012 cinco mujeres murieron en El Salvador por esta razón. Y durante 2013, trece mujeres fallecieron por diversas razones a pesar de que, de haberseles interrumpido el embarazo, podrían haber salvado su vida. Ese mismo año ocurrió el caso de Beatriz, joven enferma de lupus cuyo embarazo casi la lleva a la muerte, y que se comentará a continuación.

En los casos en los que el embarazo es producto de violación o incesto, la prohibición del aborto está haciendo que mujeres y niñas víctimas de estos abusos sean nuevamente violentadas: no tienen otra opción que llevar a término un embarazo que no desean o someterse a una interrupción en condiciones de clandestinidad y riesgo. Esta situación vulnera el derecho que tienen las víctimas de violencia sexual a acceder al aborto seguro como parte de su rehabilitación integral, y constituye un trato discriminatorio y denigrante, así como una revictimización de las mujeres y las niñas sobrevivientes de violencia sexual por parte del Estado. Las consecuencias para ellas son graves y de una gran crueldad, y particularmente dolorosas en el caso de las niñas. Amnistía Internacional (2014) ha recogido testimonios relativos a los casos de niñas de 9, 10 y 13 años obligadas a ser madres tras sufrir abusos, que han vivido la experiencia con enorme dolor e incompreensión, y que difícilmente se recuperarán.



3.4. Beatriz

El caso de Beatriz tuvo un importante eco mediático internacional en 2013. En abril de ese año, cuando la noticia trascendió, Beatriz tenía 22 años. De origen muy humilde, y natural de la localidad de Jiquilisco, en el departamento de Usulután, Beatriz sufre lupus erimatoso discoide y graves patologías renales. Un año antes había sido madre de un niño, cuyo embarazo fue complicado debido a su enfermedad, y que nació prematuramente con síndrome de distress respiratorio y enterocolitis necrotizante. Entonces se le propuso a Beatriz someterse a una esterilización, pero ella no aceptó porque tenía miedo de perder a su hijo y de no poder tener otra criatura más adelante.

Esta vez, su nuevo embarazo estaba agravando su estado de salud y haciendo peligrar su vida. Pero no solo eso: el feto en gestación sufría anencefalia, es decir, la falta de una parte del cerebro y del cráneo. Una malformación congénita muy grave que hacía que sus posibilidades de sobrevivir fuera del cuerpo de Beatriz se limitasen a unas pocas horas.

La Junta de Directores del hospital acordó que el jefe de la unidad jurídica solicitara que alguna autoridad diera el permiso para que el personal médico pudiera realizar la interrupción recomendada clínicamente, sin el riesgo de enfrentarse a un proceso penal. Así pues, el 12 de marzo, estando Beatriz embarazada de trece semanas, el jefe de la unidad jurídica del Hospital Nacional Especializado de Maternidad de San Salvador informó al coordinador de la Junta de Protección de la Niñez y la Adolescencia de que era necesario realizar un «procedimiento médico» ya que, de no hacerlo, corría serio riesgo la vida de Beatriz. En esa comunicación, también informaba de que el feto padecía anencefalia. Sin embargo, el personal del hospital no se atrevió a llevar a cabo la intervención por miedo a las consecuencias penales, y a medida que el embarazo avanzaba, el estado de Beatriz iba agravándose.

La Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto y terapéutico, ético y eugenésico solicitó entonces al sistema sanitario que se aplicasen todos los procedimientos disponibles para salvar la vida de Beatriz, e instó a la Presidencia de la República, así como a la Asamblea Legislativa, que atendiera a las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de revisar la legislación sobre aborto para hacerla compatible con los compromisos adquiridos en dicho acuerdo.

Beatriz estaba embarazada ya de 17 semanas cuando decidió tomar la vía judicial para salvar su vida. El 11 de abril la Agrupación ciudadana presentó en su nombre un recurso de amparo ante la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Esta medida se fundamentaba en que se estaban vulnerando su derecho a la vida y a la salud, establecidos en la Constitución. Su objetivo era, por tanto, realizar la interrupción del embarazo para salvaguardar el derecho a la vida de Beatriz. Entre quienes solicitaron al Estado o apoyaron que se la interviniera, se

encontraban el Hospital Especializado de Maternidad; el Ministerio de Salud a través de la propia Ministra; el Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos; Amnistía Internacional; y la Comisión Nacional de Bioética. De hecho, el Ministerio de Salud manifestó estar preparado para realizar la interrupción en cuanto una instancia legal del país lo autorizara.

El 17 de abril la Sala Constitucional admitió a trámite el recurso de amparo y resolvió la adopción de medidas cautelares para «preservar la vida y la salud» de Beatriz, de modo que la joven regresó al hospital. Sin embargo, esta resolución era problemática por ambigua, ya que no expresaba claramente la necesidad de interrumpir el embarazo, y no se pronunciaba sobre la cuestión en debate: las garantías solicitadas por el personal médico para poder realizar la interrupción sin exponerse a un proceso penal.

El 26 de abril la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (CSJ) emitió una nueva resolución, mediante la cual ordenaba al Instituto de Medicina Legal (IML) que realizase un examen médico a Beatriz para verificar su estado de salud y poder continuar de esta forma con el proceso de amparo solicitado.

El 3 de mayo la institución concluyó que la joven no estaba en riesgo grave de morir, por lo que dictaminaba que el equipo médico debía solamente continuar el tratamiento y mantenerla en observación, y que sólo se intervendría en caso de producirse una crisis.

Estas conclusiones fueron cuestionadas por la defensa de Beatriz, que señaló que el examen había sido realizado faltando a principios éticos. Por un lado, se interrogó a la paciente utilizando términos médicos que ella no comprendía, y, por otro, el equipo que analizó su situación no era imparcial: incluía a integrantes de la Asociación de Bioética, una entidad privada conformada por integrantes del movimiento anti elección, afines al Opus Dei, y que, de forma beligerante, se había pronunciado previamente a favor de que la mujer llevara el embarazo a término. En cambio, no se contó con integrantes de la Asociación Nacional de Ginecología, que había declarado apoyar la interrupción de la gestación, ni de la Comisión Nacional de Bioética, de carácter oficial, y que había realizado un comunicado que argumentaba la conveniencia de intervenir a Beatriz. El propio director del IML, José Miguel Fortín Magaña, es miembro del Opus Dei y se ha pronunciado en más de una ocasión en contra del derecho al aborto, que califica de infanticidio.

Los resultados del análisis del IML fueron también rebatidos por el personal del Hospital de Maternidad, que sostuvo que el Instituto no era un órgano especializado. Además, diversas instituciones explicaron que la solución de retrasar la interrupción del embarazo hasta una posible crisis tan solo incrementaba el riesgo de que esta, cuando se presentara, fuera más severa.

El caso de Beatriz generó un enorme debate social en El Salvador. Una de las principales voces que pedía negarle la interrupción del embarazo que la estaba matando fue la Iglesia católica. Los obispos insistieron en que la salud de la joven era estable, con el fin de restar gravedad a su situación real, y que una eventual interrupción sólo podría ser realizada en caso de que llegara a encontrarse al

borde de la muerte. Por su parte, los grupos anti elección trataron de manipular a la opinión pública, lanzando también el mensaje de que Beatriz se encontraba estable, y afirmaron que la joven estaba siendo manipulada por grupos feministas. Sin embargo, fueron ellos quienes, además de desplegar su aparato propagandístico, llegaron a presionarla mediante llamadas telefónicas: le ofrecieron ingresar en un hospital privado, tratamientos especializados, e incluso una vivienda, si optaba por seguir adelante con el embarazo. Pero Beatriz decidió permanecer en el hospital público y luchar por obtener justicia, defendiendo su derecho a vivir.

A pesar de la rapidez con la que la Sala Constitucional se había pronunciado en otras ocasiones sobre distintas cuestiones, y de la urgencia de la situación de Beatriz, en esta ocasión los magistrados se tomaron 48 días para emitir una resolución frente al recurso de amparo. El embarazo ya era de 7 meses cuando el 29 de mayo la Sala resolvió denegar el amparo. Argüía que la amenaza a la vida o a la salud de Beatriz no era inminente, sino una posibilidad a futuro; que no era posible privilegiar los derechos de la madre sobre los del nascituro ni viceversa; y se acogía al artículo 1 de la Constitución relativo al inicio de la vida en el momento de la concepción.

Mientras tanto, entre el 18 y el 24 de abril, la Colectiva Feminista por el Desarrollo Local, el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) y la Agrupación ciudadana informaron a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) acerca del caso, con el respaldo de informes médicos del Hospital Nacional Especializado de Maternidad, y solicitaron su intervención. En respuesta, la Comisión envió una solicitud al Estado salvadoreño, a fin de que este remitiera la información que considerase pertinente sobre la situación de Beatriz y su tratamiento médico.

Finalmente, ante la resolución de la CSJ que negaba a Beatriz el aborto terapéutico solicitado, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ordenó el 30 de mayo la adopción de medidas provisionales vinculantes para que el Estado cumpliera con su responsabilidad y proporcionara a Beatriz el tratamiento necesario para salvaguardar su derecho a la vida. Unos días más tarde la Ministra de salud del gobierno salvadoreño, María Isabel Rodríguez, comunicó que próximamente se le practicaría una cesárea a Beatriz, una vez que, superadas las 20 semanas de gestación, la intervención no sería considerada un aborto. Y por fin, el 3 de junio, a las 27 semanas de embarazo, el personal médico identificó contracciones que podrían ser previas al parto, y le practicaron una cesárea. La criatura nació sin cerebro y vivió tan solo cinco horas, y Beatriz perdió una gran cantidad de sangre. La joven pudo salvar su vida pero actualmente sufre secuelas.

Varias organizaciones de derechos humanos han señalado que la espera a la que fue sometida Beatriz por parte de las autoridades, especialmente dado el grave riesgo que presentaba, así como la propia denegación del aborto, constituyeron trato cruel, inhumano y degradante. Con el fin de que no vuelva a repetirse, Beatriz decidió presentar una demanda contra el Estado salvadoreño en noviembre de 2013 con el apoyo de CEJIL, la Colectiva Feminista, la Agrupación ciudadana y la organización Ipas Centroamérica. Su objetivo es obtener medidas de reparación

3.5. La campaña por la liberación de Las 17 Verónica

Verónica es el nombre de una de las 17 mujeres salvadoreñas que, tras haber sufrido emergencias obstétricas y abortos espontáneos, han sido acusadas de haberse provocado un aborto y, a pesar de la falta de evidencias, han resultado acusadas y condenadas entre 1999 y 2011 a penas de 12 a 40 años de cárcel por homicidio agravado. Las 17 son mujeres que ya han agotado todos los recursos legales para la revisión de sus sentencias y, por tanto, la única alternativa legal sería el indulto, que no supone modificar la sentencia y consecuente condena de culpabilidad, sino levantar el cumplimiento de la pena por «razones morales de justicia o de equidad», o por razones humanitarias, como la edad o una enfermedad.

No son las únicas que están en la cárcel cumpliendo estas condenas: según una investigación realizada por la Agrupación ciudadana en 2015, a diciembre de 2014 se habían identificado 40 mujeres condenadas a penas de 12 a 40 años por homicidio agravado, aunque al analizar sus casos se comprueba que estas mujeres sufrieron partos precipitados extra hospitalarios que provocaron la muerte de la criatura en gestación. Todas ellas son mujeres de origen muy humilde, y nunca se demostró que cometieran el delito del que se las acusa. Tampoco vieron reconocido su derecho a la presunción de inocencia, ni tuvieron un proceso con las debidas garantías legales.

Por todos estos motivos, en abril de 2014 la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico puso en marcha la campaña por la liberación de Las 17, que busca el indulto de estas mujeres, apoyándose en las inconsistencias citadas. La campaña tiene el respaldo de numerosas organizaciones salvadoreñas e internacionales, y, gracias a la labor del equipo jurídico y a la presión social que está impulsando, una de las mujeres, Guadalupe, obtuvo el indulto en enero de 2015, tras pasar en la cárcel siete años de los treinta a los que fue condenada. También gracias a las acciones de la campaña, en octubre de 2014 la Corte Suprema de Justicia emitió un dictamen favorable para que se le concediera el indulto a Mirna, otra de estas mujeres condenadas injustamente, a tan solo un mes de que finalizara la pena de doce años y medio que se le había impuesto. Sin embargo, en esta ocasión la Asamblea Legislativa no cumplió con su deber de discutir y votar la cuestión en el pleno, y finalmente Mirna dejó la prisión en noviembre tras haber cumplido entera la condena, sin ningún tipo de compensación o reparación por las violaciones de sus derechos fundamentales.

Verónica, que soporta una condena de treinta años por homicidio agravado, es una joven originaria de un caserío del municipio de Atiquizaya, en el departamento de Ahuchapan, en el occidente de El Salvador. Esta es una zona rural y muy empobrecida, que no ofrece apenas opciones laborales. Su familia se dedica a la agricultura de subsistencia y al empleo doméstico, y vive en condiciones de pobreza extrema. Verónica no pudo cursar ni siquiera la escuela primaria y era analfabeta.



Con el objetivo de contribuir a los ingresos de su hogar, la joven trabajaba como empleada doméstica para una familia con la que mantenía buena relación.

En 2003, cuando tenía 19 años, fue violada por un pariente de la familia para la que trabajaba mientras se encontraba desempeñando su empleo. Debido a la presión y los engaños por parte de sus empleadores, Verónica nunca denunció la agresión. Pero como resultado de la violación, quedó embarazada. Ante la completa ausencia de alternativas, Verónica se vio obligada a llevar adelante el embarazo con resignación, situación que terminó provocándole una depresión. Dado que no tenía acceso al sistema de salud, no tuvo ningún seguimiento médico a lo largo de la gestación.

El 18 de marzo de 2004, cuando estaba de entre 36 y 38 semanas (según la autopsia realizada por el Instituto de Medicina Legal), Verónica expulsó el feto de forma espontánea, sufriendo un parto extrahospitalario con factores de alto riesgo. Tras la expulsión, y debido a la gran pérdida de sangre que había sufrido, quedó inconsciente en la habitación de la casa en la que trabajaba. Más tarde la descubrieron ensangrentada sus empleadores, las únicas personas a las que pudo solicitar ayuda. Estos, que mantuvieron desde un principio una actitud incriminatoria, prejuzgando que ella se había provocado un aborto, la llevaron al hospital Nacional de Chalchuapa, donde la denunciaron.

En el hospital, el personal sanitario la estabilizó, pero también la denunció por aborto desde un primer momento, a pesar de que nunca se encontraron restos de fármacos u objetos que pudieran hacer suponer que ella se había provocado intencionalmente la pérdida. Esta denuncia, sin ningún fundamento y basada en prejuicios, fue una de las razones por las que se procesó y condenó a Verónica por homicidio agravado. Y es que nunca se respetó la presunción de inocencia de la joven, y ni tan siquiera se le permitió recuperarse antes de ser inculpada. La policía la detuvo inmediatamente, estando aún en el hospital y sin haber recibido el tratamiento necesario para su recuperación. Y dos días después de haber ingresado, se la llevaron a las celdas de la delegación policial. Verónica fue interrogada mientras convalecía y sin la presencia de una defensa. Además, durante su detención recibió un trato ofensivo por parte de los y las agentes de la policía, que la insultaron e increparon acusándola de haber asesinado a su hijo recién nacido.

El proceso judicial que siguió a la detención estuvo plagado de irregularidades, y la sentencia condenatoria llena de inconsistencias. El sistema de justicia salvadoreño ha tenido el objetivo de inculpar a Verónica desde el principio hasta el final, y la joven ha visto conculcados sus derechos más fundamentales. Así pues, se construyó un relato de los hechos que permitió condenarla, pero que no se sostiene por sí mismo, y que no es de ningún modo susceptible de ser probado. De un lado, los únicos testigos ofrecidos por la Fiscalía fueron los policías que realizaron el procedimiento para capturarla, pero no hubo testigos presenciales de los hechos que declararan en su contra. Por otro lado, ni siquiera hay consenso entre los distintos informes médicos y forenses sobre el momento de gestación en que se encontraba Verónica cuando sufrió la emergencia obstétrica, y la diferencia es muy amplia: uno dictamina que estaba de 16 semanas, otro de 18, y el informe del Instituto de

Medicina Legal afirma que el feto tenía 36 semanas. Esta falta de consenso, y el hecho de que se haya producido una condena en tales circunstancias, dan cuenta del escaso interés del sistema judicial por encontrar la verdad de los hechos. Se mezclan informaciones y los responsables médicos y judiciales denotan una evidente intención inculpatoria. Por tanto, la acusación se fundamenta en supuestos de hecho y no en certezas, puesto que no cuenta con un elenco probatorio que la haga sólida. Nunca hubo pruebas de aborto inducido y menos aún de parto extra hospitalario provocado, dado que este último no existe clínicamente hablando.

La propia sentencia que condena a Verónica a 30 años de prisión admite que no hay pruebas de que ella se produjera el aborto, no se fundamenta en nada y carece de todo sentido, según explica el equipo jurídico que hoy se ocupa de su defensa. El Tribunal reconoce en el texto que carece de pruebas directas para poder acusarla y condenarla, afirmando: «Respecto de la autoría, el Tribunal estima que no existe prueba directa, pero existen demostrados hechos que unidos entre sí pueden llevar a una conclusión...». No se sustenta, pues, en certezas, sino en supuestos y dudas. Hay que tener en cuenta que, de existir dudas, la justicia establece que debe actuarse de modo favorable a la persona acusada. Sin embargo, este principio no fue respetado en el proceso contra Verónica, que, tal y como recoge la sentencia, fue condenada en base a prejuicios y estereotipos de género: «... los motivos que tuvo el sujeto activo para su cometimiento se desconocen aunque puede deducirse que su motivación era evitar un reproche social...».

En lo relativo a la defensa de oficio con la que contó Verónica en aquel momento, esta fue muy precaria, no trabajó sobre el caso de forma exhaustiva, y actuó de modo negligente, ya que no hizo valer las inconsistencias de la acusación ni la presunción de inocencia de su defendida. El abogado que la defendió no presentó el recurso pertinente y la sentencia quedó firme. Ante esta situación, el equipo jurídico de la Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico presentará en los próximos meses una solicitud de conmutación de pena, con el objetivo de lograr una reducción de la pena de prisión impuesta, aunque no se puede prever cuál será la rebaja. Por otro lado, una vez se agoten los mecanismos internos, podría presentarse su caso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Mientras tanto, y desde hace 13 años, Verónica se encuentra presa en el Centro de Readaptación para Mujeres de Ilopango, una cárcel que soporta una sobrepoblación de un 900%. Sufre unas condiciones muy duras agravadas por el hacinamiento del centro y a nivel anímico se mueve entre la resignación y la desesperación. Sigue esperando que se haga justicia.



4. Los derechos de las mujeres, moneda de cambio electoral en Nicaragua

Amalia

4.1. La vida de las mujeres como moneda de cambio electoral

Nicaragua es uno de los cinco Estados latinoamericanos en los que el aborto está penalizado completamente. El código penal vigente castiga cualquier forma de aborto bajo cualquier circunstancia con penas de uno a dos años para la mujer que consienta la intervención, y de uno a tres años para quien la lleve a cabo. Además, sanciona a quienes, en ejercicio de su profesión médica, produzcan la interrupción del embarazo, con penas de prisión y de inhabilitación. Sin embargo, no siempre ha sido así: el código penal incluyó hasta 2006 el artículo 165, que, desde 1893, despenalizaba el aborto terapéutico, definido como aquel llevado a cabo «antes de la vigésima semana de gestación debido a patologías maternas [...] agravadas por el embarazo o que tengan efectos negativos sobre el desarrollo y crecimiento del feto». Con todo, este supuesto no era garantía alguna para las mujeres, ya que establecía que la intervención debía contar con el acuerdo de al menos tres médicos y con el consentimiento del cónyuge o del pariente más cercano de la mujer, estableciendo, por tanto, la tutela médica y masculina sobre las mujeres. Sin embargo, la práctica dejaba un cierto margen para interrumpir embarazos de riesgo y también para intervenir en caso de niñas embarazadas como consecuencia de violación o incesto.

En 2006, sectores fundamentalistas intensificaron su campaña por la eliminación del supuesto despenalizado, que acabó por convertirse en un reclamo electoral en los comicios presidenciales de noviembre de ese año. Ante los resultados ajustados que se preveían, los principales partidos concurrentes, el Partido Liberal Constitucionalista (PLC), entonces en el poder, y el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), accedieron a escuchar y a hacer suya la demanda de la Iglesia católica y de grupos evangélicos de eliminar la despenalización del aborto terapéutico. Los fundamentalistas aprovecharon entonces la ocasión para movilizar a la ciudadanía a través de una enorme campaña publicitaria, que incluyó anuncios en prensa y televisión, y el reparto de folletos, con la intención de apelar a las emociones más viscerales de la población y desorientarla. Fueron utilizadas imágenes manipuladas de fetos mutilados, y se acusó a integrantes de organizaciones por el derecho a decidir y a profesionales de la medicina de buscar el asesinato

de bebés. La Iglesia logró presentar 200.000 firmas solicitando la derogación del artículo 165 del Código penal, y el 6 de octubre encabezó una marcha popular hasta la Asamblea Nacional con esta misma demanda.

En este clima de fundamentalismo exacerbado y de campaña electoral, el presidente de la República en aquel momento, Enrique Bolaños, llegó a pedir penas de hasta 30 años de cárcel contra las mujeres y el personal sanitario que interrumpieran embarazos de riesgo, a pesar de que su propia Ministra de salud, Margarita Gurdíán, rechazó la penalización del aborto terapéutico. Por su parte, el líder sandinista, Daniel Ortega, optó por abrazar las exigencias de la Iglesia, consciente del rédito electoral de este giro político. Así fue cómo los diputados y las diputadas de la Asamblea Nacional aprobaron el 26 de octubre de 2006 el proyecto de ley que derogaba la despenalización del aborto terapéutico, que por más de 100 años había permitido salvar la vida de las mujeres. Hacían de esta forma oídos sordos a las advertencias de decenas de colectivos feministas y en defensa de los derechos de las mujeres, a grupos de profesionales de la salud, a multitud de organizaciones sociales, al criterio del relator de derechos de la mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y a la declaración pública de la Organización Panamericana de Salud (OPS).

Entre 2007 y 2008 se presentaron más de 72 recursos de inconstitucionalidad, de los cuales ninguno había sido resuelto en 2013 por la Corte Suprema de Justicia (IPAS, Sexual Rights Initiative y Grupo Estratégico por la despenalización del aborto terapéutico, 2013). Es más, el Grupo Estratégico ha introducido desde 2007 unos cinco recursos de inconstitucionalidad cada año con el objetivo de ejercer presión, sin haber obtenido respuesta alguna por parte de la Corte.

4.2. Las mujeres no están recibiendo la atención médica necesaria para salvaguardar su salud y su vida

La legislación nicaragüense no contiene ninguna disposición relativa a embarazos que planteen complicaciones severas y frente a los que hay que actuar con urgencia, a veces interrumpiendo la gestación, con el fin de evitar la muerte de la madre. Es más, la ley impide la prestación de cualquier tratamiento médico que ponga en riesgo el embarazo o que provoque, de manera intencional o accidental, lesiones en el feto. Entre ellos, se encuentran las cirugías cardíacas de urgencia, la radioterapia y la quimioterapia, y el tratamiento de la malaria o el VIH. Igualmente, la intervención ante cualquier emergencia obstétrica, como un parto difícil, una hemorragia o un embarazo ectópico, que derive en daños en el feto o en su pérdida, expone al personal médico a severas penas de cárcel. También se encuentran en esta situación quienes en su labor médica se enfrentan a complicaciones derivadas de abortos, ya sean espontáneos o inducidos.

El resultado de esta situación es la negación o el retraso de los debidos tratamientos a mujeres y niñas cuya salud está comprometida, exponiéndolas a riesgos innecesarios, a lesiones de por vida, y a la propia muerte. Desde la modificación del código penal en 2006 hasta 2011, se ha producido un incremento del porcentaje de muertes obstétricas indirectas, es decir, aquellas resultadas de una enfermedad anterior o simultánea al embarazo, agravada por la gestación. Estas muertes derivadas de la no prestación de los tratamientos necesarios se han incrementado de un 18% a un 22% sobre el total de muertes maternas (Ipas et al., 2013), y, según el informe de Amnistía Internacional «La prohibición total del aborto en Nicaragua», el propio Ministerio de Salud admite que el 90% de las 15 muertes maternas que se registraron en 2007 podrían haber sido evitadas de haberse proporcionado una atención médica adecuada. Se está produciendo, por tanto, una vulneración flagrante del derecho de las mujeres y las niñas nicaragüenses a la no discriminación, a la salud, a la vida, a la integridad personal y a una vida libre de violencia.

Por su parte, el personal médico se encuentra en una situación muy complicada. El artículo 148 del Código penal establece penas de dos a cinco años de prisión, e inhabilitación de dos a ocho años para ejercer la profesión sanitaria en cualquier ámbito, a quien cause lesiones físicas o psíquicas al feto por cualquier procedimiento. Esto genera gran ansiedad en quienes asisten partos con complicaciones. De un lado, el Código penal les obliga a desatender los protocolos sobre buenas prácticas para la atención de complicaciones obstétricas del Ministerio de Salud, que permiten la interrupción de la gestación para evitar muertes maternas. De otro, el temor a las denuncias y las consecuencias legales les está llevando a negar o retrasar la adecuada atención a mujeres que acuden a los hospitales con emergencias resultado de abortos clandestinos. Así pues, la intervención en todos los casos acaba por depender de la arbitrariedad del personal: de que sean profesionales que traten con respeto y con el debido cuidado a las pacientes (se han reportado casos en los que el personal ha insultado a las mujeres y las han desatendido), y de que se sientan con la confianza y la seguridad suficientes como para llegar a desafiar lo establecido por la ley (Amnistía Internacional, 2009).

A menudo son las propias mujeres quienes evitan o postergan acudir en busca de tratamiento tras haber sufrido un aborto espontáneo. El temor a que se sospeche que la pérdida ha sido inducida y que resulten denunciadas y procesadas las está empujando a ponerse en riesgo. Además, a veces no es posible distinguir si un aborto ha sido espontáneo o inducido, y el estigma y el clima de sospecha y criminalización que se ha impuesto sobre las mujeres nicaragüenses juega en su contra.

4.3. **Violencia sexual generalizada y niñas embarazadas**

Nicaragua, como otros países centroamericanos, presenta unos índices altísimos de agresiones sexuales. Según estadísticas oficiales de la policía citadas por Am-

nistía Internacional (2013), entre 1998 y 2008 se denunciaron más de 14.000 casos de abusos sexuales. Más recientemente, de enero a junio de 2012, es decir, en tan solo seis meses, la Comisaría de la Mujer y la Niñez recibió 1.862 denuncias de violencia sexual. En 1.048 de esos casos las víctimas tenían 14 años o menos.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la violencia sexual es ampliamente naturalizada e invisibilizada en Nicaragua, y que en muchísimas ocasiones, las víctimas no llegan a interponer una denuncia. Por eso, se sabe que la envergadura del problema es bastante mayor de lo que reflejan las cifras policiales. En el caso de que las víctimas sean niñas, es aún más probable que las agresiones queden invisibilizadas e impunes. Según un estudio realizado por Católicas por el Derecho a decidir, y citado por Amnistía Internacional (2009), 1.247 niñas fueron violadas o víctimas de incesto entre 2005 y 2007. De las 198 menores que quedaron embarazadas, 172 tenían entre 10 y 14 años. No obstante, estos datos no reflejan la magnitud real de un problema que, por lo demás, va en aumento. En efecto, en julio de 2012 el Ministerio de Salud de Nicaragua anunció que el número de criaturas nacidas de niñas de entre 10 y 14 años había aumentado un 47,9% entre los años 2000 y 2009. En el año 2011, hubo en el país casi 1.453 partos de niñas de entre 10 y 14 años en los hospitales públicos, productos todos ellos de violación (Ipas et al., 2013).

La imposibilidad de interrumpir el embarazo fruto de violación conlleva una maternidad impuesta y particularmente dolorosa a una gran cantidad de mujeres y niñas. Hay que tener en cuenta que, según las denuncias, en la mayor parte de los casos de violencia sexual contra niñas, los agresores son sus propios familiares, de modo que se ven presionadas para guardar silencio y no denunciar, y están expuestas a sufrir un fuerte estigma.

El Estado de Nicaragua está incumpliendo su deber de proporcionar la rehabilitación más completa posible a las víctimas de agresiones sexuales, que incluyen el acceso a un aborto legal y seguro. En el caso de las menores, está además desobedeciendo el mandato de considerar su interés superior. La penalización del aborto supone en estos casos una discriminación por edad, dada la desproporción con la que niñas y adolescentes se ven afectadas por este tipo de violencia. Quienes decidan abortar sólo podrán recurrir a intervenciones clandestinas e inseguras, poniendo en riesgo su salud y su vida, y exponiéndose a ser encarceladas. Las niñas que continúen con el embarazo enfrentarán también peligros para su salud, porque en el caso de menores que no han completado su desarrollo físico, hay una alta probabilidad de sufrir complicaciones en el parto. Por otro lado, las niñas que llevan a término el embarazo y son madres, se enfrentan a menudo al rechazo de sus familias y comunidades, y al completo abandono por parte de las instituciones. Se ven obligadas a dejar la escuela, interrumpir las actividades propias de su desarrollo evolutivo, y sufren una alta probabilidad de acabar en situaciones de exclusión.

Las leyes nicaragüenses sobre aborto conculcan el derecho de las mujeres y las niñas a la dignidad y a no sufrir tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes. La falta de alternativas causa un profundo dolor y sufrimiento a las mujeres y ni-

ñas embarazadas víctimas de violación, y podría estar relacionada con el aumento del número de suicidios en este sector de población.

ROSITA

En 2003, Rosita, una niña nicaragüense de 9 años, fue violada por un vecino de la comunidad en la que vivía con su familia, una pareja campesina, pobre e inmigrante en Costa Rica. Fruto del abuso sufrió infecciones de transmisión genital y quedó embarazada. El embarazo suponía un riesgo para su salud y su vida, porque su cuerpo no estaba preparado para llevarlo a término. Tanto ella como sus progenitores solicitaron interrumpir la gestación con el fin de salvar su vida, pero se encontraron con la legislación costarricense que prohíbe el aborto en caso de violación, y con la negativa de las instituciones costarricenses. Con el apoyo de varias organizaciones de mujeres nicaragüenses, Rosita y su familia regresaron a Nicaragua, donde se abrió un amplio debate público acerca del caso y de cómo intervenir. Entonces el código penal contemplaba la despenalización del aborto terapéutico, pero varios grupos anti elección, la Iglesia católica y también algunas instituciones presionaron para que Rosita continuara con el embarazo. El procurador para la defensa de los Derechos Humanos entregó una resolución en la que legitimaba el derecho al aborto terapéutico en el caso de Rosita. Y finalmente, un equipo médico le practicó la interrupción del embarazo que ponía en peligro su vida.

4.4. Amalia

Amalia es el nombre ficticio de una mujer de 27 años de la comunidad de Peneloya, en el departamento de León, a quien en enero de 2010 diagnosticaron cáncer de pulmón en estado avanzado. Años antes había tenido un carcinoma en el dedo índice de la mano izquierda, que le fue amputado, y para el que no recibió seguimiento médico posterior.

Estaba embarazada de siete semanas cuando la ingresaron en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, en la ciudad de León, y el personal médico decidió no aplicar el tratamiento urgente de radio y quimioterapia que necesitaba porque consideró que podría afectar al embrión, provocando un aborto. Así pues, Amalia estuvo ingresada del 2 al 18 de febrero sin tratamiento, y no se le proporcionó apenas información acerca de su situación, salvo algunos comentarios informales sobre el riesgo que corría el embarazo si se le aplicaba quimioterapia y sobre la prohibición de la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos.



Durante este período de tiempo, la hermana de Amalia solicitó ayuda al Grupo estratégico por la despenalización del aborto terapéutico de Nicaragua, que organizó un equipo para acompañar el caso. Lo primero que se hizo fue organizar una reunión con el personal que la estaba atendiendo en el hospital para revisar toda la documentación médica del caso. También se mantuvo un encuentro con el director del hospital, con el fin de solicitarle la aplicación del tratamiento. Su respuesta fue que eso supondría provocar un aborto y enfrentar las consecuencias legales. Se le recomendó a la familia de Amalia que formalizara una solicitud de interrupción del embarazo ante el propio director del hospital y también ante el Ministerio de Salud, con copia a todas las funcionarias y funcionarios relacionados con la penalización del aborto terapéutico. Esa solicitud nunca obtuvo respuesta.

Para Amalia este período de ingreso hospitalario fue especialmente difícil. No deseaba perjudicar al personal médico que la atendía, pero era consciente de que su situación era grave. Finalmente, dio su autorización para que se llevaran a cabo las acciones necesarias para que se le administrara tratamiento y se salvara su vida, y autorizó que se realizasen acciones de incidencia y movilización sobre su caso.

El equipo de apoyo valoró entonces presentar un amparo ante la Corte Suprema de Justicia a nivel interno o bien solicitar medidas cautelares a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). El primero suponía enfrentarse a un Poder Judicial cuestionado repetidamente por su lentitud y por su falta de imparcialidad, de modo que se optó por la segunda alternativa. Así pues, el equipo preparó una primera versión de solicitud de Medidas Cautelares para la CIDH, que fue contrastada con el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) y con Women's Link Worldwide (WLWW). La solicitud fue presentada el 18 de febrero de 2010 ante la prensa, en una conferencia en la que participó la familia de Amalia y se hizo denuncia pública del caso.

En ese momento comenzó una campaña sostenida por diversas organizaciones para demandar que se salvara la vida de Amalia. Diariamente se publicaron en los medios de comunicación noticias, opiniones, encuestas y reportajes. Amnistía Internacional y otras organizaciones internacionales se posicionaron a favor de la interrupción del embarazo de Amalia; se hizo incidencia sobre funcionarios y funcionarias públicas, y tanto el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM), como CEJIL y WLWW dirigieron comunicaciones a la CIDH respaldando la solicitud de medidas cautelares y solicitando una respuesta urgente. Tanto diversas organizaciones nicaragüenses como diferentes agentes internacionales se movilizaron en torno al caso y para demandar la despenalización del aborto terapéutico. Se enviaron cartas al Ministerio de Salud y al propio Daniel Ortega, se mantuvieron audiencias con magistrados de la corte de justicia, y se enviaron comunicaciones a diputados y diputadas de la asamblea nacional.

Finalmente la CIDH otorgó las medidas cautelares el día 26 de febrero y solicitó un informe al Estado de Nicaragua. Las medidas debían garantizar la aplicación del tratamiento médico, velando por el derecho a la salud de Amalia. Y, efectivamente, el gobierno autorizó la aplicación del tratamiento para el cáncer, aunque

sin interrumpir el embarazo: hicieron firmar a Amalia un consentimiento informado, que especificaba que no iba a perder el embarazo y que el niño nacería vivo, aunque con poco peso. En realidad, era más que evidente que la quimioterapia tendría efectos en el feto, pero en el propio hospital había una gran presión para que el embarazo no fuera interrumpido. De hecho, el tratamiento no se comenzó a dar hasta 36 días más tarde.

Al mismo tiempo, el gobierno decidió restringir a partir de ese momento la información que se daba a las organizaciones, así como la que se le daba a la propia Amalia, sobre la situación de su propia salud. El 15 de marzo el Estado presentó su informe ante la CIDH, al que el equipo de trabajo hizo observaciones dos semanas después.

El 27 de julio Amalia tuvo un parto en su domicilio, atendida exclusivamente por su familia, del que nació una criatura con graves malformaciones. Se produjeron entonces varias movilizaciones de las organizaciones feministas que la apoyaban, para exigir al hospital que atendiera su estado de salud.

El Grupo Estratégico presentó una denuncia por delito de tortura contra el Ministro de Salud, el hospital y el personal médico. Sin embargo, Amalia desistió de continuar con el proceso, debido a que el estado avanzado del cáncer, que era ya de metástasis, la hacía sentir muy débil y cansada. La mujer falleció en diciembre de 2011. No se puede saber si habría superado el cáncer en caso de haber recibido a tiempo el tratamiento necesario. Sin embargo, es seguro que Amalia nunca debió ver conculcados sus derechos a la salud y a la integridad personal, y que nunca debió pasar por el sufrimiento que le fue impuesto.



5. Las mujeres ecuatorianas, desamparadas por la ley

Josefa y María

En Ecuador, igual que en otros países latinoamericanos, la legislación establece que la interrupción voluntaria del embarazo es constitutiva de delito, con la salvedad de un pequeño número de excepciones. Concretamente, en 1971 fueron despenalizados el aborto terapéutico y el aborto en casos de violación a mujeres «dementes o idiotas». Ante este discriminatorio y estrecho margen (establecido, por lo demás, bajo una expresión del todo insultante), en los últimos 10 años se han producido una serie de esfuerzos por avanzar y profundizar en el reconocimiento de los derechos reproductivos, pero también se han afrontado intentos de las fuerzas fundamentalistas para restringirlos aún más.

En 2005 la diputada Myriam Garcés, de la Izquierda Democrática, planteó ampliar la despenalización del aborto a todos los casos de violación. La propuesta, que fue realizada al margen del movimiento de mujeres y sin apenas estrategia previa, finalmente fue rechazada. A pesar de que la discusión en el seno de la Asamblea Nacional apenas tuvo eco mediático, sí consiguió renovar el discurso en torno a la cuestión (Castello Starkoff, 2008). Posteriormente, a lo largo de 2006, se produjeron dos ataques a los derechos sexuales y reproductivos por parte de sectores fundamentalistas desde dentro y fuera de las instituciones. Por un lado, tras recibir la presión de varios grupos anti elección, el Tribunal Constitucional prohibió la comercialización de la píldora anticonceptiva de emergencia Postinor 2, argumentando falsamente que este fármaco era abortivo. Esto colocó la cuestión del aborto en el debate nacional. Por otro, aprovechando el debate relativo a la nueva Ley Orgánica de Salud, el diputado Pascual del Cioppo, en aquel entonces presidente del Partido Social Cristiano, propuso una serie de medidas de corte fundamentalista. Algunas de esas propuestas fueron: la creación de una Comisión Asesora de Salud, equiparable al Ministerio de Salud e integrada, entre otros, por miembros de la Conferencia Episcopal; la eliminación de todo programa de educación sexual; y la derogación del artículo 30 de la Constitución entonces vigente, que disponía la obligación de los servicios públicos y privados de salud de interrumpir embarazos en aquellos supuestos no punibles, así como de prestar atención a mujeres que presentaran un aborto en curso. Finalmente, la Ley Orgánica de Salud no contempló estas propuestas. Al contrario, gracias al trabajo del movimiento feminista, se logró introducir avances, que resultaron de gran relevancia: la consideración del aborto como problema de salud pública, la incorporación de la anticoncepción de emergencia y la educación sexual.

Un año después, en 2007, se produjo en el seno del poder legislativo un nuevo intento de limitar y conculcar los derechos de las mujeres: un grupo de diputados ultraconservadores llevó al Congreso una propuesta que planteaba la penalización del aborto terapéutico. El proyecto de ley encontró una fuerte respuesta del movimiento de mujeres, y finalmente fue archivado por inconstitucional.

5.1. El debate sobre el aborto en el proceso constituyente y en el Código Orgánico Integral Penal

En 2008 el tema del aborto comenzó a ocupar un lugar central en los debates políticos con motivo del proyecto constituyente iniciado en 2007 y resultado del cambio en el equilibrio de fuerzas políticas en el país. Sin duda, el derecho a decidir de las mujeres sobre su cuerpo y su vida fue uno de los puntos críticos del proceso. Por un lado, varias organizaciones articuladas de mujeres, pero especialmente el Frente ecuatoriano por la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos, marcaron una serie de líneas rojas, entre ellas el derecho de las mujeres a la decisión sobre el propio cuerpo y la vida sexual y reproductiva, y realizaron un ingente trabajo de incidencia política, así como una propuesta dirigida a la despenalización total del aborto. Paralelamente, las feministas jóvenes de la Coordinadora juvenil por la equidad de género y la Coalición por la despenalización del aborto llevaron a cabo una intensa campaña por la despenalización social. Por otro, un grupo de asambleístas anti derechos y la Conferencia Episcopal, que pretendían la derogación del aborto terapéutico. Fue entonces cuando el presidente de la República, Rafael Correa, advirtió a la Asamblea Constituyente que no refrendaría el texto constitucional en la medida en que este planteara contenidos contradictorios con su conciencia y formación cristianas. De este modo, pronto comenzaron a asomar algunos de los límites de la puesta en práctica de la que se proclama como revolución ciudadana, democrática y plural en Ecuador.

El debate más encendido tuvo lugar cuando el gobierno presentó una propuesta de reforma del código penal en 2011, que fue tratada por la Comisión de Justicia y Estructura del Estado y remitido posteriormente a la Asamblea Nacional para que fuera debatido en julio de 2012. En lo relativo a la interrupción voluntaria del embarazo, se mantenía la despenalización en el caso de que tuviera como objetivo evitar un peligro para la salud o la vida de la mujer, ya vigente. Pero además, en lo referente al segundo supuesto despenalizado, el de violación a una mujer con discapacidad intelectual, se eliminaba la disposición relativa a la mencionada discapacidad. Los términos utilizados hasta esa fecha, «idiota» y «demente», resultaban anacrónicos, no estaban definidos por la ley, carecían de relevancia médica, y resultaban incompatibles con la legislación vigente relativa

a los derechos de las personas con discapacidad. Esta propuesta derivaba de la recomendación de PIDESC (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), que en origen incluía además la despenalización del aborto en casos de malformación, y que había sido fruto del trabajo de incidencia del Frente y de las feministas jóvenes agrupadas principalmente en la Coordinadora Política Juvenil y en Salud Mujeres.

De aprobarse el borrador presentado, quedaría eliminada la especificidad del segundo supuesto despenalizado, es decir, se despenalizaría el aborto en todos los casos de violación. Esta era una medida respaldada por buena parte de las y los asambleístas del partido gobernante, Alianza País (AP). Sin embargo, Rafael Correa mostró su rechazo vehemente a esta versión del texto, y advirtió que vetaría cualquier ampliación de los supuestos despenalizados.

Frente al debate que tuvo lugar en el seno de las instituciones en 2012 y 2013, las organizaciones feministas y de mujeres continuaron planteando sus demandas al respecto de la interrupción voluntaria del embarazo, si bien en este momento tenían claro que era necesario ser estratégicas. Así, a pesar de que en un medio y largo plazo el objetivo del movimiento es la despenalización total del aborto, entonces fue necesario centrarse en lograr la despenalización en todos los casos de violación. Las organizaciones hicieron un amplio trabajo de incidencia política, de movilización, y de sensibilización a través de los medios de comunicación. El Frente ecuatoriano para la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos señaló que mantener la excepción para las mujeres con discapacidad intelectual significaba legislar únicamente para el 1% de la población femenina, si bien la violencia sexual es un problema de primer orden en Ecuador y afecta a todas las mujeres, incluidas aquellas que tienen discapacidades diversas.

Entre las y los asambleístas de AP había quienes apoyaban la despenalización en todos los casos de violación, una postura que fue interpretada por Rafael Correa como de deslealtad y traición. Así pues, en el segundo debate parlamentario sobre el texto, a principios de octubre de 2013, el presidente amenazó con dimitir si ese borrador de ley del Código Orgánico Integral Penal (COIP) llegaba a ser aprobado con el apoyo de asambleístas de su partido. El 13 de ese mismo mes, la asambleísta Paola Pabón, que era favorable a la despenalización, presentó una moción para tratar separadamente el artículo en cuestión, propuesta que tuvo el respaldo de un grupo de asambleístas de AP. En respuesta, Rafael Correa las criticó fuertemente y solicitó públicamente que se las sancionara, amenazando incluso con revocarlas. Finalmente tres asambleístas, Soledad Buendía, Gina Godoy y la propia Pabón, fueron sancionadas con un mes de suspensión de sus funciones por no respetar la disciplina de partido.

El COIP aprobado el 28 de enero de 2014 mantuvo finalmente el delito de aborto y la despenalización restrictiva original, aunque en este caso el lenguaje fue modificado. Así pues, el artículo 150 establece que el aborto no será punible cuando sea practicado para evitar un peligro para la vida y la salud de la mujer embarazada, y si el embarazo es consecuencia de una violación a una mujer que padezca discapacidad mental.

Virginia Gómez de la Torre, portavoz del Frente ecuatoriano para la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos, reconoció entonces que el movimiento por los derechos de las mujeres había perdido una batalla, pero no la guerra. Y, de hecho, el debate había producido progresos en la opinión pública respecto a la despenalización.

5.2. Alta prevalencia de violencia sexual y de embarazos adolescentes

A lo largo del debate en torno a la modificación del código penal, las organizaciones articuladas en el Frente ecuatoriano para los derechos sexuales y derechos reproductivos subrayaron la necesidad de ofrecer la posibilidad de abortar a todas las mujeres que sufran violencia sexual sin excepción. En Ecuador esta es una cuestión crítica teniendo en cuenta los elevados índices de violencia sexual que presenta el país. Según el Informe Sombra al Comité de la CEDAW de 2014, el 25,7% de las ecuatorianas ha sufrido algún tipo de agresión sexual¹, un problema que afecta especialmente a las más jóvenes: a lo largo de 2014, fueron 961 niñas menores de 14 años las que denunciaron haber sido violadas, es decir, más de dos niñas violadas cada día. Pero estos son datos proporcionados por la Fiscalía, y por tanto, correspondientes únicamente a los delitos denunciados ante las autoridades policiales. Teniendo en cuenta que la mayor parte de las agresiones sexuales sufridas por niñas son ejercidas por hombres cercanos a ellas, como miembros de su propia familia o vecinos, lo que hace que se sientan fuertemente intimidadas, y que este es un tema tabú en la sociedad ecuatoriana, es evidente que las chicas que llegan a denunciar son una minoría, y que la dimensión real del problema es mucho mayor.

La violencia sexual es uno de los factores relacionados con la alta tasa de maternidad adolescente en el país. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) citados en el Informe Sombra al Comité de la CEDAW de 2014, el 10% de las ecuatorianas de entre 12 y 19 años son madres, lo que convierte a Ecuador en el segundo país en América Latina en número de embarazos adolescentes. Por si fuera poco, el mismo informe indica que en los últimos 10 años estos han aumentado un 74,8% en niñas de entre 10 y 14 años. Hay que tener en cuenta que, según la ley ecuatoriana, toda relación sexual con menores de 14 años constituye delito de violación.

Los embarazos adolescentes plantean un grave problema de salud pública en el país: los partos constituyen la segunda causa de morbilidad en niñas de entre 10 y

¹ Son datos del Atlas de las Desigualdades Socio-económicas de 2014, citados en Gómez de la Torre, V. (2015): «Informe para la sexagésima Sesión del Comité de la CEDAW (del 16 de febrero al 6 de marzo de 2015) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Ecuador», Frente Ecuatoriano por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

14 años ². Además, la imposibilidad de interrumpirlos de manera legal y segura, está conllevando graves consecuencias. Según el propio gobierno ecuatoriano, en 2011 hubo 258 casos de morbilidad relacionada con abortos en adolescentes de entre 10 y 14 años, y más de 4.000 en jóvenes de 15 a 19 años. Hay que tener en cuenta que las probabilidades de que chicas adolescentes se sometan a abortos inseguros son mayores que en el caso de mujeres adultas, lo que contribuye a generar problemas de salud crónicos y muertes maternas.

ALTAS TASAS DE MORTALIDAD MATERNA

Ecuador presenta una tasa de mortalidad materna de 45,7 mujeres fallecidas por cada 100.000 criaturas nacidas vivas, una de las más altas de América Latina (Gómez de la Torre, 2015). En 2011 hubo 241 muertes maternas, año en que el índice de mortalidad materna fue de 105 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Human Rights Watch, 2013). La desigualdad social es un eje que atraviesa estas cifras, tal y como reflejan las variables «nivel de instrucción» y «etnicidad». Según Noboa (2015), de las 807 muertes maternas registradas por el INEC entre 2010 y 2013, más de la mitad corresponden a mujeres sin ninguna instrucción o que tan solo habían cursado la educación primaria. Con respecto a la variable «etnicidad», los datos señalan que en 2012 y 2013 la mortalidad materna fue de 117,1 por cada 100.000 criaturas nacidas vivas en el caso de las mujeres indígenas, y hasta de 186,5 en el caso de las mujeres negras, en comparación con el rango de 27,2 a 48,6 correspondiente a las mujeres mestizas o blancas.

5.3. Acceso a los servicios de aborto en los supuestos despenalizados, criminalización y vulneración de derechos fundamentales

El Informe Sombra al Comité de la CEDAW de 2014 concluye que, respecto a la situación actual de la prestación de servicios de interrupción del embarazo en los supuestos despenalizados, lo cierto es que en el país no se han implementado protocolos médicos que garanticen el aborto seguro en estos casos a las afectadas. Esto genera gran vulnerabilidad e inseguridad jurídica tanto a las mujeres como a las y los profesionales sanitarios. Además, según el mismo informe, existen

² Datos extraídos del «Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos», de 2011, elaborado por el INEC, citados en Gómez de la Torre, V. (2015): «Informe para la sexagésima Sesión del Comité de la CEDAW (del 16 de febrero al 6 de marzo de 2015) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Ecuador», Frente Ecuatoriano por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

notables diferencias en cuanto al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos relacionadas con los factores de ruralidad-urbanidad, etnia e ingresos, siendo que las mujeres de origen rural, indígenas o pertenecientes a minorías étnicas y pobres tienen un acceso mucho menor a su ejercicio.

Por otra parte, a pesar de que en el país el aborto había sido contemplado como delito desde 1837, las mujeres no eran criminalizadas y condenadas a penas de cárcel por este motivo hasta 2009. Esto no quiere decir que existiera en la sociedad ecuatoriana un respeto hacia la decisión de las mujeres que interrumpían un embarazo. De hecho, a menudo eran sometidas al estigma y el maltrato por parte de un sector de profesionales del sistema de salud. Sin embargo, sí existía un cierto consenso social relativo a que estas mujeres no debían ser encarceladas por este motivo. De acuerdo con la investigación realizada por Ana Cristina Vera, de la organización Surkuna, centro de apoyo y protección de los derechos humanos de las mujeres, e integrante del Frente, y pendiente de publicación, fue en 2009 cuando el debate público en torno a la modificación del código penal comenzó a generar dudas en el sector sanitario. El temor del personal de salud a soportar acusaciones de complicidad en caso de atender mujeres con complicaciones derivadas de un aborto, junto con las creencias patriarcales y la desigualdad que reproduce en su desempeño profesional, está generando en muchos casos el desconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos y el que se las denuncie ante la policía.

El Frente ecuatoriano para la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos ha investigado varios casos de mujeres judicializadas, concluyendo que se han producido violaciones de los derechos fundamentales en los procesos, como son el derecho a la intimidad, al debido proceso y el derecho a la vida. En cuanto al debido proceso, seis de esos casos documentados por el Frente en el «Informe sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Ecuador elaborado para la sexagésima Sesión del Comité de la CEDAW de marzo de 2015», muestran varias irregularidades. Primero, que ha bastado la acusación del personal médico para judicializar a las mujeres, contraviniendo lo dispuesto acerca del secreto profesional en la ley ecuatoriana. Además, que las investigaciones dan cuenta de interrogatorios sin presencia de la defensa, y de sometimiento a tratos vejatorios. También, que las mujeres han sido juzgadas en supuesta flagrancia, cuando nunca hubo tal, y han sido encarceladas en base a pruebas faltas de validez legal.

Cuando las mujeres son criminalizadas por aborto, sus derechos a la libertad, a la salud, a la confidencialidad, a la no discriminación y a la autonomía están siendo vulnerados. Tal y como indica Surkuna (2015), el Estado ecuatoriano tiene amplio conocimiento de que la interrupción del embarazo en condiciones inseguras es un grave problema de salud pública, y es consciente de que dicho problema puede ser evitado despenalizando el aborto y proveyendo los servicios sanitarios necesarios. Por tanto, el Estado no está cumpliendo con su deber de proteger el derecho a la vida de las mujeres mediante la cobertura legal y la provisión de los servicios de salud pertinentes, y las está exponiendo a abortos inseguros y a morir. Es un hecho que, por temor a ser denunciadas por el personal sanitario, las mujeres ecuatorianas están desistiendo de su derecho a la salud y a obtener un aborto legal, y están poniendo en riesgo su vida realizando abortos inseguros. Según el Informe

Sombra al Comité de la CEDAW de 2014, la segunda causa de morbilidad femenina en Ecuador es el aborto inseguro; mientras que los datos que maneja la organización Surkuna indican que en 2013 fueron 22 las mujeres que murieron en Ecuador debido a complicaciones relacionadas con el aborto.

El Frente denuncia asimismo que el Estado está incumpliendo su obligación de proporcionar el aborto terapéutico seguro en los hospitales públicos, lo cual es discriminatorio, especialmente para las mujeres ecuatorianas pobres, que no tienen posibilidades de acudir a clínicas privadas, y que la no implementación de una Guía Práctica Clínica de Aborto Terapéutico deja al personal sanitario desprotegido. Además, la presión ejercida por el Estado sobre el personal sanitario está conllevando que no se respete el derecho al secreto profesional.

5.4. Josefa

Josefa es el seudónimo de una mujer de 21 años original de Esmeraldas, en el noroccidente de Ecuador, que fue detenida el 9 de mayo de 2013 en la maternidad de esa misma ciudad acusada de haberse provocado un aborto. Pasó 7 meses en prisión.

De acuerdo con su propio testimonio, Josefa había quedado embarazada fruto de una violación. Convivía con su pareja y con su hijo de aproximadamente un año cuando esto sucedió. Cuando cursaba el tercer mes de embarazo, y con el apoyo de su compañero, tomó la decisión de interrumpir el embarazo, porque no deseaba tener el hijo de un violador. Para ello recurrió al misoprostol, un fármaco ampliamente utilizado en el mundo con fines abortivos, tanto bajo supervisión médica en países donde el aborto es legal y seguro, como sin ella, por mujeres que viven en países en los que el aborto está tipificado como delito, especialmente hasta las 12 semanas de gestación. Sin embargo, Josefa no logró interrumpir el embarazo debido, probablemente, a que no disponía de toda la información necesaria acerca de la dosis necesaria y la forma de uso del medicamento.

Después de este intento, y sin opción alguna, Josefa se resignó a llevar adelante el embarazo. Pero un día, cuando la gestación era de 22 semanas, se encontraba limpiando su casa y, tras mover unos muebles, sufrió grandes dolores. Así se le desencadenó un aborto, de manera que se trasladó al hospital en busca de asistencia médica. Allí, tras realizarle una primera revisión, el personal médico llamó a la policía, que llegó al centro e interrogó a Josefa sin informarle de sus derechos constitucionales y condicionando la atención médica a dicha entrevista. En base a la información recogida en este interrogatorio, la policía se comunicó con el fiscal de turno, quien ordenó su detención en el mismo hospital.

Estando aún en el hospital, Josefa fue sometida a diversas formas de tratos crueles y vejatorios por parte del personal de salud y del personal judicial. La obligaron a

ver el feto muerto en varias ocasiones, repitiendo que ese era el hijo que ella había asesinado. Josefa afirma que incluso fue obligada a vestir y cargar el feto: «las obstetras querían darle una adecuada sepultura y que viéndole yo también reflexione». Además, fue dada de alta de manera temprana y, según una de las obstetras, sin permitirle recibir los tratamientos adecuados para el manejo del dolor.

Su proceso penal comenzó el 10 de mayo de 2013, con una audiencia de formulación de cargos en flagrancia, a pesar de que en su caso no era posible que existiera flagrancia, puesto que el delito es la provocación de aborto, no el aborto en sí mismo. La toma de misoprostol había tenido lugar semanas antes, de manera que se puede presumir que esta no tuvo ninguna relación con el aborto. Sin embargo, Josefa fue criminalizada por complicaciones obstétricas y fue encarcelada. Es más, en esta primera audiencia se dictó prisión preventiva, de modo que fue trasladada a la cárcel aún estando delicada de su salud, y a pesar de la existencia de una serie de medidas sustitutivas a las cuales ella podría haber accedido, considerando su delicado estado de salud y su calidad de madre de un niño de un año.

En la cárcel, donde permaneció 7 meses, la vida de Josefa no fue fácil: ser encarcelada «por asesinar al propio hijo» le conllevó múltiples maltratos por parte de las compañeras de prisión. Josefa explica que «es como si tuvieran que castigarte por haber pecado, ellas no te hablan, te dejan el peor plato de comida, no te incluyen en los juegos y entonces dentro del encierro sientes además que te vas a enloquecer».

En su comunidad de origen, su detención y encarcelamiento fue un escándalo, incluso a pesar de que Esmeraldas es una provincia relativamente más abierta hacia la cuestión del aborto. El estigma social incluso hizo a Josefa plantear a su pareja la necesidad de cambiarse de casa por la «vergüenza de que todos sepan lo que hice».

Josefa tuvo una defensa insuficiente e inadecuada y un tratamiento judicial parcial. Posterior a su primera audiencia, durante el proceso, su abogado le recomendó declararse culpable con el objetivo de cumplir una condena rápida. Según su testimonio, el abogado aseguró que no era relevante si ella efectivamente se había provocado el aborto o no. El delito tenía una pena corta y la mejor forma de salir era admitir la culpabilidad y pedir una suspensión condicional de la pena. Josefa aceptó y se declaró culpable porque deseaba salir pronto de prisión para volver con su hijo y su esposo. Sin embargo, y a pesar de cumplir con todos los requisitos de ley para poder acceder a este procedimiento especial y salir libre con cierta rapidez, el procedimiento le fue negado a Josefa. Aparentemente, el fiscal quiso dar un ejemplo aleccionador, considerando que si permitía que se aplicara el procedimiento especial a la joven, muchas mujeres abortarían, pensando que si confesaban, podrían tener una condena corta.

A Josefa tampoco se le concedió el cambio de medidas precautelares que solicitó para salir de la cárcel y defenderse estando libre, a pesar de cumplir con todos los requisitos legales establecidos. De acuerdo con la organización Surkuna, que presta apoyo jurídico a las mujeres criminalizadas por aborto, en el caso de Josefa la moral particular de quienes eran responsables de dar o negar los recursos legales existentes pesó indiscutiblemente a la hora de ejercer su labor.



Josefa fue llamada a juicio 4 meses después de ser detenida, el 19 de septiembre de 2013 tiempo que pasó en la cárcel y en que no pudo valerse de ningún recurso. Su caso se resolvió el 3 de diciembre, tras haber estado presa durante 7 meses. Fue precisamente ese período el tiempo que correspondió a la pena impuesta por el tribunal penal que la juzgó, que le concedió una rebaja de 3 meses por la confesión que había debido permitirle salir en libertad con suspensión condicional de forma inmediata. Su encarcelamiento le impidió terminar la educación secundaria, que tuvo que interrumpir.

El equipo de Surkuna tomó contacto con Josefa días antes de su liberación en diciembre de 2013. Se le propuso entonces realizar un juicio al Estado o una apelación, pero Josefa no la aceptó. En cambio, dijo: «únicamente quiero olvidarme de todo esto, que pase ya».

5.5. María

María es el nombre ficticio de una joven de la ciudad de Esmeraldas que tenía 20 años cuando fue detenida por supuestamente provocarse un aborto. La detención ocurrió el 12 de noviembre de 2013 en el mismo hospital al que asistió al sufrir un sangrado y un fuerte dolor a la altura de la pelvis. María estaba probablemente embarazada de apenas dos semanas y no era consciente de su estado. Según su testimonio, al llegar a la maternidad de Virgen de Nueva Esperanza fue examinada por una médica, que le indicó que esperase. Entonces llegó la policía, que interrogó a la mujer antes incluso de que recibiera la atención adecuada para su estado de salud. Inmediatamente después María fue detenida, y toda la atención médica que recibió a partir de ese momento se realizó ante la presencia de agentes policiales.

María recibió el alta hospitalaria al día siguiente con el fin de que asistiera a la audiencia de formulación de flagrancia ese mismo día. Según la obstetrix que la atendió, «se la llevaron sin siquiera dejarnos darle el medicamento para el dolor». En la audiencia se ignoró su testimonio, en el que negaba haberse provocado un aborto, y se utilizó un parte policial en el que se mezclaban las historias de tres mujeres diferentes y que contenía hechos completamente contradictorios con el testimonio de María. El acta de la audiencia en la que se realiza la calificación de flagrancia y la formulación de cargos da cuenta de que la apertura de la instrucción fiscal se realiza sin más pruebas que el parte policial, está basado en suposiciones y no en hechos, y tiene escasa validez probatoria por no haberse respetado las garantías de defensa de la joven. En el mismo, ni siquiera se hace constar el tiempo de gestación, y se hace referencia a dos abortos involuntarios que habría sufrido María previamente, exclusivamente con el ánimo de incriminarla. Incluso, el certificado médico que sostenía que María se habría provocado la pérdida estaba firmado por un médico que nunca la atendió y, por si fuera poco, correspondía a una persona con un número de identidad diferente al de la joven. A pesar de

todo ello, ese día se declaró la prisión preventiva para María, que estuvo presa durante cuatro meses.

María es una mujer pobre, que mantiene a su hijo, que tenía apenas un año cuando ocurrieron los hechos, y a su madre enferma de esquizofrenia. Entonces trabajaba en un café internet donde no tenía un salario fijo, sino que cobraba por comisión, es decir, en función de la clientela a la que atendía. Su horario de trabajo era de las 8:00 de la mañana a las 20:00 horas de la noche. A raíz del encarcelamiento, María perdió este empleo y dejó de poder sostener económicamente a su familia, lo que le provocó un enorme estrés y agravó su estado de depresión. Igual que Josefa, con quien coincidió en prisión, María describe diversas formas de maltrato por parte de sus compañeras de la cárcel.

El equipo de Surkuna contactó con María un mes después de haber sido detenida. Entonces se encontraba muy fuertemente angustiada. Le preocupaba especialmente su hijo, ya que el niño tenía una discapacidad intelectual y estaba al cuidado de su madre enferma y que carecía de atención médica debido a la falta de servicios de salud mental en la provincia. María solicitó a la organización que hicieran los trámites necesarios para conseguir que su hijo pudiera ingresar en la prisión para quedar a su cuidado.

María solicitó la sustitución de la prisión preventiva, pero esta le fue negada. Su abogada explica que el fiscal consideraba que el delito del que estaba acusada era grave, que se trataba de un asesinato. Sin embargo, varios meses después, en enero de 2014 la sustitución de la prisión preventiva le fue concedida gracias a la fuerte presión ejercida para poder lograr su liberación. Pocos días después su causa fue archivada.



6. Demandas a los estados y sus instituciones

Los Estados salvadoreño, nicaragüense y ecuatoriano, así como el Estado español y todos los Estados del mundo tienen el deber de cumplir los compromisos adquiridos en los tratados internacionales relativos a derechos humanos de las mujeres, y en los acuerdos globales como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, y la Plataforma de Acción de Beijing. Es por ello que deben:

6.1. Garantizar el acceso al aborto seguro y legal

- * Derogar las leyes que penalizan el aborto y despenalizar el aborto en todas las circunstancias.
- * Derogar las medidas punitivas a mujeres y niñas que busquen un aborto o se sometan a él, así como al personal sanitario que realicen las intervenciones.
- * Garantizar el acceso al aborto seguro en la ley y en la práctica, mediante la puesta en marcha de protocolos a tal objeto.
- * La legislación penal debe despenalizar el aborto como mínimo en los casos en los que el embarazo entrañe un riesgo para la salud física o mental de la mujer o la niña, cuando el embarazo sea resultado de una violación, y cuando el feto tenga malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. El objetivo último será el aborto legal.
- * Garantizar el acceso al aborto en la red sanitaria pública, poniendo especial atención a que tengan acceso a este servicio las mujeres y niñas de entornos rurales, empobrecidos, y las mujeres y niñas indígenas o pertenecientes a minorías étnicas.
- * Garantizar por ley que las mujeres menores de edad tienen atención médica íntima y confidencial en lo relativo a su salud sexual y reproductiva, y que, de acuerdo con la evolución de sus capacidades, son las únicas y últimas depositarias del consentimiento para acceder a un aborto, sin la participación de los progenitores.
- * Regular la objeción de conciencia.

- * Regular la obligación del personal sanitario de respetar el derecho a la confidencialidad de las pacientes y establecer mecanismos de garantías, así como sanciones para quienes la incumplan.
 - * Establecer protocolos de atención humanizada que garanticen los servicios de salud post aborto, que comprendan una atención de calidad, sin discriminación, con calidez y que garanticen la confidencialidad y el secreto profesional.
-

6.2. Rehabilitación integral a víctimas de violencia sexual

- * Garantizar por ley que las víctimas sobrevivientes de violencia sexual tengan acceso a una rehabilitación integral, que incluya el asesoramiento, la atención médica y el apoyo psicosocial y legal de acuerdo con las directrices de la OMS.
 - * Prestar pleno apoyo para que las víctimas de violencia sexual sean capaces de tomar decisiones libres e informadas sobre las posibilidades existentes a la hora de enfrentarse a las consecuencias de la agresión, incluida la decisión de si continuar con el embarazo o interrumpirlo.
 - * Actualizar y aplicar los protocolos de atención sanitaria en los casos de violación sexual de mujeres, adolescentes y niñas, asegurando el suministro de fármacos retrovirales y anticoncepción de emergencia.
-

6.3. Detener la criminalización y judicialización de las mujeres y niñas

- * Poner en libertad de forma inmediata e incondicional a todas las mujeres y niñas encarceladas por aborto, así como retirar las penas no privativas de libertad.
- * Retirar los antecedentes penales a las mujeres y niñas condenadas por aborto.
- * Retirar los cargos contra las mujeres y niñas en aquellos casos pendientes de juicio.
- * Dejar de investigar y denunciar a mujeres y niñas.

6.4. Implementar procesos de sensibilización y capacitación al personal de las instituciones públicas

- * Sensibilizar y capacitar al personal de los cuerpos policiales competentes, así como al cuerpo funcional de los órganos de justicia (jueces y juezas, fiscales y fiscalas, y abogados y abogadas de oficio) en derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos con el fin de lograr su efectiva garantía, así como para superar estereotipos de género y erradicar la violencia psicológica que se ejerce sobre las mujeres acusadas de aborto y sus familiares.
- * Promover que la enseñanza universitaria en las facultades de derecho y medicina se haga desde un abordaje científico y con una perspectiva de derechos humanos sobre la problemática de la interrupción del embarazo, que permita a quienes pasan por ellas desarrollar un ejercicio profesional informado y libre de prejuicios.

6.5. Garantizar el acceso a una educación sexual integral y a anticonceptivos modernos

- * Garantizar una educación sexual integral en el sistema de educación formal, así como a través de la educación no formal, adaptada y apropiada a cada segmento de población.
- * Garantizar el acceso a servicios gratuitos de asesoramiento en anticoncepción y planificación familiar, así como en salud sexual y reproductiva, tanto a mujeres como a adolescentes. Garantizar que estos lleguen especialmente a mujeres de entornos rurales y empobrecidos, y a mujeres indígenas o pertenecientes a minorías étnicas.
- * Promover y garantizar la información y acceso a anticonceptivos de calidad y adaptados a las necesidades de las mujeres y adolescentes.
- * Garantizar acceso a la anticoncepción de emergencia.

Finalmente, los Estados tienen el deber de realizar estudios periódicos y recoger datos estadísticos sobre la incidencia del aborto y su impacto en la salud de las mujeres, así como de promover la educación y transformación en valores de sus sociedades, garantizando que las instituciones dejen de discriminar a las mujeres y niñas en base a estereotipos de género.

* Bibliografía

Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico (2013): «Del hospital a la cárcel. Consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones, de la interrupción del embarazo en El Salvador», disponible en <http://agrupacionciudadana.org>.

Amnistía Internacional (2009): «La prohibición total del aborto en Nicaragua. La vida y la salud de las mujeres en peligro; los profesionales de la medicina, criminalizados», Editorial Amnistía Internacional (EDAI), Madrid.

Amnistía Internacional (2013): «Nicaragua. Principales motivos de preocupación sobre la promoción y protección de los derechos y humanos en Nicaragua. Información de Amnistía Internacional para el examen periódico universal de la ONU, abril-mayo de 2014». Disponible en www.amnesty.org.

Amnistía Internacional (2014): «Al borde de la muerte. Violencia contra las mujeres y prohibición del aborto en El Salvador», Centro de lenguas de amnistía internacional, Madrid.

Amnistía Internacional (2015): «Procrearás. Ataques contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Irán», Londres. Disponible en <http://amnistiainternacional.org>.

Articulación Regional de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe hacia Cairo+20 (2014): «Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014. Documento técnico», CEDES, Amnistía Internacional y Promsex.

Banco Mundial (2013): «Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)» [base de datos en línea], <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>.

Castello Starkoff, P. (2008): «Despenalización del aborto y nuevo proyecto constitucional: un tema polémico», Iconos. Revista de Ciencias Sociales, Nº 32, FLACSO Ecuador, Quito.

Centro de Derechos Reproductivos y Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico (2013): «Excluidas, perseguidas, encarceladas. El impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador», Centro de Derechos Reproductivos, Nueva York.

Coalición Nacional de Organizaciones de Mujeres para la elaboración del Informe Sombra al Comité de la CEDAW (2014): «Informe Sombra al Comité de la CEDAW. Ecuador 2014», Quito, disponible en www.informesombraecuador.com.

Cobo, R. (2011): «Hacia una nueva política sexual. Las mujeres ante la reacción patriarcal», Los libros de la Catarata, Madrid.

Cobo, R. y Nogueiras, B. (2014): «**Teoría y acción política feminista en España en torno al aborto**», en León Alonso, M. y Sgró Ruata, M. C. (compiladoras): *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re)emergente*, Colección: Religión, Género y Sexualidad, Católicas por el derecho a decidir, Córdoba.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM (2014): «**A 20 años de la Conferencia de El Cairo. Balance del cumplimiento del Programa en trece países seleccionados de América Latina y el Caribe**», CLADEM, Lima.

Coordinadora estatal de organizaciones feministas (2011): «**Situación actual de la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo en el Estado español, tras año y medio de aplicación**», disponible en www.feministas.org.

Corte IDH (2013): «**Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 29 de mayo de 2013. Medidas provisionales respecto de El Salvador. Asunto B.**», disponible en www.corteidh.or.cr.

Dobreé, P. y Bareiro, L. (2005): «**Estado laico, base del pluralismo**», en *La Trampa de la Moral Única. Argumentos para una democracia laica*, Campaña 28 de setiembre día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe; Campaña por una Convención interamericana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; Campaña «**Tu boca contra los fundamentalismos**», Lima.

Federici, S. (2010): «**Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpos y acumulación originaria**», Traficantes de sueños, Madrid.

Freedman, E. (2013): «**El caso de Beatriz. ¿Quién tiene la palabra?**», *Envío. Revista mensual de análisis de Nicaragua y Centroamérica*, Vol. 32, N° 376, Universidad Centroamericana-UCA, Managua.

Garay Zarraga, A. y Gago Menor, A. (2014, marzo): Entrevista con Rosa Cobo Bedia: «**La prostitución es una de esas prácticas sociales en las que con mayor claridad se puede ver que hay una alianza a muerte entre capitalismo neoliberal y patriarado**», *Revista Pueblos de información y debate*, edición web, disponible en www.revistapueblos.org.

Gómez de la Torre, V. (2015): «**Informe para la sexagésima Sesión del Comité de la CEDAW (del 16 de febrero al 6 de marzo de 2015) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Ecuador**», Frente Ecuatoriano por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, disponible en www.planv.com.ec.

González Guerrero, S. y Pajares Sánchez, L. (2012): «**Aproximaciones feministas sobre derechos sexuales y reproductivos en la cooperación al desarrollo. Discursos y prácticas en materia de derechos sexuales y reproductivos desde las ongs y organizaciones de mujeres y feministas en El Salvador, Nicaragua y Bolivia**», ACSUR-LAS SEGOVIAS, Madrid.

González Vélez, A. C. (2011): «Una mirada analítica a la legislación sobre IVE en países de Iberoamérica y El Caribe», CEPAL, Santiago de Chile.

Human Rights Watch (2013): «Criminalización de las víctimas de violación sexual. El aborto ilegal luego de una violación en Ecuador», disponible en www.hrw.org.

Ipas, Sexual Rights Initiative y Grupo Estratégico por la despenalización del aborto terapéutico (2013): «Informe de Nicaragua sobre Derechos Humanos referentes a la Salud Sexual y Reproductiva y el Aborto. 19° Ronda del Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas», disponible en <http://sexualrightsinitiative.com>.

Lamas, M. (2008): «El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina», en *Perfiles Latinoamericanos*, N° 31, FLACSO México, México D.F.

Maoño, C. y Vázquez, N. (2000): «Derechos sexuales y reproductivos», en Pérez de Armiño, K. (dir): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, Icaria y Hegoa, Barcelona.

Montero, J. (2013): «Derecho al aborto. Informe de experta», en *Mugarik Gabe y La Colectiva: Tribunal Internacional de Derechos de las Mujeres. Viena+20. Euskal Herria 2013*, Mugarik Gabe.

Morán, G. y Labrador, G. (2013): «Vida, lucha, justicia. La historia de Beatriz. Recopilación de notas periodísticas de los diarios digitales: contrapunto.com.sv y elfaro.net», *Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico, Colectiva Feminista por el desarrollo local e Ipas Centroamérica*, disponible en www.agrupacionciudadana.org.

Noboa, H. (2015): «Inequidades en mortalidad materna en el Ecuador», *Colectivo Pro Derechos Humanos*, disponible en <http://prodh.org>.

Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (2013): «La maternidad en adolescentes: la desigualdad en distintas dimensiones», *Notas para la Igualdad*, n° 8, CEPAL, disponible en <http://www.cepal.org/oig>.

Ruibal, A. M. (2014): «Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina», en *Revista Brasileira de Ciência Política*, n°14, maio - agosto, Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília.

Sánchez, S. M. (2013): «Memoria. Conferencia subregional de CLACAI. Los derechos humanos y el aborto inseguro en Centroamérica, México y el Caribe: avances y perspectivas», *Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro-CLACAI y Centro de Derechos de Mujeres-CDM, Tegucigalpa*.

Singh, S., Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A. y Sedgh, G. (2009): «**Aborto a nivel mundial. Una década de progreso desigual**», Guttmacher Institute, Nueva York.

Skuter, P. (2013): «**Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas**», Ipas, Chapel Hill.

Tornay Márquez, M. C. (2015): «**La penalización absoluta del aborto en El Salvador: una discriminación de género y clase**», en *Revista venezolana de estudios de la mujer*, enero-junio, vol. 20/Nº 44, Centro de estudios de la mujer, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Tovar Ramírez, A. (2013): «**La prohibición absoluta del aborto: una disyuntiva legal y ética para la comunidad médica**», *Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología-FLASOG*, Vol. 2, Nº 3, julio de 2013, FLASOG, disponible en www.flasog.org.

Vaggione, J. M. (2010): «**El fundamentalismo religioso en Latinoamérica. La mirada de los/las activistas por los derechos sexuales y reproductivos**», en Vaggione, Juan Marco (comp.): *El activismo religioso conservador en Latinoamérica, Católicas por el Derecho a Decidir*, Córdoba.

Vera, A. C. (pendiente de publicación): «**Códigos patriarcales produciendo desigualdades, criminalización y judicialización de mujeres que abortan en Ecuador**», Surkuna, Quito.

World Health Organization (2011): «**Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition**», WHO, Geneva.



Investigación: Ane Garay Zarraga
Diseño e ilustraciones: Higinia Garay

Todas las personas, los mismos derechos.
Más información en: www.mundubat.org



BASAURI



Bizkaiko Foru Aldundia
Diputación Foral de Bizkaia



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA
AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO