

COMENTARIO

Garantizar el aborto seguro en entornos humanitarios: superando barreras legales y de políticas

Akila Radhakrishnan,^a Elena Sarver,^b Grant Shubin^c

a Vicepresidente y directora legal, Centro de Justicia Global, Nueva York, NY, EE.UU. Correspondencia: akila@globaljusticecenter.net

b Investigadora jurídica, Centro de Justicia Global, Nueva York, NY, EE.UU.

c Abogado de planilla, Centro Global de Justicia, Nueva York, NY, EE.UU.

Resumen Cada vez son más las mujeres y niñas que resultan víctimas directas y específicas del conflicto armado y los estudios muestran que ellas son afectadas de manera desproporcionada y diferencial. Sin embargo, las leyes, políticas y protocolos humanitarios aún no han sido interpretados de manera significativa ni adaptados para responder a sus necesidades específicas, tales como la existencia de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos. En particular, se omite habitualmente, el aborto seguro de los servicios de salud sexual y reproductiva en entornos humanitarios por una variedad de razones; entre ellas, por una inadecuada condescendencia con la ley nacional, la influencia desproporcionada de políticas de financiamiento restrictivas, y el no considerar los servicios de aborto como atención médica. Sin embargo, cuando estos servicios son interpretados debidamente, se pueden clasificar bajo el alcance de protecciones universales, no derogables, otorgadas por el derecho internacional humanitario y los derechos humanos. Este comentario considera la protección del derecho internacional humanitario y explica cómo los servicios de aborto pueden ser incluidos en la categoría de atención médica protegida. También esboza los retos actuales que afectan la realización de estos derechos y explica cómo la unificación de enfoques actuales atañe al derecho internacional humanitario para asegurar que se brinde atención integral a las personas afectadas por el conflicto armado. [Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361](https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361)

Palabras clave: Aborto, derecho internacional humanitario, no-discriminación, conflicto, violencia sexual

Introducción

Cada vez son más las mujeres y niñas que resultan víctimas directas y específicas del conflicto armado, y los estudios realizados muestran que ellas son afectadas en forma desproporcionada y diferenciada.¹ Además, actualmente se utiliza de forma sistemática la violencia sexual contra la población civil en conflictos armados con el objetivo de desmoralizar, destruir, aterrorizar e incluso cambiar las composiciones étnicas de comunidades enteras. Estos cambios en la naturaleza de la guerra requieren respuestas efectivas en protocolos, leyes y prácticas humanitarias. En ningún ámbito se hace más patente que en la necesidad de generalizar y sistematizar los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en entornos humanitarios relacionados a conflictos.

Si bien los servicios de SSR en entornos humanitarios (incluyendo las respuestas a la violencia sexual) condensan toda una gama de cuidados, desde la profilaxis de VIH hasta la atención de heridas y prevención de enfermedades de transmisión sexual, se hace necesario distinguir un servicio específico: el aborto. Hoy en día, es rutinario que a las mujeres y niñas en entornos de conflicto, incluyendo aquellas que quedan embarazadas como consecuencia de violaciones, se les niegue el derecho al aborto, con consecuencias devastadoras. A pesar de que existen muchas razones por las cuales los servicios de aborto seguro no están disponibles actualmente en la mayoría de entornos humanitarios (incluyendo estigmas asociados al aborto, actitudes de actores humanitarios y políticas restrictivas de donantes), una frecuentemente

citada la constituyen las leyes restrictivas contra el aborto.² Sin embargo, el relegar los servicios de aborto a los confines de las leyes nacionales no considera el marco completo de leyes que gobiernan la prestación de servicios para los afectados por conflictos armados, como el derecho internacional humanitario y los derechos humanos.

La disponibilidad de los servicios de aborto también se ve afectada por el hecho de que muchas organizaciones humanitarias no consideran que el aborto pertenezca a la categoría de las atenciones que estas administran.² Esta percepción está cambiando lentamente debido a la generalización de la violencia sexual en zonas de conflicto y a las políticas progresistas de algunos donantes que reconocen la necesidad de prestar servicios de aborto a las víctimas de violencia sexual dentro de entornos humanitarios, tal como se discute en este comentario.

A pesar de este progreso, las restricciones para la ayuda humanitaria son más fuertes que nunca. La Enmienda Helms y el restablecimiento de la Ley Mordaza Global por parte del presidente Trump han producido una confusión colectiva, efectos escalofriantes en la libertad de expresión y una mayor obstrucción en los servicios de aborto. Dado que Estados Unidos es el mayor donante de asistencia con servicios de salud a nivel mundial, el impacto combinado de estas políticas gubernamentales tendrá consecuencias mortales para las mujeres de todo el mundo. Por lo tanto, es urgente clarificar el marco legal que define el derecho a la atención médica de mujeres y niñas en entornos de conflicto, incluyendo servicios de aborto seguro.

Este comentario aborda la brecha de servicios de aborto seguro dentro de las atenciones de SSR en entornos humanitarios relacionados a conflictos. Primero, demuestra que los servicios de aborto se clasifican dentro del marco legal internacional más firme. Por lo tanto resume, los desafíos actuales que obstaculizan la realización plena de los derechos protegidos por estos marcos. Finalmente, propone una unificación de los enfoques actuales para brindar atención integral a las mujeres víctimas de conflictos armados.

El derecho internacional humanitario y la protección de las necesidades médicas de mujeres y niñas

El derecho internacional humanitario (DIH) constituye un conjunto de leyes que regulan especí-

ficamente situaciones de conflicto y garantizan una gama de derechos y protecciones fundamentales para víctimas de guerra. Particularmente, las Convenciones de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales requieren que se acoja a las “personas heridas o enfermas” y que reciban tratamiento médico integral y no discriminatorio, basándose únicamente en su condición médica. Como se detalla más abajo, estas protecciones legales internacionales, intencionalmente amplias, abarcan servicios de aborto (una atención médica que solo un sexo biológico necesita) dentro de entornos de conflicto.

Las mujeres y niñas embarazadas en conflictos armados se consideran “personas heridas y enfermas” bajo el DIH

Bajo el DIH, las “personas heridas o enfermas” son individuos, ya sean civiles o militares, que necesitan atención médica y de los cuales hay que abstenerse de cualquier acto hostil. El significado legal de los términos “heridas” y “enfermas” “cubren casos de maternidad...y casos de otras personas que puedan necesitar atención médica inmediata, tales como... madres gestantes”.¹ Además, para ser considerada una “persona herida o enferma”, es “irrelevante si la necesidad de atención proviene de una condición médica previa al conflicto o si se relaciona con el mismo, incluso si no hubiera sido causado por él” (Comm.para.743). Esta definición abarca a todas las personas que necesiten atención médica inmediata, incluyendo, pero sin limitarse a ellas, a las sobrevivientes de violencia sexual. Las niñas y mujeres embarazadas dentro de entornos de conflicto necesitan atención médica inmediata y son “madres gestantes”. Es obvio entonces que las niñas y mujeres embarazadas dentro de entornos de conflicto caen dentro de la categoría protegida de “personas heridas o enfermas” del DIH.

Las mujeres y niñas embarazadas en entornos de conflicto armado deben ser recogidas, atendidas y recibir los cuidados médicos que su condición requiere

El DIH exige que a las personas heridas o enfermas se les recoja y se les brinde atención médica. La regla básica es que a las personas heridas o enfermas se les provea “hasta el máximo apli-

1 Comité Internacional de la Cruz Roja. Comentario de 2016 sobre la convención (I) para mejorar la condición de las personas heridas o enfermas en el campo³ Las citas a este Comentario se indicarán dentro del texto como (Comm.para.724.4,art.8(a)).

cable, y con la menor demora posible, la atención médica requerida por su condición”, sin hacer ninguna distinción adversa “basada en consideraciones que no sean de índole médica” (Comm.para.762,764;4,art.10;5). El DIH no precisa de los tipos de atención médica que se deben brindar, sino que requiere que sean los necesarios según la condición del paciente. En otras palabras, las mujeres y niñas que hayan quedado embarazadas durante una guerra tienen derecho a recibir toda la atención médica que necesiten, ya sean cuidados de maternidad seguros y de calidad o, para las que quieran interrumpir su embarazo, servicios de aborto seguro.

Las mujeres y niñas embarazadas en ambientes de conflicto armado tienen derecho a no ser discriminadas sin distinción alguna basada en el sexo,

Para el tratamiento de las personas heridas o enfermas, el DIH prohíbe cualquier distinción desfavorable basada en la raza, color, religión o fe, sexo, nacimiento o posición económica, o cualquier otro criterio similar.⁶ Es significativo que el DIH no prohíba distinciones no adversas; es decir, se permiten distinciones justificadas por las situaciones y necesidades sustancialmente distintas de las personas heridas o enfermas. Por lo tanto, el DIH permite los tratamientos que cumplan con las necesidades específicas de cada persona (Comm.para.576). Se reconoce que el sexo biológico de una persona puede determinar el tipo de tratamiento que requiera.

Las mujeres y las niñas tienen necesidades médicas diferentes a las de los hombres y niños, lo cual las expone a riesgos y estigmas sociales particulares asociados al hecho de estar heridas o enfermas. Como reconocimiento de estos hechos, el DIH establece que una atención médica no discriminatoria significa que las mujeres deberán “en todos los casos recibir los beneficios de tratamientos médicos que sean tan favorables como aquellos brindados a los varones” (Comm.para.1430). La ley requiere que el resultado para cada sexo sea el mismo, no necesariamente que el tratamiento sea idéntico.⁷

Por ejemplo, una violación puede ser perpetrada de varias formas y usando una serie de métodos, y las heridas recibidas necesitarán diferentes tipos de atención médica. Una persona que desarrolla una fístula al haber sido violada con el cañón de una pistola necesita un tratamiento dife-

rente a quien queda embarazada al haber sido violada con un pene. Mientras que en el primer caso la “atención médica requerida por su condición” podría incluir cirugía o algún otro procedimiento, en el segundo caso la persona embarazada podría requerir un aborto. De hecho, en algunos casos, como cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la madre, el aborto es la única opción médica.

El negar una categoría de atención médica (aborto) a personas de un sexo biológico (mujeres y niñas) dentro de entornos de conflicto armado se considera, por lo tanto, discriminatorio y está prohibido por el DIH. Los servicios de aborto seguro, entonces, deben ser parte de una atención médica no discriminatoria.

Negar el aborto viola el derecho a recibir tratamiento humano y el derecho a no sufrir trato cruel e inhumano

Además de incluir los servicios de aborto como atención médica no discriminatoria y necesaria, el DIH también protege el procedimiento mediante su garantía de tratamiento humano y del derecho a no recibir trato cruel e inhumano. A pesar de que no existe una definición legal precisa de “tratamiento humano”, su significado depende del contexto y abarca “la condición física y mental de la persona” y las diferencias basadas en el sexo (Comm.para.553,577). Adicionalmente, para ser definido como un “trato cruel o inhumano”, un acto debe causar serios dolores físicos o mentales como la falta de una atención médica adecuada o el hecho de llevar a término un embarazo no deseado (Comm.para.618,620).

Negar servicios de aborto seguro ocasiona posteriormente sufrimientos físicos y psicológicos más extensos e intensos. Las niñas y mujeres embarazadas en entornos de conflicto sufren innumerables traumas que van desde los riesgos de un embarazo en plena época de guerra hasta —cuando el embarazo es el resultado de una violación— la estigmatización y el ostracismo social y familiar. De hecho, se ha determinado explícitamente que la negación de servicios de aborto constituye un trato cruel e inhumano⁷ porque en ciertos contextos, causa grave sufrimiento mental y físico.

Protecciones para mujeres y niñas según los derechos humanos internacionales

Mientras el DIH es una *lex specialis* (ley que gobierna un asunto específico) del conflicto armado

existen, en paralelo, obligaciones y derechos al amparo de la legislación internacional de los derechos humanos que ayudan a definir los derechos del DIH. Por lo tanto, la inclusión de servicios de aborto dentro de las diversas protecciones legales del DIH se ve reforzada por las protecciones relevantes de los derechos humanos. El Comité de Derechos Humanos (RHC por sus siglas en inglés), el Comité contra la Tortura, y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra Mujeres han aportado elementos sobre las obligaciones legales para prestar servicios de aborto en ciertos contextos.⁸⁻⁹ El concepto de garantizar atención médica necesaria y no discriminatoria para mujeres y niñas, esbozada anteriormente y componente central de la protección de las personas heridas o enfermas, se comparte con la CEDAW Convención para Eliminar Todo Tipo de Discriminación contra Mujeres). CEDAW es el primer tratado de derechos humanos que explícitamente requiere que los actores estatales aseguren el acceso a servicios de planificación familiar.¹⁰⁻¹¹ Dentro de entornos de conflicto y post conflicto, la CEDAW establece que los actores estatales deben asegurar que los servicios de SSD incluyan “anticoncepción de emergencia; servicios de salud de maternidad, incluyendo cuidados prenatales...servicios de aborto seguro; [y] atención post aborto...”.¹² La negación del aborto es reconocida como una discriminación basada en el género también por el DIH y por el Comité contra la Tortura.⁸⁻⁹ Por lo tanto, el hecho de que los actores estatales no supriman barreras para que las mujeres tengan acceso efectivo a los servicios de SSR constituye una violación de la CEDAW, de la Convención contra la Tortura (CAT, por sus siglas en inglés) y del Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés).

También se ha encontrado que la negación de los servicios de aborto viola los derechos humanos internacionales a recibir un trato humano y a no ser objeto de tortura. Una gama de expertos de la ONU, incluyendo al Relator Especial contra la tortura, han encontrado que “[de]negar acceso a servicios de salud reproductiva que solo necesitan las mujeres es inherentemente discriminatorio y puede violar los compromisos de los Estados bajo la CAT”¹³ El Comité contra la Tortura ha encontrado, cada vez más, que el acceso a servicios de aborto, en particular para sobrevivientes de violaciones, está incluido en los derechos garantizados por CAT.^{9,14} En la misma línea, el HRC, que tiene el deber de monitorear y asegurar el cumplimiento del

ICCPR, ha encontrado que las restricciones a los servicios de aborto violan el artículo 7 del acuerdo, el cual prohíbe la tortura o trato cruel, inhumano o degradante.⁸⁻⁹

Los derechos del DIH a una atención médica necesaria y no discriminatoria, y basada en la necesidad, así como los derechos a recibir tratamiento humano y a no sufrir trato cruel e inhumano deben ser interpretados a la luz de estas disposiciones paralelas a los derechos humanos. Al hacerlo, los decretos de ICCPR, CAT y CEDAW verifican con firmeza que los servicios de aborto para mujeres víctimas de conflictos están incluidos entre las diversas protecciones del DIH.

Reconocimiento creciente de las protecciones de DIH

Cada vez hay mayor reconocimiento internacional en círculos académicos,¹⁵⁻¹⁷ guías políticas internacionales y prácticas estatales de que los servicios de aborto son parte de las protecciones del DIH de “atenciones médicas basadas en la necesidad”. En 2013, el Consejo de Seguridad de la ONU aprobó dos resoluciones que invocaban a los Estados a proveer servicios de aborto seguro a niñas y mujeres violadas en entornos de guerra.¹⁸⁻¹⁹ En respuesta a estas resoluciones, el Reino Unido revisó y modificó su política de ayuda humanitaria para reconocer que los servicios de aborto seguro para esas víctimas están protegidos bajo el DIH.²⁰ Los Países Bajos y Francia también han expresado la importancia de cumplir con este mandato del DIH.²¹

De igual manera, en setiembre de 2015 la Comisión Europea publicó una posición normativa declarando que si la vida de una mujer o niña está en peligro, o si un embarazo produjera sufrimiento insoportable, el DIH garantiza la opción de abortar.²¹ Adicionalmente, el Parlamento Europeo ha aprobado una serie de resoluciones exhortando a la Unión Europea (UE) y a sus Estados Miembro a segregar su ayuda humanitaria de otros donantes cuya asistencia está desvirtuada por restricciones contra el aborto (como la de los Estados Unidos), para mantener así la ayuda humanitaria sin restricciones sobre la atención médica necesaria y para asegurar que la atención sea proporcionada de acuerdo al DIH.²¹ Varias de estas resoluciones también invocan a un compromiso para que las mujeres y niñas en entornos de conflicto reciban todos los servicios de SSR, incluyendo abortos seguros.

La necesidad de asegurar que los servicios de aborto seguro estén disponibles para víctimas de violaciones, además de ser incluidos en el financiamiento de ayudas humanitarias, también ha sido reconocida en múltiples ocasiones por el Secretario General de la ONU.²²⁻²⁴ De igual manera, el Estudio Global sobre la Ejecución de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad observó que el acceso al aborto seguro es particularmente importante en situaciones de conflicto, donde los embarazos son considerablemente más riesgosos (debido a la destrucción y la desorganización de los servicios de salud y del acceso a atención médica), e invocó a las Naciones Unidas y a sus Estados Miembros, así como a otros donantes y actores humanitarios, a asegurar el acceso de las mujeres a dichos servicios como un asunto de derechos de la mujer y de legislación internacional sobre derechos humanos.¹

Sin embargo, a pesar de este progreso en las resoluciones oficiales, debido a profundas y antiguas tendencias y puntos de vista, los servicios de aborto aún se encuentran demasiado ausentes en entornos humanitarios relacionados a conflictos.

Retos actuales

La relación entre las leyes locales sobre el aborto y el DIH

A menudo se invoca las leyes nacionales restrictivas contra el aborto para bloquear la aplicación de los derechos y obligaciones del DIH. Quienes respaldan esta posición apuntan al concepto de que “no hay un derecho internacional para el aborto” cuando este problema es derivado a la legislación nacional. Pero como se ha señalado anteriormente, el DIH no garantiza el derecho a servicios médicos específicos, sino que contiene reglas generales para defender a quienes se aplica su protección – incluyendo a las mujeres embarazadas. Aun cuando el DIH no es específico, es claro que sus protecciones son universales y no derogables.

Como ya se mencionó anteriormente, para entornos de conflicto armado el DIH es la *lex specialis*, lo que significa que sus reglas sobre personas heridas y enfermas en entornos de conflicto armado anulan y reemplazan las disposiciones de otros regímenes legales nacionales y locales. Esta universalidad, y su relación con las leyes nacionales, son características únicas del DIH cuyo objetivo es asegurar que las políticas y prácticas nacionales no sean usadas para derogar las protecciones del

DIH. Uno de los distintivos de las Convenciones de Ginebra es que los derechos legales que ellos garantizan protegen a los individuos, incluso a costa de excluir otras leyes, y no se puede renunciar a ellos ni rescindirlos (Comm.para.987–1002).

El Comité Internacional de Estándares Profesionales para Labores de Protección de la Cruz Roja invoca a los actores de protección a “estar preparados para señalar que las leyes nacionales no pueden esgrimirse como excusa para no cumplir con las obligaciones internacionales”.²⁵ Esto quiere decir que el derecho nacional no puede ser usado como escudo para bloquear la aplicación del derecho internacional, y de hecho, las leyes nacionales relevantes deberían ser usadas en trabajos de protección solo cuando estas “refuerzan la protección integral y están en conformidad con el derecho internacional.”²⁵

Un área donde la confusión entre el derecho nacional y el DIH es especialmente problemática se refiere a las protecciones del personal médico en situaciones humanitarias. Bajo el DIH, el derecho a atención médica basada en la necesidad es tan importante que a los doctores se les brinda inmunidad contra procesos legales y sanciones locales con tal de que brinden una atención que cumpla con las necesidades de las víctimas de guerra (Comm.para.1758–1760). Adicionalmente, los doctores y el personal médico no pueden ser forzados a actuar de cualquier otra manera que no concuerde con las necesidades de las víctimas. El personal médico debe prestar su atención únicamente de acuerdo a la ética médica, lo cual requiere que dicha atención se base en las necesidades de los pacientes, quienes deben dar su consentimiento informado (Comm.para.765). Cuando las leyes nacionales toman precedencia en forma errática, se ignoran las protecciones. Mirando hacia adelante, se necesita crear más conciencia entre los actores humanitarios, tanto sobre las protecciones que el DIH les brinda como de los derechos que guían la prestación de atención médica. Asimismo, se debe tomar un enfoque más afirmativo en la negociación de los acuerdos humanitarios, ya que el DIH específicamente protege a los doctores de ser procesados legalmente; el temor de que esto suceda es una de las mayores barreras para la prestación de servicios de aborto seguro.

En resumen, dentro del contexto de servicios de aborto, las leyes nacionales sobre el aborto no pueden reemplazar los mandatos del DIH sobre prestación de atención médica necesaria y no dis-

criminatoria, de tratamiento humano y protección contra tortura y trato inhumano a [las] personas heridas o enfermas.

Políticas de financiamiento como fuerzas positivas y negativas

Incluso cuando las consideraciones legales no son un problema, las restricciones de financiamiento, particularmente aquellas impuestas por el gobierno de Estados Unidos, han sido un impedimento enorme para la prestación de servicios de aborto en entornos humanitarios. Desde 1973, Estados Unidos ha impuesto restricciones contra el aborto en toda su ayuda al extranjero. Desde la Enmienda Helms hasta la Ley de Asistencia al Exterior, Estados Unidos categóricamente impide que sus financiamientos sean usados para prestar servicios de aborto, para discutir el aborto como una opción, o incluso para discutir la necesidad de servicios de aborto seguro en informes de investigación.²⁶ Actualmente, la Enmienda Helm está en efecto sin excepciones para casos de violación, riesgo de muerte o incesto. Asimismo, mientras que la Enmienda Leahy sí permite brindar asesoramiento e información sobre todas las opciones ante un embarazo, de acuerdo al derecho local, los estudios han demostrado que la enmienda es poco entendida y utilizada.²⁷ Actualmente, la situación ha empeorado debido a la restitución por parte del presidente Trump de la Ley Mordaza Global (ahora denominada “Protección de la Vida en la Asistencia Global de Salud”), la cual censura por completo las actividades relacionadas al aborto por parte de cualquier receptor de asistencia global de salud de Estados Unidos, con limitadas excepciones en casos de violación, incesto y riesgo de muerte.²⁸

Tales políticas no solo reprimen la atención médica relacionada al aborto, sino que también crean un ambiente escalofriante alrededor de los servicios SSR, de tal forma que los receptores de ayuda de Estados Unidos se niegan a participar incluso en actividades permitidas.^{27,29} Como Estados Unidos es el mayor proveedor bilateral de ayuda humanitaria, la política de Estados Unidos sienta la pauta sobre el aborto en la mayoría de los entornos humanitarios. Asimismo, para aquellas organizaciones que ya se encuentran reacias a incluir el aborto dentro de su trabajo, estas restricciones son una excusa conveniente para no incluir el aborto dentro de sus servicios SSR. Sin embargo, la tendencia está cambiando lentamente. El aumento en los últimos ocho años de la conciencia

global sobre el daño de las restricciones permanentes contra el aborto por parte de Estados Unidos, como la Enmienda Helms, ha producido el progreso mencionado anteriormente, incluyendo la adopción de políticas de financiamiento que explícitamente reconocen el aborto como una atención médica protegida bajo el DIH, y compromisos para financiar dichos servicios. Dichas políticas sirven para dos propósitos. Primero, demuestran a los actores humanitarios que hay donantes que consideran los servicios de aborto como atención vital y que de hecho hay financiamiento disponible para prestar servicios de aborto seguro. Segundo, como los Estados son los que definen cómo es el DIH en la práctica, estas políticas de financiamiento ayudan a desarrollar el reconocimiento de que el aborto es una de las atenciones protegidas por el DIH.

La importancia de reconocer el aborto como equivalente a cualquier otra atención médica

El aborto es, con frecuencia, separado de otros tipos de atención médica, lo cual no solo lo estigmatiza, sino que legitima su negación. Cuando las mujeres se enfrentan a un embarazo no deseado o que pone en peligro su salud o su vida, la opción de abortar es el único servicio médico disponible para mejorar la situación. En este contexto, el aborto claramente satisface la definición de “atención médica” (“la prestación de lo que sea necesario para la salud y el bienestar de una persona por parte de un doctor, enfermero u otro profesional de la salud”).³⁰ Por lo tanto, es importante que se entienda que las restricciones contra el aborto, incluyendo las restricciones legales, son impedimentos para el acceso de las mujeres a una adecuada atención médica.

Enfrentando los retos: los derechos protegen la atención médica requerida

Estos retos, sin embargo, son precisamente lo que el DIH está diseñado para superar. Al nivel más básico, el DIH asegura que las víctimas de guerra reciban la atención médica que necesitan, al protegerlos con derechos. En efecto, el DIH, tal como lo conocemos hoy en día, nació a partir de la reacción global al maltrato de los prisioneros de guerra como “personas protegidas” durante la Segunda Guerra Mundial. Una de las muchas lecciones aprendidas después de esa guerra fue que las prerrogativas políticas y militares perjudican el

trato a las víctimas de la guerra. En la práctica, en situaciones de guerra, esto significa lo mismo para prisioneros como para sobrevivientes de violaciones.

De todos modos, los retos esbozados anteriormente y el trasfondo de discriminación por género que los acompaña se combinan para hacer que los servicios de aborto estén prácticamente ausentes en los entornos humanitarios relacionados a conflictos.² Actualmente, en la práctica, muchos donantes y actores humanitarios han pensado en un modelo basado en necesidades, situando las “necesidades” como algo diferente a los “derechos”. En lugar de defender pública y explícitamente los derechos de las víctimas bajo el DIH, estos actores prefieren (u optan por) adherirse al nivel más alto de atención médica enfocándose en las necesidades de las víctimas. Pero, como se ha descrito anteriormente, esta no es la forma en la que el DIH funciona. Como la Historia nos ha enseñado, a pesar de las buenas intenciones, las víctimas de guerra serán vulnerables al abuso, a menos que sus derechos sean específicamente invocados (Comm. para.990). Por lo tanto, es esencial que los enfoques basados en necesidades y derechos sean con-

siderados como dos lados de una misma moneda. Sencillamente, las necesidades de las víctimas de guerra están explícitamente protegidas por los derechos del DIH.

Conclusión

El DIH previó que la expansión de los conflictos armados afectaría a víctimas civiles y, por lo tanto, otorgó amplios pero definidos derechos a las “personas heridas o enfermas”. Como se vio anteriormente, estos derechos requieren la prestación de servicios de aborto para víctimas embarazadas durante los conflictos armados. A pesar de un creciente reconocimiento internacional de que los servicios de aborto están protegidos por el DIH, ciertas preocupantes tendencias globales amenazan con la reversión a un paradigma anticuado y discriminatorio, perjudicando las protecciones legales fundamentales de las víctimas. Para enfrentar estos retos, los actores promotores y donantes humanitarios deben asegurar que su trabajo y sus políticas estén entroncados en los derechos de las víctimas, para satisfacer integralmente sus necesidades.

Referencias

1. UN Women. Preventing conflict, transforming justice, securing the peace: a global study on the Implementation of UN Security Council Resolution 1325. 2015.
2. McGinn T, Casey S. Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Conflict and Health*. 2016;10. DOI:10.1186/s13031-016-0075-8
3. International Committee of the Red Cross. Commentary of 2016 on convention (I) for the amelioration of the condition of the wounded and sick armed forces in the field (Geneva, 12 August 1949). 2016. [cited 2017 May 15]. Available from: <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/INTRO/365?OpenDocument>.
4. International Committee of the Red Cross. Protocol additional to the Geneva conventions of 12 August 1949, and relating to the protection of victims of international armed conflicts (Protocol I). 1977. 1125 UNTS 3.
5. International Committee of the Red Cross. Protocol additional to the Geneva conventions of 12 August 1949, and relating to the protection of victims of noninternational armed conflicts (Protocol II). 1977. 1125 UNTS 609. art. 7.
6. International Committee of the Red Cross. Article 3 common to the four Geneva conventions of 1949. 1949. 6 UNTS 31.
7. International Committee of the Red Cross. Commentary of 1960 on Convention (III) relative to the Treatment of Prisoners of War (Geneva, 12 August 1949) art. 14. 1960. [cited 2017 Oct 5]. Available from: [https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Comment.xsp?action=A_Radhakrishnan_et_al.Reproductive_Health_Matters_2017;25\(51\):40-4745openDocument&documentId=64864A7A2AB7E-2F6C12563CD00425C7E](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Comment.xsp?action=A_Radhakrishnan_et_al.Reproductive_Health_Matters_2017;25(51):40-4745openDocument&documentId=64864A7A2AB7E-2F6C12563CD00425C7E).
8. UN Human Rights Council. Report of the special rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. 2016. A/HRC/31/57.
9. Center for Reproductive Rights. Safe and legal abortion is a woman's human right. 2011.
10. Ipas. International human rights bodies on unwanted pregnancy and abortion-part 1. 2014.
11. United Nations General Assembly. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. 1970. 1249 UNTS 13. arts. 12(1), 10(h), 14(2)(b) and 16(1).
12. Cook R, Undurraga V. Article 12. In: Chinkin C, Freeman MA, Rudolf B, editors. *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary*. Oxford: Oxford Univ. Press; 2012. p. 320.

13. UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation 30 on women in conflict prevention, conflict and post-conflict situations. 2013. CEDAW/C/GC/30. para. 52(c).
 14. Office of the UN High Commissioner for Human Rights. Statement of UN Experts on Gender-based crimes through the lens of torture on International Women's Day. 2016. [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17152&>.
 15. Center for Reproductive Rights. Reproductive rights violations as ill-treatment. 2014. p. 1–4.
 16. McGuire R, Rona G. The principle of non-discrimination. In: Clapham A, Gaeta P, Sassoli M, editors. *The 1949 Geneva conventions: a commentary*. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 191, 203–204.
 17. Bellal A. Who is wounded and sick? In: Clapham A, Gaeta P, Sassoli M, editors. *The 1949 Geneva conventions: a commentary*. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 726–763.
 18. Priddy A. Tackling impunity for sexual violence. In: Bellal A, editor. *The war report: armed conflict in 2014*. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 681.
 19. United Nations Security Council. Resolution 2106. 2013. S/RES/2106.
 20. United Nations Security Council. Resolution 2122. 2013. S/RES/2122.
 21. Department for International Development. Safe and unsafe abortion: The UK's policy on safe and unsafe abortion in developing countries. 2014. p. 9.
 22. Global Justice Center. Reference language on abortion and IHL. 2017. [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.globaljusticecenter.net/files/ReferenceLanguage.1.20.2017.pdf>.
 23. UN Security Council. Report of the Secretary-General on women peace and security. 2015. S/2015/716. para. 43.
 24. UN Security Council. Report of the Secretary-General on women peace and security. 2014. S/2014/693. para. 62.
 25. UN Security Council. Report of the Secretary-General on women peace and security. 2013. S/2013/525. para. 72(a).
 26. International Committee of the Red Cross. Professional standards for protection work. 2013. p. 63–64.
 27. Kallas K, Radhakrishnan A. If these walls could talk, they would be censored. In *reproductive laws for the 21st Century*. 2012.
 28. Ipas and Ibis. U.S. Funding for Abortion. How the Helms and Hyde amendments harm women and providers. 2015. p. 7.
 29. The White House Office of the Press Secretary. Presidential memorandum regarding the Mexico City policy. 2017.
 30. Barot S, Cohen S. The global gag rule and fights over funding UNFPA: The issues that won't go away. *Guttmacher Policy Review*. 2015;18:2.
 31. Oxford English Dictionary. Medical care. [cited 2017 May 15]. Available from: https://en.oxforddictionaries.com/definition/medical_care.
-