

La rendición de cuentas en derechos humanos para los casos de muerte materna y la incapacidad de brindar abortos seguros y legales: Importancia de dos innovadoras resoluciones de CEDAW

Eszter Kismödi,^a Judith Bueno de Mesquita,^b Ximena Andión Ibáñez,^c
Rajat Khosla,^d Lilian Sepúlveda^e

- a. Asesora de derechos humanos, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Correspondencia: kismodie@who.int
- b. Catedrática, Facultad de Derecho y Centro de Derechos Humanos, Universidad de Essex, Colchester, Reino Unido
- c. Subdirectora, Grupo de Información en Reproducción Elegida, y Presidenta de EQUIS: Justicia Para las Mujeres, Ciudad de México, México.
- d. Coordinadora de Políticas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Salud), Amnesty International, Londres, Reino Unido.
- e. Directora, Programa Legal Global, Centro de Derechos Reproductivos, Nueva York, NY, EEUU

Resumen: *En el año 2011, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) emitió dos decisiones históricas. En el caso de Alyne da Silva Pimentel contra Brasil, el primero de muerte materna decidido por un organismo internacional de derechos humanos, se confirma que los Estados tienen la obligación de garantizar que todas las mujeres, sin distinción de sus ingresos u origen racial, tengan acceso a servicios oportunos, no discriminatorios y adecuados de salud materna. En el caso de L.C. contra Perú, concerniente a una niña de 13 años víctima de violación, a quien se le negó un aborto terapéutico y quien sufrió grave discapacidad a consecuencia de una demorada operación en la médula espinal, se estableció que el Estado debe garantizar acceso a los servicios de aborto cuando peligre la salud física o mental de la mujer, despenalizar el aborto cuando el embarazo sea producto de violación o abuso sexual, revisar su interpretación restrictiva del aborto terapéutico y establecer un mecanismo para asegurar que los derechos reproductivos sean entendidos y respetados en todas las unidades de salud. Ambos casos demuestran que los servicios de salud accesibles y de buena calidad son vitales para los derechos humanos de las mujeres y amplían las obligaciones de los Estados al respecto. Asimismo, afirman que los Estados deben garantizar la rendición de cuentas en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y ofrecer recursos y reparación en caso de violaciones. Además, reafirman la importancia de los organismos internacionales de derechos humanos en la rendición de cuentas en el caso de las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente ante la ausencia o ineficacia de la rendición de cuentas nacional.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras Clave: derechos humanos, mortalidad materna, aborto seguro, rendición de cuentas, nacional, recursos y reparación legal, acceso a la justicia, órganos que supervisan la aplicación de tratados de la ONU, Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Perú, Brasil.

En 2011, el Comité Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, (Comité CEDAW), pronunció dos resoluciones sin precedentes: *Alyne da Silva Pimentel contra Brasil y L.C. contra Perú*.^{1,2} Ambos casos están relacionados con dos temas decisivos para los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres: el acceso a servicios de maternidad apropiados y de calidad, y el acceso a un aborto legal y seguro. Los casos se asientan en acontecimientos recientes que tienen que ver con la interpretación de las normas internacionales sobre derechos sexuales y de salud reproductiva.

Este artículo se concentra en estas dos importantes resoluciones. En primer lugar brinda un resumen de los hechos y de la relevancia de los casos. Luego procede a analizar las decisiones, incluyendo las recomendaciones efectuadas por el comité CEDAW al Perú y a Brasil. Estas recomendaciones se basan en el análisis del comité sobre las obligaciones internacionales que tienen los Estados en materia de derechos humanos en el marco de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW).³ Al cierre de este artículo (junio 2012) aún no se sabía si Perú y Brasil implementarán estas recomendaciones. Estos casos son de importancia mundial, porque brindan interpretaciones autorizadas de la CEDAW, la cual es judicialmente vinculante en sus 187 Estados Partes. Este artículo explora las implicancias de estas decisiones a nivel mundial, poniendo de relieve algunos de los procedimientos internacionales en materia de derechos humanos que se pueden emplear para hacer que los Estados respondan por sus obligaciones si la rendición de cuentas nacional fuera inexistente o ineficaz.

Los hechos de los dos casos

El caso de *Alyne da Silva Pimentel contra Brasil* corresponde a una mujer afrobrasileña de 28 años. Alyne con una hija de cinco años tenía seis meses de embarazo de su segundo hijo cuando falleció a fines de 2002, luego de un tratamiento inadecuado en un establecimiento de salud local que, además, no la derivó oportunamente a cuidados obstétricos de emergencia. El establecimiento de salud era privado,

pero contaba con financiamiento público parcial, y estaba situado en uno de los distritos más pobres de Rio de Janeiro. Alyne estaba casi al final de su segundo trimestre de embarazo cuando acudió al establecimiento pues padecía síntomas de embarazo de alto riesgo tales como: fuertes dolores abdominales, náuseas y vómitos. El personal del establecimiento de salud se equivocó en el diagnóstico y la envió a casa, retrasando así los cuidados médicos de emergencia. Volvió al establecimiento médico dos días después y finalmente fue internada. Los médicos ya no pudieron detectar latidos cardíacos del feto y por lo tanto indujeron el parto. Luego del parto del mortinato las náuseas, vómitos y dolores abdominales de Alyne persistieron y empeoraron dejándola desorientada. Catorce horas después la operaron para retirar partes de la placenta. Luego de la operación su estado continuó empeorando; tuvo hemorragias severas y vomitó sangre. Su tensión arterial también era baja y rechazaba los alimentos. Sin embargo, el personal del establecimiento le aseguró a su familia que Alyne se encontraba bien. Al día siguiente, su condición empeoró aún más, pero el establecimiento de salud no le hizo ningún examen adicional para establecer cuál era el problema. Aunque necesitaba que la derivaran a un hospital, tuvo que esperar durante horas antes de ser transferida pues solo había una cama libre en un hospital municipal público y éste se negó a mandar su única ambulancia para recogerla. Luego de haberla hecho esperar ocho horas en estado de gravedad, el hospital municipal finalmente aceptó autorizar que se usara su ambulancia para transportarla. Al llegar al hospital la pusieron en un corredor, porque la cama disponible ya estaba ocupada. No recibió atención médica inmediata. El personal del hospital no sabía que acababa de dar a luz, porque su historia clínica no fue enviada con ella; en vez de ello, al médico le dieron un breve informe oral de sus síntomas. Alyne murió en el hospital la noche siguiente. Su muerte pudo haberse evitado.¹

El caso de *L.C. contra el Perú* se trató de una niña de una zona muy pobre del país. Durante cuatro años, L.C. había sido violada repetidamente por distintos hombres de su barrio. Cuando en 2006, a la edad de 13 años se dio cuenta de que estaba embarazada, se

sintió profundamente angustiada y se lanzó del techo de un edificio, pero su intento de suicidio fracasó y fue llevada a un hospital. Al día siguiente la evaluación que le hicieron estableció que L.C. estaba en peligro de quedar permanentemente paralizada. El jefe del departamento de neurocirugía recomendó la inmediata realineación de su columna, pero el cirujano de turno se negó a operarla por causa de su embarazo. La junta de médicos del hospital se negó a llevar a cabo un aborto, a pesar de que la ley peruana permite los abortos en caso que la salud o la vida de la mujer se encuentre en riesgo. Recién cuando sufrió un aborto espontáneo, tres meses después de haber sido internada en el hospital, los doctores aceptaron efectuar la operación quirúrgica necesaria. La enorme demora disminuyó dramáticamente el éxito de la intervención, y, como el resultado es que ahora L.C. es tetrapléjica.²

La muerte de Alyne y la tragedia de L.C. se dieron en circunstancias que son demasiado comunes para las mujeres embarazadas en muchos países: falta de acceso a adecuados servicios obstétricos de emergencia; demoras injustificables en el tratamiento y la derivación, negación de acceso seguro y legal al aborto; discriminación y diferenciaciones en detrimento de mujeres marginadas, que abarcan a las mujeres que viven en pobreza, mujeres de minorías étnicas y raciales, indígenas o afrodescendientes y adolescentes, y una falta de recursos y reparación legal a nivel nacional. Estos problemas desencadenan deficiente atención de la salud y causan muertes.

Las familias de Alyne y de L.C. lucharon por apelar a los recursos legales y obtener la debida reparación pero no lograron nada en sus respectivos países. Luego de la muerte de Alyne, su familia procuró obtener reparación civil, pero su caso languideció en la corte durante cuatro años y medio. Nunca se realizó una audiencia preliminar, y el tribunal tardó tres años y diez meses para nombrar un perito médico, aunque las reglas del tribunal establecen que el nombramiento no debe tardar más de diez días. En el caso de L.C. no hubo ningún protocolo que le hubiera permitido exigir que tanto el personal médico como las autoridades garanticen su acceso a un aborto legal dentro del limitado periodo de tiempo que hay en estas circunstancias. Por estos mo-

tivos, dos organizaciones que promueven y defienden los derechos de la mujer, Advocaci (en Brasil) y Promsex (en Perú) con las familias de Alyne y L.C., respectivamente y con el apoyo del Centro de Derechos Reproductivos, llevaron sus casos al Comité CEDAW, usando lo que se conoce como procedimiento de comunicaciones opcionales. Este procedimiento, permite que las personas y los grupos de mujeres y niñas, que consideran que sus derechos protegidos por la Convención han sido violados, pueden iniciar una demanda contra los Estados que han ratificado el protocolo facultativo.⁴

Resoluciones y recomendaciones del Comité CEDAW

En sus resoluciones el Comité de la CEDAW efectuó recomendaciones concretas a Brasil y Perú que hacen hincapié en algunas de las acciones importantes que deben efectuar los Estados para lograr los más altos estándares en salud y derechos sexuales y reproductivos para mujeres y niñas.

En total hay nueve tratados fundamentales de la Naciones Unidas sobre derechos humanos, además de una variedad de otros tratados regionales de derechos humanos en África, las Américas y Europa. Algunos de estos tratados incluyen protecciones explícitas para los derechos de salud sexual y reproductiva, en tanto que otros tratados incluyen disposiciones más generales que han sido aplicadas en el contexto de estos derechos. Diversos organismos internacionales de supervisión y mecanismos regionales de derechos humanos han desarrollado una jurisprudencia cada vez más rica sobre los derechos de salud sexual y reproductiva. Los elementos claves de estas decisiones se sustentan en la jurisprudencia regida por la CEDAW y otros tratados internacionales de derechos humanos. Sin embargo, ambas resoluciones sientan el precedente de que un organismo de supervisión de tratados de la ONU ha establecido que los Estados que violaron el derecho al acceso a servicios de salud incurrieron en discriminación basada en género pues no han cumplido con brindar servicios de salud reproductiva adecuados y de calidad, en condiciones de igualdad.

Asegurar los derechos de la mujer a un embarazo y parto seguros

En la resolución sobre Alyne, el comité examinó si el gobierno había implementado medidas adecuadas para asegurar el acceso equitativo a servicios obstétricos de buena calidad y concluyó que Brasil no lo había hecho ya que no aseguró la atención obstétrica de emergencia ni la derivación a tiempo para Alyne. El comité también estableció que Alyne no solo había sido discriminada por ser mujer sino también por ser pobre y afrodescendiente lo cual expone las múltiples formas de discriminación de la que pueden ser objeto las mujeres al acceder a servicios de maternidad. En esta resolución el Comité de la CEDAW dictaminó que:

“La falta de servicios de salud materna apropiados del Estado Parte claramente no satisface ni las necesidades específicas y distintivas de salud ni los intereses de las mujeres... [y] tienen un efecto diferenciador en el derecho de las mujeres a la vida” (Párrafo 7.7)

El comité había establecido anteriormente que negar a las mujeres los servicios de salud que solo ellas necesitan constituye una discriminación basada en el género.⁵ El caso de Alyne es la primera resolución en la que este ha exigido específicamente que un Estado brinde servicios de salud materna adecuados y de calidad como parte de sus obligaciones contra la discriminación. El comité recomendó que Brasil asegure los derechos a una maternidad segura y a una atención obstétrica de emergencia asequible para todas las mujeres y reafirmó que las políticas del Estado deben estar orientadas a la acción y ser adecuadamente financiadas.

Esta resolución debe analizarse en un contexto donde es cada vez mayor el reconocimiento por parte de los organismos internacionales y regionales de derechos humanos de que la mortalidad materna es un problema de derechos humanos y es también una problemática que ocupa un lugar cada vez más prominente en las agendas de salud pública y desarrollo.⁶ La CEDAW y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷ contienen referencias explícitas sobre la obligación de proteger los derechos de la mujer durante el embarazo y el parto. El contenido de estas obligaciones ha sido especificado

por los organismos de supervisión de tratados de la ONU^{5,8,9} así como por el Consejo de Derechos Humanos¹⁰⁻¹², el Relator Especial sobre el Derecho [al más alto estándar que se pueda lograr]^{13,14} de Salud, y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.¹⁵ Todos ellos han recalcado que la obligación que tienen los Estados de asegurar un embarazo y parto seguros incluye garantizar servicios de salud materna adecuados y de calidad; eliminar todas las barreras en las leyes, políticas y prácticas que vayan contra la salud de las mujeres; garantizar el acceso a los factores subyacentes que determinan la salud; y permitir que las mujeres tomen decisiones autónomas sobre los temas que afecten su sexualidad y reproducción.

La mortalidad materna también ha sido un punto de concentración en las decisiones tomadas por algunos tribunales nacionales. Recientemente, la Corte Suprema de Madhya Pradesh sostuvo que “la incapacidad de una mujer a sobrevivir a un embarazo o parto, viola sus derechos fundamentales tal como los garantiza el artículo 21 de la Constitución de la India”. Enfatizaba que “es deber principal del gobierno el asegurar que toda mujer sobreviva al embarazo y parto, por lo que el Estado de Madhya Pradesh tiene la obligación de cuidar su vida”.^{16,17}

El acceso a un aborto legal y seguro por razones de violación y salud

Los tratados sobre derechos humanos, los organismos de supervisión de tratados de la ONU y los tribunales regionales y nacionales han reconocido, cada vez más frecuentemente -y han estado produciendo un cuerpo de jurisprudencia cada vez mayor- para asegurar el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos es preciso que los Estados:

- Garanticen que el aborto sea legal en los casos en que la salud o la vida de una mujer se encuentren en riesgo y/o en los casos en que el embarazo sea resultado de una violación o incesto, y que en estos casos el Estado asegure que la mujer pueda acceder a servicios seguros de aborto.
- Enmienden las leyes que criminalicen los procedimientos médicos que solo sean necesarios

para mujeres y/o que castiguen a las mujeres que se sometan a dichos procedimientos.

- Brinden rápido acceso a cuidados postaborto independientemente de si esté o no permitido legalmente.⁹

En el caso de L.C., el Comité CEDAW reforzó los estándares mencionados anteriormente, invocando que el Perú:

“Revise sus leyes, con el objeto de establecer un mecanismo que permita un acceso efectivo al aborto terapéutico en condiciones que protejan la salud física y mental de la mujer, y evite que vuelvan a suceder hechos como los que se discuten en este caso; y que revise su legislación con el fin de despenalizar el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación o un abuso sexual.” (Párrafos 9 (b) (i))

Tal como en el caso de Alyne, el comité dictaminó que los derechos de L.C habían sido violados ya que el Estado no había tomado las medidas necesarias para eliminar la discriminación y asegurar que hombres y mujeres tengan acceso a los servicios médicos en forma equitativa. L.C. no tuvo acceso a ningún procedimiento efectivo y accesible que le hubiera permitido establecer su derecho a los servicios médicos (una cirugía de columna y un aborto terapéutico) que sus condiciones físicas y mentales de salud requerían. El comité estableció que esto es aún más grave dado que se trata de una menor, víctima de abuso sexual y en mal estado de salud mental, como lo demuestra su intento de suicidio.

L.C es la segunda resolución tomada por un organismo de supervisión de tratados de la ONU en los últimos años que se concentra en la denegación del acceso a un aborto terapéutico legal. El caso de K.L. contra Perú (2005) resuelto por el Comité de Derechos Humanos que supervisa el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos se trataba de una joven de 17 años a la cual se le diagnosticó un feto anencefálico a las 14 semanas de embarazo. A pesar de que su embarazo ponía en peligro su salud física y mental, y de que la ley peruana permite el aborto terapéutico, se le negó la posibilidad de tener un aborto legal y se le obligó a continuar con el embarazo hasta el final y a amamantar al bebé hasta su muerte cuatro días después del parto. El Comité por los Derechos

Humanos determinó que en este caso Perú es culpable de violar el derecho a no ser objeto de tratos crueles, inhumanos y degradantes y el derecho a la privacidad y cuidados especiales a menores contemplados por el Pacto Internacional. Sin embargo, Perú aún no implementa las recomendaciones efectuadas por el Comité de Derechos Humanos en su resolución.¹⁹

La resolución sobre L.C. refuerza lo señalado en el caso de K.L. al enfatizar que si el aborto es legal, los Estados tienen el deber de asegurar acceso al mismo. El caso de L.C. establece adicionalmente que el acceso a un aborto permitido legalmente es parte de la no discriminación contra las mujeres. También brinda un análisis refinado de algunos requisitos para garantizar el acceso a un aborto terapéutico legal. El comité estimo que:

“...como el Estado Parte ha legalizado el aborto terapéutico, debe establecer un marco legal apropiado que permita que las mujeres ejerzan su derecho al aborto terapéutico en condiciones que garanticen la seguridad legal necesaria, tanto para quienes hayan recurrido al aborto como para el profesional de la salud que deba realizarlo... Es esencial que este marco legal incluya un mecanismo que permita una rápida toma de decisiones, con miras a reducir al mínimo posible el riesgo que corre la salud de la mujer embarazada, a que su opinión sea tomada en cuenta, y a que exista el derecho a apelar”. (Párrafo 8.17)

En muchos países existen restricciones legales respecto al aborto. Estas son justificadas a menudo sobre la base de que darán como resultado menos abortos. Sin embargo, la evidencia muestra que las restricciones legales al aborto no hacen que haya menos abortos, y que hacer que el aborto sea ilegal no disminuye su necesidad ni evita que se recurra a él. Más aún, las restricciones legales tienen como principal consecuencia que las mujeres se vean obligadas a pagar grandes cantidades de dinero por un aborto seguro o, en caso de no tener ese dinero, a buscar abortos inseguros lo cual contribuye a la mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo^{20,21} o a viajar para abortar en otros países, lo cual es costoso y hace que los abortos se efectúen más tarde de lo recomendable. Esta gama de opciones, ninguna de las cuales es aceptable,

son síntomas, antes que nada, de desigualdad social.²²

Rendición de cuentas del Estado respecto al sector privado

Según los estándares internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de proteger los derechos humanos no solo contra las violaciones por parte de sus representantes, sino también contra actos perjudiciales perpetrados por personas o entidades privadas.²³ La debida diligencia brinda un punto de acceso que permitirá asegurar la prevención, investigación y castigo a personas privadas responsables de causar algún daño así como también brindar recursos legales efectivos. Los Estados deben garantizar también que la privatización de los servicios de salud no disminuya la disponibilidad, accesibilidad, aceptación y calidad del servicio, asegurando la igualdad y la no discriminación.²⁴

Experiencias anteriores sugieren que la privatización y tercerización de los servicios de salud sexual y reproductiva a menudo generan un vacío de autoridad, sin que ningún organismo del Estado esté suficientemente a cargo de asegurar que se brinde a todos el estándar de salud más alto alcanzable.²⁵ En el caso de Alyne, el Comité de CEDAW sostuvo que Brasil deberá ejercer la debida diligencia para asegurar que los establecimientos privados de salud cumplan con los estándares nacionales e internacionales pertinentes para la atención de la salud reproductiva y deberá también asegurar un acceso asequible a cuidados obstétricos de emergencia adecuados para todas las mujeres. El Comité confirmó que el Estado es responsable de las acciones perpetradas por instituciones privadas cuando terceriza sus servicios médicos, y tiene siempre el deber de regular y supervisar a los establecimientos privados de salud. Las conclusiones del Comité se basan en las obligaciones contraídas por los Estados Partes en el marco de la CEDAW para tomar todas las medidas necesarias a fin de eliminar la discriminación contra las mujeres por cualquier persona, organización o empresa. (CEDAW, Artículo 2.e)

La rendición de cuentas de los proveedores de servicios de salud

El Comité de la CEDAW observó que en ambos casos hubo negligencia por parte de los proveedores de servicios de salud y en el caso de L.C., también se basaron en estereotipos. En el caso de Alyne, el Comité señaló que hubo negligencia profesional y que Alyne no recibió los cuidados médicos que necesitaba. En el caso de L.C., los doctores no reconocieron el riesgo que corría de quedar discapacitada permanentemente y no le brindaron los servicios apropiados que hubieran protegido su salud. El derecho a la salud está consagrado por la Constitución Peruana. Según el comité, el hecho de posponer el aborto y la cirugía fue “influenciado por el estereotipo de que la protección del feto debería prevalecer por encima de la salud de la madre”. El comité explicó que el Estado no cumplió con su obligación de eliminar todas las prácticas que se basan en roles estereotipados de la mujer, ya que el acceso oportuno al tratamiento médico necesario quedó sujeto a continuar hasta el final con el embarazo no deseado. Se explicó que el “estereotipo” señalado fue el de poner las funciones reproductivas de L.C. por encima de sus derechos humanos fundamentales (Párrafos 8.15 y 9)

Las recomendaciones del Comité de la CEDAW en ambas resoluciones subrayaron las obligaciones que tienen los Estados Partes de brindar capacitación profesional adecuada a los trabajadores de la salud, incluyendo los cuidados relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esto ayuda a garantizar que se brinde un tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto, y también que se brinde atención obstétrica de emergencia a tiempo. En el caso de L.C., el comité le pidió al Perú que tomara medidas para asegurar que los derechos reproductivos sean comprendidos y observados en todos los establecimientos de salud:

“Tales medidas deben incluir programas de educación y capacitación para incentivar a los proveedores de servicios de salud a que cambien sus actitudes y comportamientos con relación a las adolescentes que buscan servicios de salud reproductiva en respuesta a necesidades médicas específicas, relacionadas con la violencia

sexual. También deben incluir guías o protocolos para asegurar que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles en los establecimientos públicos.” (Párrafos 9(b) (2))

Monitoreo e Informes

En el caso de Alyne el Comité de la CEDAW recomendó que Brasil implemente su Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, y que incluya el establecimiento de más comités para monitorear la cantidad y las causas de mortalidad materna.

Las auditorías y estudios sobre mortalidad materna se llevan a cabo en muchos países del mundo.²⁶ La data resultante ofrece una base importante para determinar las políticas y prioridades de financiamiento necesarias para encarar estas causas y reducir la mortalidad materna. Se usa cada vez más información de este tipo en el campo de los derechos humanos. Los enfoques de políticas y programas en los derechos humanos enfatizan la importancia que tienen los indicadores, que incluyen data cualitativa y cuantitativa fiable, para aumentar su efectividad y sustentabilidad. La información fiable es también usada con mayor frecuencia para evaluar progresos o para procesos de rendición de cuentas en derechos humanos.

Es esencial que los países cuenten con una fuerte capacidad para recopilar esta información, incluyendo la relacionada con la salud de las mujeres, para determinar donde deberían efectuarse las inversiones, y evaluar si se está avanzando en este terreno.²⁷

Acceso a la justicia, recursos y reparaciones

La falta de acceso a la justicia y a reparaciones efectivas impide que se ejerzan los derechos sexuales y reproductivos. A menudo, cuando a una mujer embarazada se le niega el acceso a servicios médicos urgentes para salvar su vida y preservar su salud, también encuentra múltiples obstáculos para acceder a instancias de justicia y reparación. La familia de Alyne primero tropezó con el obstáculo de que las autoridades médicas no establecían que hubo responsabilidad profesional y después con graves demoras en el proceso judicial. L.C. enfrentó la ausencia de un mecanismo administrativo adecuado que le hubiera permitido terminar con su embarazo por motivos terapéuticos y

someterse a la cirugía, así como la falta de acceso a un mecanismo judicial efectivo que le brindara una reparación por la violación a sus derechos.

Las víctimas de violaciones a los derechos humanos tienen el derecho a obtener recursos y reparaciones efectivas. Los recursos toman una variedad de formas, incluyendo la restitución (el restablecimiento a la situación previa a la violación); rehabilitación (ej. atención médica o psicológica o servicios sociales o legales); compensación (pago por daños económicamente evaluables); satisfacción (ej. reconocimiento del error o un pedido formal de disculpas); y garantías de que no volverá a ocurrir (ej. legislación, mejoras organizativas).²⁸ Algunas de estas medidas están dirigidas primordialmente a las víctimas individuales de las violaciones, otras se dirigen a la población en general para que defiendan proactivamente sus derechos. Dependiendo de la situación, la reparación completa por una violación podría requerir una combinación de estas medidas.

En ambas decisiones, el Comité de CEDAW no solo recomendó recursos que encararan las violaciones sufridas por Alyne y L.C. en sus derechos, sino que además recomendó cambios sistemáticos en los sectores de salud y justicia, y en las propias leyes para evitar que se cometieran abusos similares en el futuro. En el caso de Alyne, el comité recomendó que Brasil brindara una reparación apropiada -que incluyera una compensación económica a la hija de Alyne-, acorde a la gravedad de las violaciones cometidas contra ella. El comité también recomendó que Brasil asegurara el acceso a recursos apropiados en casos en los que los derechos de salud reproductiva de las mujeres fueran violados y brinde también una capacitación adecuada al personal judicial y de las fuerzas del orden.¹ En el caso de L.C., el comité recomendó que el Perú:

“Otorgue una reparación que incluya una compensación adecuada por los daños materiales y morales, así como medidas de rehabilitación acordes a la gravedad de la violación a sus derechos y su condición de salud, para asegurar que cuente con la mejor calidad de vida posible... [y] que revise sus leyes con el fin de establecer un mecanismo para el acceso efectivo a un aborto terapéutico en condiciones que

protejan la salud física y mental de la mujer y eviten que se repitan violaciones similares a las mencionadas en el presente caso” (Párrafos 12.a,b)

Asimismo, el comité recomendó que el Perú además “revisara su legislación con miras a despenalizar el aborto cuando el embarazo fuera resultado de una violación o abuso sexual”. El comité también hizo recomendaciones para que el Perú tome medidas para generar conciencia sobre los derechos reproductivos en todos los establecimientos de salud, y que esto incluya la capacitación a los proveedores de servicios de salud, y la implementación de guías y protocolos para asegurar que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles en los establecimientos públicos.² Estas recomendaciones requieren que el Perú tome medidas proactivas para asegurar que violaciones similares no vuelvan a ocurrir y que mujeres y niñas en situaciones similares a las de L.C. tengan un mejor acceso a los servicios.

La relevancia mundial de estos casos

La CEDAW pidió que los Estados de Brasil y Perú enviaran dentro de los seis meses siguientes, una respuesta por escrito detallando todas las medidas tomadas a la luz de las decisiones y recomendaciones. Estas respuestas debían ser enviadas durante el primer cuatrimestre de 2012. La CEDAW establece que los Estados deben mandar informes sobre la implementación del tratado cada cuatro años. El proceso de informe del Estado Parte, de acuerdo con la CEDAW deberá brindar oportunidades formales que le permitan hacer un seguimiento.

Si bien las recomendaciones legales y de política formuladas por el Comité Legal de la CEDAW fueron efectuadas para Brasil y Perú, pueden también influenciar en las leyes y elaboración de políticas en otros Estados, ya que las circunstancias de estos casos ejemplifican algunos de los principales obstáculos que encara la atención de salud sexual y reproductiva a nivel mundial. Aunque las resoluciones no son por sí solas jurídicamente vinculantes a todos los Estados Partes de la CEDAW, son interpretaciones autorizadas de este tratado, lo que sí le impone obligaciones jurídicamente vinculantes a sus 187 Estados Partes.

Las resoluciones pueden también brindar orientación a otros organismos de supervisión de tratados y a tribunales regionales en la aplicación de los derechos humanos con relación a la salud materna y el aborto. Es más, los estándares establecidos en las decisiones serán tomados en cuenta por las políticas y programas de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales que trabajen en salud sexual y reproductiva.

Estos casos ponen de manifiesto que los mecanismos internacionales de derechos humanos pueden ser utilizados para responsabilizar a los Estados de los derechos en salud sexual y reproductiva, incluyendo los casos en que la rendición de cuentas local está ausente, es inaccesible o es ineficaz, como lo fue para L.C. y la familia de Alyne. Así como la CEDAW, otros órganos de tratados de derechos humanos, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU y los mecanismos regionales de derechos humanos son algunos de los organismos claves que pueden desempeñar en esto un papel importante. La mayoría de estos organismos llevan a cabo procedimientos periódicos de presentación de informes que implican el escrutinio del desempeño de los Estados en materia de derechos humanos. Algunos de estos, como CEDAW, tienen también procedimientos para presentar reclamos, los mismos que pueden ser empleados por individuos y/o grupos.

En septiembre de 2011, se estableció el Grupo Consultivo de Expertos, nuevo e independiente, responsable de informar al Secretario General de la ONU sobre los avances en la implementación de una Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. También se le ha encargado que efectúe el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de cuentas, que identificó que la rendición de cuentas es un elemento faltante si se quiere mejorar la salud de mujeres y niños a nivel mundial.³⁰ El Grupo de Examen Consultivo está en el ámbito de los derechos humanos y brinda una oportunidad novedosa y potencialmente importante para mejorar la salud materna y ampliar los derechos de la mujer en el marco de la salud sexual y reproductiva.

Conclusión

El derecho de la mujer a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios obstétricos de calidad y servicios de aborto legal y seguro, se encuentra protegido en la legislación internacional sobre derechos humanos. Además, los organismos de supervisión de tratados de la ONU y los organismos legislativos y de derechos humanos a nivel regional y nacional reconocen, cada vez con mayor frecuencia, que los servicios de aborto seguro deben ser legales y accesibles, como mínimo cuando sea necesario para proteger la vida y salud de la mujer o en casos de violación y abuso sexual.

La Estrategia Mundial del Secretario General para la Salud de la Mujer y el Niño y la Comisión de Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, establecida en sus inicios, han enfatizado que la redición de cuentas es una estrategia esencial, pero a menudo desatendida, para mejorar la salud de

mujeres y niños, incluyendo la disminución de la mortalidad y morbilidad materna.³⁰

Las resoluciones ponen en relieve el importante papel que pueden cumplir los derechos humanos para conseguir que los Estados rindan cuentas sobre la situación de la salud sexual y reproductiva con el fin de proteger la vida y salud de mujeres como Alyne o adolescentes como L.C. Brasil y Perú necesitan tomar medidas urgentes para implementar las recomendaciones del comité. La implementación de estas resoluciones no solo tendrá relevancia desde una perspectiva nacional y para las familias afectadas, sino que también tendrá un impacto mundial en el desarrollo de las normativas relacionadas con estos derechos.

Nota

Los puntos de vista expresados en este artículo pertenecen exclusivamente a las autoras y no representan necesariamente la posición de sus respectivas organizaciones.

Referencias

1. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Alyne da Silva Pimentel v. Brazil*, decision CEDAW/C/49/D/17/2008. 10 August 2010. At: <http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAWC-49-D-17-2008.pdf>.
2. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *L.C. v. Peru*, decision CEDAW/C/50/D/22/2009. 4 November 2011. At: http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009_en.pdf.
3. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women, adopted Dec. 18, 1979, G.a. res. 34/180, U.N. Gaor, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, art. 17, U.N. Doc. a/34/46, (1979) (entered into force Sept. 3, 1981) Art. 12.
4. Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Adopted, New York, 6 October 1999. Entry into force 22 December 2000. Resolution A/RES/54/4.
5. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General Recommendation 24: Women and Health, U.N. Doc. Hri/GEN/1/rev.5 (1999).
6. United Nations Millennium Declaration, adopted Sept. 8, 2000, G.A. Res. 55/2, U.N. GAOR, 55th Sess., U.N. Doc. A/55/2 (2000). At: <http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>.
7. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights adopted Dec. 16, 1966, G.a. res. 2200a (XXI), U.N. Gaor, 21st Sess., Supp. No. 16, at 49, U.N. Doc. a/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3 (entered into force Jan. 3, 1976) Art. 12.
8. Committee on Economic, Social and Cultural rights, General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (22nd Sess., 2000).
9. See also: Center for Reproductive Rights, *Bringing Rights to Bear: Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy*, October 2008. At: http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB_Maternal%20Mortality_10.08.pdf.
10. Resolution 11/8. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. In: United Nations Human Rights Council, eleventh session, New York, 17 June 2009. New York: UNHRC, 2000.
11. Resolution 15/17. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights: follow-up to Council resolution 11/8. In: United Nations Human Rights Council, fifteenth session, New York, 7 October 2010. New York: UNHRC, 2009.
12. Resolution A/HRC/18/L.8. Preventable maternal mortality and mor-

- bidity and human rights. In: United Nations Human Rights Council, eighteenth session, New York, 23 September 2011. New York: UN-HRC, 2011.
13. UN Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. New York, UN General Assembly, A/61/338, 13 September 2006.
 14. UN Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Paul Hunt: mission to India. Geneva: Human Rights Council, A/HRC/14/20/Add.2. 15 April 2010.
 15. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights. United Nations Human Rights Council, fourteenth session, 2010. At: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39.pdf>.
 16. Sandesh Bansal v. Union of India, (PIL) W.P.9061/2008, order dates 6-2-2012.
 17. Kaur J. The role of litigation in ensuring women's reproductive rights: an analysis of the Shanti Devi judgement in India. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):21-30.
 18. Human Rights Committee. *K.L. v. Peru*. Decision CPR/C/85/D/1153/2003 22 November 2005.
 19. Center for Reproductive Rights. UN Human Rights Committee petitioned with reproductive right case (Peru). Press release, 26 November 2002. Reported in: *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):196.
 20. Grimes D, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368:1908-19.
 21. Sedgh G, et al. Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2007;39:216-25.
 22. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal* 1999;318(7176):77.
 23. Human Rights Committee, General Comment 31 (The Nature of the General Legal Obligation Imposed on States Parties to the Covenant), CCPR/C/21/Rev.1/Add.13,26 May 2004.
 24. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14 (The Right to the Highest Attainable Standard of Health), E/C.12/2000/4, 11 August 2000.
 25. Berer M. Privatisation in health systems in developing countries: what's in a name? [Editorial]. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):4-9.
 26. World Health Organization. Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO Department of Reproductive Health and Research, 2004.
 27. World Health Organization. Keeping Promises, Measuring Results. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: WHO, 2011.
 28. Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law. General Assembly resolution 60/147 of 16 December 2005.
 29. Commentary of the International Law Commission to Article 34 of the Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts. Official Records of the General Assembly, Fifty-sixth Session, Supplement No. 10. A/56/10.2001.
 30. United Nations Secretary-General Ban Ki-moon. Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: UN, 2010. At: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html.