

Audiencia Pública: 149 Periodo de Sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos- octubre 29 de 2013

INFORME SOBRE EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA REGIÓN. ANÁLISIS DE UNA TENDENCIA JURISPRUDENCIAL RESTRICTIVA EN CHILE, ECUADOR, PERÚ, HONDURAS Y COSTA RICA



ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA REGIÓN. ANÁLISIS DE UNA TENDENCIA JURISPRUDENCIAL RESTRICTIVA EN CHILE, ECUADOR, PERÚ, HONDURAS Y COSTA RICA

Este documento se divide en cuatro partes. La primera describe el mecanismo de acción de las píldoras de anticoncepción de emergencia. La segunda se refiere a las tendencias generales adoptadas por las Cortes Supremas o los Tribunales Constitucionales respecto de la anticoncepción de emergencia en cuatro países de la región: Ecuador, Perú, Chile y Honduras. El caso de Costa Rica, en el cual no hay un pronunciamiento explícito de su Corte Suprema frente a la anticoncepción de emergencia, pero donde no existe acceso a la misma, también será tratado, pues otro antecedente jurisprudencial hace temer que legalmente, la anticoncepción de emergencia correría la misma suerte que en los otros cuatro países. Los tribunales máximos de los cuatro Estados mencionados han adoptado decisiones que bajo la interpretación de que el derecho a la vida debe ser otorgado en forma absoluta a los óvulos fertilizados, y estableciendo que las píldoras anticonceptivas de emergencia (en adelante también referida como “PAE”) producen la pérdida de óvulos fertilizados, decidieron prohibir o restringir el acceso a éste método de anticoncepción. La tercera parte trata sobre el impacto que tiene la negación de la anticoncepción de emergencia sobre las mujeres de los cinco países indicados. La cuarta sección se refiere a buenas prácticas en dos de los cinco países estudiados: Ecuador y Chile, los cuales han venido cambiando su aproximación legal sobre la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, pese a que éstos son ejemplos de buenas prácticas que revirtieron una tendencia negativa y pueden servir como modelo para el resto de la región por su avance en materia legal, aun presentan retos de implementación relevantes.

1. Consideraciones preliminares sobre las píldoras orales de anticoncepción de emergencia

La anticoncepción oral de emergencia, es un método anticonceptivo hormonal. Sin embargo, este método anticonceptivo tiene una importancia fundamental en los servicios de salud reproductiva, pues es el **único método que puede prevenir un embarazo después de una relación sexual desprotegida, cuando ha ocurrido una falla o un uso incorrecto del método anticonceptivo regular, o cuando una mujer ha sido violada**. En esta medida, la PAE es especialmente necesaria en situaciones y lugares donde existe violencia sexual contra la mujer, ya que puede evitar un embarazo fruto de violación, lo que muchas veces conlleva a la realización de abortos inseguros y clandestinos, especialmente en estos países donde se criminaliza la interrupción de un embarazo producto de una violación sexual. Sin duda, la PAE hace parte del progreso científico hecho por la humanidad, en beneficio de la salud. Hoy en día la mayoría de productos de anticoncepción oral de emergencia son a base de Levonorgestrel (un componente hormonal sintético) y a éste tipo de PAE nos referiremos en este informe.

La PAE actúa principalmente impidiendo y/o retardando la ovulación de forma tal que los espermatozoides no puedan fertilizar el óvulo¹: La PAE podría también actuar dificultando que los espermatozoides avancen hasta las trompas de Falopio, impidiendo así que lleguen al óvulo².

Los mecanismos de acción de la PAE impiden el encuentro entre óvulo y espermatozoide, de igual forma que lo hacen otros métodos anticonceptivos mediante otros mecanismos (el condón, mediante la barrera “física”; la anticoncepción oral regular, inhibiendo regularmente la ovulación, etc.). La PAE interfiere con el proceso de la ovulación. Si se toma antes del inicio del alza pre-ovulatoria de la hormona luteinizante (LH), la PAE puede inhibir dicha alza, impidiendo así el desarrollo folicular y la maduración y/o liberación del óvulo (oocito)³. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la PAE de Levonorgestrel de 1.5 mg. es un anticonceptivo seguro para la salud de las mujeres. No puede interrumpir un embarazo en curso, ni dañar a un embrión en desarrollo. Como también lo establece claramente la OMS, la PAE no tiene la capacidad de impedir que un óvulo ya fertilizado se implante en el endometrio⁴. Es decir, **la PAE no tiene efecto anti-implantatorio** para los óvulos ya fertilizados, **ni mucho menos es un mecanismo abortivo**. El aborto es un proceso de interrupción del embarazo, y el embarazo sólo se inicia cuando el proceso de implantación en el útero de un óvulo fertilizado ha culminado⁵, lo que permite establecer la conexión biológica mediante la cual el cuerpo de la mujer sustentará y desarrollará el embrión en un feto, y más adelante, en una persona. Ya que la PAE tampoco tiene un efecto sobre aquellos óvulos fertilizados ya implantados, su efecto no puede ser equiparable a un aborto. Es por ello que la OMS incluye la PAE en la guía *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos*⁶, y aún más importante, la incluye en la *Lista de Medicamentos Esenciales*⁷ que todo sistema público de salud debe ofrecer.

Lamentablemente, los registros sanitarios de la mayoría de PAEs que se venden en Latinoamérica, aún mencionan, apoyados en estudios científicos fechados en su mayoría de décadas atrás, que la PAE podría tener un tercer efecto, que es el de prevenir la implantación de

¹ Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC) y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (Marzo 2012) *Mecanismo de Acción ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (PAE de LNG) previenen el embarazo?* pág. 1 http://www.cecino.org/custom-content/uploads/2012/12/MOA_SP_2012.pdf (última visita: Oct. 18, 2013).

² *Id.*

³ Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) y Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2013) *Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, Guías médicas y de entrega de servicios en América Latina y el Caribe*, <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/08/PAE-Gu%C3%ADas-m%C3%A9dicas-y-de-entrega-de-servicios-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-2013.pdf> (última visita: Oct. 18 de 2013).

⁴ Organización Mundial de la Salud (2010) *Fact sheet on the safety of Levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs)* WHO/RHR/HRP/10.06. Ver también: OMS (2012) *Emergency contraception*, Fact sheet N°244, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html> (última visita: Oct. 18 de 2013).

⁵ The Implications of Defining When a Woman Is Pregnant. The Guttmacher Report on Public Policy May 2005, Volume 8, Number 2. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/08/2/gr080207.html>

⁶ World Health Organization (2009) *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 4th ed. pág.61

⁷ La versión más reciente de la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (marzo de 2011) incluye una forma de PAE que contiene Levonorgestrel (LNG) como principio activo. Pese a que otras drogas pueden usarse como PAE, la OMS solo mencionó el LNG. Ver: International Consortium for Emergency Contraception (2013) *Emergency Contraception in National Essential Medicines Lists* <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/07/EC-in-EMLs-07-16-13.pdf> (última visita: Octubre 10, 2013).

un óvulo ya fecundado. Sin embargo, como puede ser corroborado de la literatura científica reciente en que se apoya la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC), la PAE tiene la capacidad de prevenir embarazos, impidiendo el encuentro del óvulo con los espermatozoides, mas no tiene la capacidad de impedir la implantación de un óvulo ya fertilizado.

El hecho de que los registros sanitarios mencionen que la PAE tiene efectos anti-implantatorios ha generado su prohibición en varios países de América Latina. Eliminar este efecto de los registros sanitarios, de acuerdo con la literatura científica actual, podría abrir paso para su regulación en varios de los países tratados en este informe, lo que generaría un efecto tremendamente positivo sobre la vida de millones de mujeres. Esta actualización de los registros no se ha realizado por ser un proceso económicamente muy costoso para los fabricantes.

2. Tendencias jurisprudenciales que prohíben la píldora anticonceptiva de emergencia en América Latina

a. Ecuador

En mayo del 2006, la Corte Constitucional ecuatoriana declaró inconstitucional la autorización para el uso y la comercialización de Postinor 2 (una de las dos marcas de PAE disponibles en aquel entonces en el país)⁸, al establecer que existía una duda razonable sobre la posibilidad de que la PAE impidiera a un óvulo fertilizado implantarse en el útero, y otorgando una protección absoluta del derecho a la vida de los óvulos fertilizados, que consideró eran personas⁹. Ecuador reformó su Constitución en 1998¹⁰, incluyendo el derecho a la vida dentro de los derechos civiles, y estableciendo que el derecho a la vida (Art. 23.1) es inviolable, sin mencionar el momento exacto en que la vida empieza. Luego, volvió a hacerlo en el 2008¹¹, eliminando el apartado sobre derechos civiles. No obstante, en ambas reformas mantuvo la protección del derecho a la vida desde el momento de la concepción en el apartado sobre la protección de los derechos de los niños¹². Sin embargo, dicha protección no es absoluta, ya que en este país aunque el aborto está tipificado como un delito, dicha prohibición tiene excepciones cuando 1) la vida o la salud de la mujer embarazada estén en peligro, o 2) en casos de violación contra una mujer con discapacidad mental¹³.

b. Perú

⁸ Resolución [S.] No. 0014-2005-RA, 23 de Mayo de 2006. Tribunal Constitucional del Ecuador. [Corte Constitucional].

⁹ María Alejandra Cárdenas. *Banning Emergency Contraception in Latin America: The Granting of an Absolute Right to Life to the Zygote*, AM.COMP.L.REV, pág. 4, http://haclr.org/index_archivos/Page359.htm (última visita: Oct. 18 de 2013).

¹⁰ Constitución Política de la República de Ecuador. [Constitución]. (1998). (Ecuador).

¹¹ Constitución de la República del Ecuador. [Constitución]. (2008). (Ecuador).

¹² Constitución de la República del Ecuador, Artículo 45 [Constitución]. (2008). (Ecuador). “*Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción*”.

¹³ CÓD. PEN. Art. 447. (Ecuador).

La Constitución de Perú consagra en su Artículo 2 el derecho a la vida de acuerdo con el cual “*Toda persona tiene derecho: 1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece*”¹⁴. Dado que en Perú el aborto está permitido para salvar la vida de la mujer y para preservar su salud¹⁵, este artículo en materia del derecho a la vida no implica una protección absoluta de la vida pre-natal¹⁶. No obstante, como en el caso ecuatoriano, el Tribunal Constitucional Peruano decidió prohibir la distribución de cualquier tipo de PAE dentro del sistema público de salud, en el 2009¹⁷. Debe aclararse que la distribución de la PAE no está prohibida en farmacias privadas. Aunque en el mercado privado oficialmente existe una marca que produce PAE por un sol (menos de un dólar americano)¹⁸, la casi totalidad de las farmacias vende POSTINOR entre 7.90 soles (3 dólares) y 26 soles (10 dólares) en promedio, y secundariamente la marca TIBEX entre 2.79 soles (1 dólar) y 16.50 soles (6 dólares). La sentencia del 2009 fue posterior a otra del año 2006, en la que el mismo Tribunal había obligado al Ministerio de Salud a distribuir gratuitamente la PAE, recalcando su efecto anticonceptivo. En la primera sentencia, el Tribunal Constitucional había resuelto la controversia de manera garantista y respetuosa de los derechos fundamentales de las mujeres.¹⁹

c. Chile

De acuerdo con el artículo 19 de la Constitución de Chile de 1980, “*La Constitución asegura a todas las personas: 1°.- El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La ley protege la vida del que está por nacer*”²⁰. El mencionado texto no establece de manera específica la protección del derecho a la vida desde el momento de la concepción²¹. No obstante, el desarrollo legal de este derecho alrededor del aborto se enfocó hacia una protección absoluta del derecho a la vida pre-natal, dado que en Chile no existe ninguna excepción frente al aborto²². En el 2008, el Tribunal Constitucional Chileno decidió prohibir la distribución libre de la PAE a través del sistema de salud pública²³.

d. Honduras

¹⁴ Constitución Política de la República de Perú [Constitución] (1993). (Perú).

¹⁵ CÓD. PEN. Art. 119. (Perú).

¹⁶ Cárdenas, *supra* nota 12, pág. 4.

¹⁷ Sentencia [S.] Exp. 02005-2009-PA/TC, 16 de Octubre de 2009. Tribunal Constitucional del Perú. [Corte Constitucional] [en adelante Sentencia Perú].

¹⁸ Observatorio de Medicamentos. Ministerio de Salud de Perú. Levonorgestrel. Disponible en: http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/Precios/ProcesoL/Consulta/BusquedaGral.aspx?grupo=2402*3&total=1*1&con=0.75mg&ffs=3&ubigeo=15&cad=LEVONORGESTREL*0.75mg*Tableta*-*Capsula (última visita, octubre 24 de 2013).

¹⁹ Sentencia [S.] Exp. 7435-2006-PC/TC, 13 de Noviembre de 2006. Tribunal Constitucional del Perú. [Corte Constitucional]

²⁰ Constitución Política de la República de Chile [Constitución] (1980). (Chile).

²¹ Cárdenas, *supra* nota 12, pág. 4 y 5.

²² *Id.*

²³ Sentencia [S.] Rol. 740-07-CDS, 18 de Abril de 2008. Tribunal Constitucional de Chile. [Corte Constitucional] [en adelante Sentencia Chile].

La Constitución Política de Honduras consagra en el artículo 65 el derecho a la vida y en el artículo 67 establece que “*Al que está por nacer se le considerará nacido para todo lo que le favorezca dentro de los límites establecidos por la Ley*”²⁴. Al igual que en Chile, el aborto está completamente prohibido en Honduras²⁵, lo cual llevaría a pensar que en dicho marco jurídico se otorga el derecho a todas las etapas de la vida a la etapa prenatal de la vida humana, de manera absoluta.

El 2 de abril del 2009, el Congreso de la República, aprobó el Decreto 54-2009, que penalizaba la anticoncepción de emergencia, basado en una interpretación según la cual el embarazo ocurre en el momento de la fecundación y no la implantación, considerando con ello que la píldora anticonceptiva de emergencia es abortiva al entender que sus efectos son anti-implantatorios. En consecuencia, el Decreto penaliza en sus artículos 1 y 2 la comercialización, promoción, uso, venta, política pública e incluso la difusión de fármacos de anticoncepción de emergencia²⁶. En su artículo 3, penalizaba el uso de la PAE con la misma pena que para el aborto. Dicho Decreto fue vetado por inconstitucionalidad por el entonces Presidente de la República de Honduras, siendo enviado automáticamente a la Corte Suprema de Justicia para que ésta dictaminara la constitucionalidad de dicha propuesta legislativa²⁷.

El 28 de junio del 2009 ocurrió un Golpe de Estado en Honduras. El 24 de octubre del 2009, cuatro meses después del Golpe, la Secretaría de Salud expidió el Acuerdo No. 2744, por el cual se estableció que se debía: “*prohibir la promoción, el uso, venta y compra relacionada con la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) así como la distribución pagada o gratuita y comercialización de fármacos de anticoncepción de emergencia, en farmacias droguerías o cualquier otro medio de adquisición*”²⁸. Este Acuerdo que prohíbe pero no penaliza el acceso a la PAE, ha venido rigiendo la suerte de las mujeres que bajo otras circunstancias podrían acceder a la PAE en Honduras desde el 2009.

En el 2012 la Corte Suprema de Justicia de Honduras declaró constitucional el Decreto que el Presidente de la República había vetado en el 2009, y actualmente podría ser reintroducido al legislativo, donde muy probablemente sería aprobado nuevamente. La Corte estableció la constitucionalidad del Decreto bajo el argumento de que la vida se crea en el momento en que el óvulo y el espermatozoide se unen, y que a partir de ese momento (la concepción) la vida debe ser protegida como derecho absoluto²⁹.

e. Coincidencia entre las cuatro sentencias

La razón legal principal por la cual las cuatro decisiones de las altas Cortes prohibieron la PAE fue su interpretación del derecho a la vida como un derecho absoluto desde la concepción,

²⁴ Constitución Política de la República de Honduras. [Constitución] (1982) (Honduras).

²⁵ CÓD. PEN. Art. 126. (Honduras).

²⁶ Decreto 54-2009. Art. 1 y 2 (Honduras).

²⁷ Constitución Política de la República de Honduras. [Constitución] (1982) (Honduras). Art. 216.

²⁸ Acuerdo No. 2744 (2009), Secretaría de Salud de la República de Honduras, Art. 1. <http://es.scribd.com/doc/81592354/Acuerdo-2744-por-el-que-se-prohibe-la-PAE>

²⁹ Sentencia [S.], 1ro de Febrero de 2012. Corte Suprema de Honduras. [Corte Suprema] [en adelante Sentencia Honduras]

momento que todas definieron como aquel en el cual el espermatozoide fertiliza el óvulo³⁰. Lo anterior se basa en que de acuerdo con las Cortes, cuando el óvulo y el espermatozoide se juntan se crea una nueva entidad que contiene todo el material genético de un nuevo ser humano³¹ que debe ser protegido en su derecho a la vida como persona. Así, las decisiones objeto de estudio le otorgan de manera completa el derecho a la vida a un cúmulo de células humanas, mucho antes de que éstas sean un embrión³².

Los casos de Perú, Chile y Ecuador, son similares en la medida en que los accionantes objetaron la constitucionalidad de la PAE en todas o algunas de sus fórmulas farmacéuticas, por considerarla abortiva, pese a haber reconocido que técnicamente no lo eran³³, pues no tenían ningún efecto sobre aquellos cigotos ya implantados en el útero de la mujer –momento en que, como se explicó inicia el embarazo-. El caso Hondureño es un poco diferente porque aquí se trataba de la revisión de constitucionalidad de un Decreto, sin embargo el razonamiento de la Corte fue muy similar. En los cuatro países, las altas Cortes reconocieron, en contra de la literatura médica y científica³⁴, que existe un ser humano desde el momento en que el óvulo es fertilizado. Así, se asume que la PAE es abortiva dado que interferiría con el proceso de implantación del cigoto en las paredes del útero, habiendo ya sido concebido un nuevo ser. En este sentido, las Cortes no determinaron si la PAE era técnicamente abortiva, sino que analizaron si la PAE podía impedir que un cigoto fuera implantado en el endometrio, es decir, si las PAE podían evitar un embarazo³⁵.

Las cuatro Cortes recibieron evidencia científica que por un lado mostraba y por otra rechazaba que la PAE impide la implantación del cigoto en el útero, aunque es importante recalcar que aquella que sugiere la posibilidad de que la PAE tiene un efecto anti-implantatorio parte de estudios científicos de muchos años atrás, mientras los estudios realizados más recientemente todos coinciden en que no existe dicho efecto. Sin embargo, ante la contradicción de la evidencia científica, las Cortes de Perú, Ecuador, y Chile encontraron que existía una duda razonable, y en la medida en que decidieron reconocer el derecho a la vida desde la fertilización, otorgándole al cigoto un derecho absoluto a la vida, decidieron fallar restringiendo el acceso a éste método anticonceptivo. Mientras tanto, la Corte Suprema de Honduras estableció, basándose en literatura científica desactualizada, que los efectos de la PAE eran anti-implantatorios, lo que en su criterio hacía que las píldoras fueran abortivas, ni siquiera considerando la existencia de una duda razonable como en los otros tres casos. En consecuencia, las cuatro Cortes aplicaron el principio *pro personae* o *pro homine*³⁶ en favor del cigoto y en contra de la mujer. Esto quiere decir que analizaron la prohibición de la PAE como una medida para proteger la vida del cigoto.

³⁰ Cárdenas *supra* nota 12, pág. 6.

³¹ Resolución [S.] No. 0014-2005-RA, 26 de Mayo de 2006. Tribunal Constitucional del Ecuador. [Corte Constitucional].

³² Cárdenas *supra* nota 12, pág. 7.

³³ *Id.* pág. 9.

³⁴ De acuerdo con la ciencia médica y con las mayores organizaciones mundiales en el tema de salud, el embarazo solo empieza en el momento en el que el cigoto es implantado en el endometrio. Ver: WILLIAMS OBSTETRICS 664 (19th ed. 1993) and *Abortion time limits: a briefing paper from the British Medical Association* pág. 5. http://www.bma.org.uk/images/Abortiontimelimits_tcm41-20443.pdf (última visita; Nov. 1, 2009).

³⁵ Cárdenas *supra* nota 12, pág. 10.

³⁶ El principio *pro personae* es un principio en materia de derechos humanos bajo el cual, en caso de duda, el juez debe preferir la interpretación más favorable para la persona cuyos derechos estén en riesgo de ser violados.

Las cuatro Cortes también realizaron un análisis muy particular de la definición del derecho a la vida dentro del derecho internacional de los derechos humanos. Si bien el derecho internacional no extiende la protección del derecho a la vida a la etapa prenatal³⁷, y aún menos la protege de manera absoluta, rechazando la prohibición absoluta del aborto³⁸, las cuatro Cortes usaron erróneamente los estándares internacionales de derechos humanos en esta materia³⁹.

La Corte Constitucional de Ecuador ignoró completamente el derecho internacional y las obligaciones que de éste se derivan para el Estado. La Corte Constitucional Chilena únicamente citó las provisiones de derecho internacional que protegían el derecho a la vida, como si cuando estas normas hablaban de persona se estuvieran refiriendo al óvulo fertilizado. La Corte Constitucional Peruana extrajo de la protección internacional del derecho a la vida, la protección de este derecho desde la concepción⁴⁰. La Corte Suprema de Honduras siguió la línea peruana, entendiendo la protección del derecho internacional de los derechos humanos del derecho a la vida desde la concepción⁴¹. Los altos tribunales de Honduras, Chile y Perú aplicaron erróneamente el Artículo 4.1 de la Convención Americana para defender la protección del derecho a la vida desde la concepción⁴².

La aplicación errónea del derecho internacional por parte de los cuatro Estados tiene al menos dos implicaciones importantes. La primera es que al reconocer el derecho a la vida desde la concepción, ignora completamente tratados internacionales como el *Pacto Internacional en Derechos Civiles y Políticos* que no reconoce un derecho a la vida absoluto y menos aún desde la concepción⁴³, línea jurisprudencial compartida por los principales organismos internacionales de derechos humanos con poder jurisdiccional del mundo, que recientemente fue corroborada por el precedente sentado en esta materia por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Artavia Murillo y Otros v. Costa Rica*, que dejó en claro que la Convención Americana sobre Derechos Humanos no extiende su protección a la biología existente antes de la implantación, sea como cigoto o embrión, y que sólo en el momento de la implantación el embrión es objeto de una protección gradual e incremental según el estado de su desarrollo y en proporción al respeto y garantía de los derechos humanos de la mujer⁴⁴. La segunda, es que al aplicar erróneamente el derecho internacional, las cuatro Cortes ignoran completamente que las mujeres son seres

³⁷ Incluso en una sentencia más reciente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció expresamente que “...el embrión no puede ser entendido como persona para efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana. Asimismo, luego de un análisis de las bases científicas disponibles, [...] la “concepción” en el sentido del artículo 4.1 tiene lugar desde el momento en que el embrión se implanta en el útero, razón por la cual antes de este evento no habría lugar a la aplicación del artículo 4 de la Convención. Además, es posible concluir de las palabras “en general” que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general”. Caso *Artavia Murillo y otros* (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica [en adelante Caso *Artavia*], Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 257, Voto Disidente p. 3 (28 Nov., 2012), párr. 264.

³⁸ Cárdenas *supra* nota 12, pág. 14.

³⁹ *Id.* pág. 16.

⁴⁰ *Id.* pág. 16.

⁴¹ Sentencia Honduras, *supra* nota 27.

⁴² *Id.* pág. 9. Sentencia Chile, *supra* nota 21. Sentencia Perú, *supra* nota 16.

⁴³ Cárdenas *supra* nota 12, pág. 17.

⁴⁴ Caso *Artavia*, párr. 264.

humanos sujetos de derechos⁴⁵. En esta medida, antepusieron un cúmulo de dudas y suposiciones, tanto sobre el efecto anti-implantatorio de la pastilla, como sobre ese sujeto de derechos hipotético que estaban protegiendo como lo es un cigoto o embrión cuya existencia no puede ser comprobada antes de la implantación, a la violación efectiva de los derechos de las mujeres.⁴⁶

Finalmente, es importante resaltar que otra coincidencia existente en la tendencia jurisprudencial expuesta en éstos 4 países, es que la misma fue el resultado de una estrategia de judicialización contra las políticas públicas que aseguraban a las mujeres el acceso a la PAE, por parte de organizaciones que recurrieron a los tribunales de justicia para que tomaran decisiones en materia de política sanitaria, en nombre de la santidad de un derecho absoluto a la vida por parte del cigoto. Dicha estrategia regional ha sido impulsada en todos los países en cuestión por organizaciones sin ánimo de lucro de tipo religioso, que tienen como misión que el Estado no garantice el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

f. Costa Rica

En Costa Rica no existe un pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia respecto de la PAE., y de hecho, un documento interinstitucional denominado Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual establece que la misma debería ser suministrada. Lamentablemente, pese a la presión de la sociedad civil, ni el Ministerio de Salud ni la Caja Costarricense de Seguro Social han hecho ningún esfuerzo porque la PAE se registre y así puede suministrarse. Además de esto, la sociedad civil teme que de registrarse éste método anticonceptivo, los mismos grupos que demandaron la FIV en dicho país, demandarían con éxito su disponibilidad, dado que la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Costa Rica prohibió la fertilización in vitro por atentar contra el derecho a la vida, bajo el entendido de que a partir del momento de la fertilización existe una persona con un derecho a la vida absolutamente inviolable. La protección absoluta del derecho a la vida desde la concepción en Costa Rica podría indicar que la eventual postura de la Corte frente a la PAE sería también la de prohibirla, como en los otros cuatro casos.

3. Impacto de la prohibición de la PAE en las vidas de las mujeres en Ecuador, Perú, Chile, Honduras y Costa Rica.

A nivel general, la prohibición de la PAE tiene consecuencias para todas las mujeres, dado que como lo han afirmado una serie de organizaciones a favor de los derechos de las mujeres ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “*su prohibición coarta en las mujeres la última posibilidad de prevenir un embarazo no deseado cuando ha fallado otro mecanismo, o cuando la mujer ha sido víctima de una violación sexual*”⁴⁷. En esta medida, su prohibición limita a las mujeres el cuidado de su propio cuerpo, resultando discriminatoria⁴⁸.

⁴⁵Cárdenas *supra* nota 12, pág. 17.

⁴⁶ *Id.*

⁴⁷ Centro de Derechos de Mujeres, CLADEM Honduras, Colectivo Feminista Mujeres Universitarias, Centro de Derechos Reproductivos, Planned Parenthood Federation of America, International División, Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia y Family Care International (2010) *Informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el marco de su visita oficial a Honduras. Caso: Prohibición de la*

Considerando que el derecho a la salud reproductiva⁴⁹ es un derecho humano y que este incluye el acceso a métodos anticonceptivos, el Estado tiene la obligación de “*garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva y eliminar las barreras legales existentes a los mismos*”⁵⁰. En este sentido, de acuerdo con la Comisión Interamericana, prohibir la venta de la PAE viola 1) el derecho de las mujeres a tomar decisiones libres y responsables sobre el número e intervalo entre los hijos, que hace parte del derecho a la libertad personal y a la privacidad; 2) el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, como en este caso sería el desarrollo de la PAE; y 3) el derecho a la vida, dado que las tasas de aborto inseguro y de mortalidad materna aumentan. Esta restricción tiene consecuencias más graves para las mujeres de escasos recursos económicos⁵¹.

En particular, la prohibición de la PAE tiene efectos concretos para las mujeres en edad reproductiva de cada uno de los cinco países que se estudian.

a. Ecuador

En Ecuador, las cifras en materia de violencia sexual son muy altas. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC y el Ex Conamu⁵², 25% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual. En el 2011 se dieron por lo menos 5 violaciones al día en el país⁵³. Por otra parte, el embarazo adolescente ha aumentado en 74% en la última década⁵⁴. En el 2010 hubo al menos 10 violaciones diarias entre las adolescentes entre los 12 y los 14 años⁵⁵.

En cuanto a las cifras de aborto y mortalidad materna, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer estableció que en Ecuador, el aborto era la segunda causa de mortalidad materna en el 2008⁵⁶. De acuerdo con UNFPA, ese mismo año “*las desigualdades en*

anticoncepción de emergencia en Honduras (Centro América) Octubre 2009, pág. 3 [en adelante Informe a la Comisión Interamericana].

⁴⁸ *Id.*

⁴⁹ El derecho a la salud reproductiva como un derecho humano se encuentra respaldado, *inter alia*, en: Naciones Unidas (1996) *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4-5 de septiembre de 1995*, Doc. de la ONU A/CONF.177/20/Rev.1, párr. 94. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) *Observación general no. 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Doc. de la ONU E/C.12/2000/4, párr. 8. Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (Comité de la CEDAW) (1999) *Recomendación general no. 24: La Mujer y la Salud*, Doc. de la ONU A/54/38/Rev.1, párr. 1 [en adelante Comité de la CEDAW, *Recomendación general no. 24*].

⁵⁰ Informe a la Comisión Interamericana, *supra* nota 47, pág. 3.

⁵¹ *Id.*

⁵² Hoy Comisión de Transición hacia el Consejo de Igualdad y Género.

⁵³ Asamblea Nacional de la República del Ecuador (31 de Julio de 2013) *Frente por los Derechos Reproductivos pide se permita a las mujeres decidir si continúan con el embarazo ocasionado por una violación* <http://www.asambleanacional.gob.ec/2013073110354/frente-por-los-derechos-reproductivos-pide-se-permita-a-las-mujeres-decidir-si-continuan-con-el-embarazo-ocasionado-por-una-violacion.html> (última visita sept. 25, 2013).

⁵⁴ Ministerio de Salud Pública (s.f.) *La planificación familiar y la prevención del embarazo adolescente: activa respuesta oficial a dos grandes preocupaciones*, Gobierno Nacional de la República del Ecuador, <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/> (última visita sept. 25, 2013).

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012), http://www.inec.gob.ec/sitio_violencia/ (última visita sept. 25, 2013).

⁵⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Nov. 2008) *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Ecuador*, Doc. de la ONU CEDAW/C/ECU/CO/7.

*el acceso a servicios de salud materna afectan mayormente a mujeres con menos educación, más pobres, residentes en zonas rurales y pertenecientes a grupos étnicos indígenas*⁵⁷. La mortalidad materna entre las adolescentes ecuatorianas está también ligada al suicidio, que en el 2009 era la primera causa de mortalidad entre las jóvenes entre 10 y 19 años en 19 provincias del Estado⁵⁸. Una de las tres causas principales del suicidio entre las adolescentes era el embarazo precoz⁵⁹.

Tomando en cuenta las cifras anteriores, la prohibición de la PAE resulta problemática primero, dado que contribuye a que las cifras de mortalidad materna aumenten, tanto por abortos realizados bajo condiciones inapropiadas, en especial en los casos de mujeres de bajos niveles socioeconómicos, como por las cifras de embarazo adolescente y de suicidios en adolescentes que resultan dramáticas. Segundo, ya que limitan la posibilidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual de no quedar embarazadas como producto del abuso sufrido.

b. Perú

En Perú, en el 2004, el 1.1% de las mujeres casadas y el 2.2% de las mujeres sexualmente activas no casadas habían usado la PAE. En el 2011, la cifra había aumentado exponencialmente, dado que el 10% de las mujeres casadas y 40.1% de las mujeres sexualmente activas no casadas había hecho uso de este método anticonceptivo⁶⁰. De acuerdo con el Ministerio de Salud de Perú, entre el 2006 y el 2009, las mujeres peruanas consumieron 107,063 dosis de Levonorgestrel, y entre el 2010 y el 2012 el consumo fue de 21,430 pastillas⁶¹.

Las cifras respecto de violencia sexual en el Perú son alarmantes y siguen la línea del caso ecuatoriano. Para el 2009, Perú era el país suramericano con mayores denuncias por violación sexual para un total de 63,545 denuncias por violación a la libertad sexual, incluso considerando que el subregistro de los datos es prevalente⁶². Las mayores víctimas de estos delitos son las mujeres que pertenecen a poblaciones vulnerables, incluyendo a las niñas y adolescentes. Entre el 2000 y el 2009, un estudio hecho por la organización no gubernamental Promsex, evidenció que el 78% de las denuncias fueron presentadas por víctimas menores de 18 años (49,659)⁶³. Durante el 2010, el Ministerio de Salud reportó 1333 denuncias de niñas entre los 10 y los 14

⁵⁷ UNFPA (2008) *Por una maternidad y nacimientos seguros*, pág. 11, <http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2006/Por%20una%20maternidad%20y%20nacimiento%20seguros%20-%20Ecuador.pdf> (última visita: sept. 26, 2013).

⁵⁸ Fundación CEPAM Guayaquil (2009) *Suicidio, principal forma de muerte de adolescente*, <http://cepamgye.wordpress.com/2009/03/17/suicidio-adolescentes/> (última visita: sept. 26, 2013).

⁵⁹ *Id.*

⁶⁰ International Consortium for Emergency Contraception, *Knowledge and Ever use of emergency contraception in Latin America. Demographic Data Health Survey*, <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2012/12/Emergency-Contraception-in-Latin-America-Updated-11-27-2012.pdf> (última visita: Oct. 18 de 2013)

⁶¹ Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas (2012) *Cuadro de consumo AOE 2006 – 2012*.

⁶² Mujica, Jaris (2011) *Violaciones sexuales en el Perú 2000 – 2009. Un informe sobre el estado de la Situación*, Promsex, Lima – Perú.

⁶³ *Id.* pág. 66. Información extraída de Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Cairo + 20: Hacia una Lectura de la Plataforma para la Acción de Cairo 20 años en el Perú (1994 – 2014). Lima, Junio 2013, pág 16.

años, y 1191 denuncias de adolescentes entre los 15 y los 19 años, de entre estas menores, el 14% y el 20% respectivamente, quedaron embarazadas⁶⁴.

La situación de violencia sexual es especialmente grave en dos sitios del país. En Huánuco, en la región central de Perú, se registraron 5602 casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes entre enero y octubre de 2009⁶⁵. En Mazán, Loreto, ubicado en la selva peruana, 97% de las violaciones sexuales no fueron denunciadas. Allí, el embarazo adolescente es muy común. Uno de los factores que explica este fenómeno es el alto índice de violencia sexual presente en dicha región⁶⁶.

La violencia sexual perpetrada por las propias parejas de las víctimas es también un factor persistente. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2011, 8.4% de las mujeres fueron obligadas alguna vez a tener relaciones sexuales por su esposo o compañero⁶⁷. Esta situación es especialmente grave en ciertas regiones como Cuzco (17.2%)⁶⁸. Igualmente, el 2.9% de las mujeres manifestó que en el último año su esposo o compañero la había obligado a tener relaciones sexuales⁶⁹.

El embarazo adolescente es problemático también. De acuerdo con la encuesta ENDES, en Perú, en el 2011, el 13.2 % de las adolescentes entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez. La cifra aumenta en las zonas rurales (21,5%) y selváticas (27,5%). Las cifras también son mayores entre la población con poca educación y bajos niveles socioeconómicos⁷⁰. El embarazo adolescente ha aumentado entre el 2000 y el 2011 especialmente en dos espacios geográficos: 1) zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas; y 2) zonas urbanas marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo⁷¹.

Sumado a lo anterior, en el tema de mortalidad materna las causas se asocian a la falta de acceso a servicios de aborto legal en el Perú⁷², y tienen mayor incidencia en las zonas rurales y en

⁶⁴ Ministerio de Salud (2012) *Violencia contra las Mujeres Adolescentes*, Lima.

⁶⁵ Mujica, Jaris; Zevallos, Nicolás; Vizcarra, Sofía (2009) *Estudio de Estimación de impacto y prevalencia de la violación sexual de mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*, Pontificia Universidad Católica del Perú, PROMSEX.

⁶⁶ *Id.*

⁶⁷ Instituto Nacional de Estadística de Información (2011) *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, Lima – Perú, <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/> (última visita: sept. 26, 2013).

⁶⁸ *Id.*

⁶⁹ *Id.*

⁷⁰ *Id.* pág. 104-106. Información extraída de Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos (2013), *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Cairo + 20: Hacia una Lectura de la Plataforma para la Acción de Cairo 20 años en el Perú (1994 – 2014)*, Lima, pág. 33.

⁷¹ Grupo de Trabajo Prevención del Embarazo Adolescente (2012) *Mesa de Lucha Contra la Pobreza. Grupo de Trabajo para la Prevención del Embarazo adolescente seguimiento concertado. Alerta N° 01.2012*, Lima, pág. 3. Información extraída de Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos (2013) *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Cairo + 20: Hacia una Lectura de la Plataforma para la Acción de Cairo 20 años en el Perú (1994 – 2014)* Lima, pág. 15.

⁷² Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (2011) *Informe Alternativo de las Organizaciones de la Sociedad Civil al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la situación de la Salud Sexual y Reproductiva en el Perú*, Lima: PROMSEX, pág. 21, <http://issuu.com/promsex/docs/informedes2011corregido> (última visita; Oct. 19 de 2013).

lugares de baja extracción socioeconómica⁷³. El aborto representa el 5% de las causas de mortalidad materna entre adolescentes. Lo anterior, considerando que existe un subregistro por la práctica masiva de abortos ilegales⁷⁴. De acuerdo con el Ministerio de Salud, el aborto en las adolescentes ha ido en aumento: 18,2% (2005), 17,6% (2006), 20,06% (2007) y 20,18% (2008)⁷⁵.

Es evidente que son las poblaciones de mujeres más vulnerables, como las niñas y adolescentes, las mujeres que viven áreas rurales y selváticas, y las mujeres más pobres, quienes están conformando mayoritariamente las estadísticas de embarazos no planeados ni deseados, las estadísticas de víctimas de violencia sexual, así como las de aborto clandestino y mortalidad materna. Todos fenómenos que podrían ser radicalmente disminuidos si la PAE estuviera siendo distribuida gratuitamente en los servicios públicos de salud. El uso de la PAE podría evitar abortos, reducir la mortalidad materna por esta causa y disminuir las cifras de embarazo adolescente. Además, podría controlar parcialmente las secuelas cuando la adolescente o mujer ha sido abusada sexualmente, en especial considerando el acceso restringido al aborto en ese país.

c. Chile

Las cifras de denuncias por delitos sexuales en Chile son muy altas. De acuerdo con datos del Ministerio Público, entre enero y junio del 2013 hubo 10,968 denuncias por estos delitos.⁷⁶

En cuanto al embarazo adolescente, éste se concentra especialmente en los grupos con bajo estatus socioeconómico y especialmente en los hogares donde la mujer es jefe del hogar. Los ciclos de pobreza se vuelven una constante en la medida en que un gran número de madres adolescentes abandona la educación formal⁷⁷. De acuerdo con el Ministerio de Salud, las regiones de Atacama y de Aysén presentaban las cifras más elevadas de embarazo adolescente en el 2009⁷⁸. Ambas zonas se encuentran lejos de los centros urbanos más importantes del país. UNFPA reporta que el porcentaje de embarazo adolescente tuvo un aumento en Chile desde el 2005 hasta el 2009⁷⁹.

⁷³ Mesa de Lucha Contra la Pobreza. Programa Presupuestal “Salud Materna Neonatal” (2013) *Reporte de Seguimiento Concertado: Balance de Ejecución 2012*, Lima, pág. 7. Información extraída de Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos (2013) *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Cairo + 20: Hacia una Lectura de la Plataforma para la Acción de Cairo 20 años en el Perú (1994 – 2014)* Lima, pág. 24.

⁷⁴ Grupo de Trabajo Prevención del Embarazo Adolescente, *supra* nota 71 pág. 3.

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ Fiscalía- Ministerio Público de Chile, *Boletín Estadístico I Semestre 2013*, Enero – junio, pág. 12, <http://www.fiscalia.dechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do> (última revisión: Oct. 19 de 2013).

⁷⁷ Dides, Claudia; Benavente, Cristina; Morán, José. Manuel, (2009) *Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile 2008*, Programa Género y Equidad, Flacso-Chile, UNFPA y Ministerio de Salud.

⁷⁸ Dides, Claudia; Benavente, Cristina; Sáez, Isabel (s.f.), *Seguimiento a la Ley 20.418: Prevención del embarazo adolescente, educación sexual y anticoncepción de emergencia*, Universidad Central, UNFPA, Serie de Documentos No. 1, pág. 19, <http://www.icmer.org/documentos/adolescencia/te-educa-sexual-y-ae-chile%20AMConcha%2029.04.2013.pdf> (última visita sept. 25 de 2013).

⁷⁹ *Id.*

La mortalidad materna en Chile a enero del 2012 era de 26 muertes por cada 100,000 niños nacidos vivos⁸⁰. Esta cifra es muy alentadora en comparación con otros países de América Latina; sin embargo, presenta matices relevantes de acuerdo con el estatus socioeconómico y la ubicación geográfica. Los estados más periféricos como Arica, Parinacota, Magallanes, Tarapacá, y La Araucanía presentan las tasas más altas de morbilidad materna⁸¹. A su vez, de acuerdo con cifras del Ministerio de Salud, 59 muertes maternas fueron causadas por abortos entre el 2000 y el 2009⁸². Debe tomarse en cuenta que estas cifras son muy inferiores a los casos que pueden presentarse en la realidad, dado que el aborto es ilegal en ese país.

Pese a que las cifras en materia de aborto son escasas y a que los datos en cuanto a los delitos sexuales no se encuentran segregados por edades, lo cierto es que Chile presenta problemas muy similares a Ecuador y Perú sobre el impacto de la PAE en la población femenina. Primero, los delitos sexuales son recurrentes y las mujeres, hasta antes del 2010, no tenían acceso a anticoncepción de emergencia que les permitiera contrarrestar posibles embarazos frutos de dichos abusos. Segundo, el embarazo adolescente prevalece especialmente en zonas marginales y tiene tendencias ascendentes. Este fenómeno que puede reforzar los ciclos de pobreza, podría contrarrestarse con una implementación efectiva de una política de distribución de la PAE. Tercero, las cifras de mortalidad materna son altas, de nuevo, en zonas marginales. Pese a que no hay datos puntuales sobre el número de muertes maternas causadas por el aborto, dado que éste se encuentra penalizado totalmente en Chile, lo cierto es que estos abortos se podrían prevenir ostensiblemente con el uso de la PAE.

d. Honduras

Antes de la prohibición de la PAE en el 2005, el 1.2% de las mujeres casadas en Honduras, y el 5.2% de las mujeres no casadas activas sexualmente, habían hecho uso de este método anticonceptivo⁸³. Este bajo porcentaje puede estar fundamentado en la imposibilidad de ciertos grupos de mujeres en Honduras para acceder a métodos anticonceptivos, ya que como lo describe el Instituto Guttmacher, entre el 2005 y el 2006, el 21% de las mujeres casadas que vivían en estado de pobreza, manifestaron tener una necesidad insatisfecha de acceso a métodos anticonceptivos. El 19% de las mujeres casadas viviendo en zonas rurales, manifestó esa misma necesidad insatisfecha⁸⁴.

Tal como lo reporta el Ministerio Público, en el 2010 se recibieron 2,869 denuncias por violencia sexual. En el 2011, la cifra fue de 3,211 denuncias de la misma naturaleza⁸⁵. Pese a que no se dispone de información del 2012 y tampoco existen estudios que indiquen cuántas mujeres agredidas sexualmente tienen un embarazo producto de la misma, lo que sí es cierto es que las

⁸⁰ Index Mundi (2012) *Chile tasa de mortalidad materna*, http://www.indexmundi.com/es/chile/tasa_de_mortalidad_materna.html (última visita sept. 25 de 2013).

⁸¹ Ministerio de Salud (2009) *Mortalidad Materna*, Gobierno de Chile, ssmaule.redsalud.gob.cl/index.php?option=com_docman (última visita: sept. 26 de 2013).

⁸² *Id.*

⁸³ International Consortium for Emergency Contraception, *supra* nota 60.

⁸⁴ Guttmacher Institute (s.f.) *Honduras: Summary of available indicators*, <http://www.guttmacher.org/idc/servlet/DoSummary?cID=HO> (última visita 21 de febrero de 2012).

⁸⁵ Ministerio Público de Honduras (2010-2011) *Unidad Técnica de Reformas. Registro de denuncias sobre violencia sexual contra mujeres*.

mujeres sobrevivientes de violencia sexual, no cuentan con el único método que permite evitar una de las posibles consecuencias de estas agresiones, un embarazo no deseado.

El embarazo adolescente da cuenta del impacto que tiene la falta de acceso a los anticonceptivos de emergencia, pues el mismo ha aumentado significativamente en Honduras. La Secretaría de Salud ha descrito que 14,312 niñas y adolescentes fueron reportadas en estado de embarazo en los hospitales en el 2008, y en el 2010, la cifra llegó a 28,680⁸⁶. Aunque no se dispone de datos oficiales para el 2012, la ministra de salud informó en enero del 2013 que un promedio de 50,000 niñas y adolescentes resultaron embarazadas en el 2012⁸⁷. Esto concuerda con las cifras presentadas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012, que muestra que en el país el 25% de las adolescentes entre los 14 y los 19 años son madres o están embarazadas. Esta cifra es del 47% entre aquellas adolescentes que sólo han alcanzado estudios primarios (53% de las mujeres en Honduras alcanzan ese grado de educación)⁸⁸.

La cifra de mortalidad materna en Honduras era de 110 muertes por cada 100,000 niños nacidos vivos, hasta enero del 2012⁸⁹. La mortalidad materna entre mujeres indígenas es tres veces superior a la del promedio nacional⁹⁰. Dado que el aborto es ilegal en este país, las cifras respecto del número de abortos son muy variables. Sin embargo, de acuerdo con la organización Si Mujer, “*el aborto ocupa desde hace 25 años la segunda causa de egreso hospitalario*”⁹¹ en Honduras. Lo anterior es aún más grave si se toma en cuenta que el aborto está absolutamente penalizado en Honduras, por lo que la totalidad de abortos que se realizan en el país son clandestinos e inseguros, en su mayoría. Estos abortos exponen a las mujeres a engrosar las estadísticas de mortalidad materna, o las de morbilidad, como consecuencia de las secuelas graves y muchas veces permanentes de salud que sufren quienes se exponen interrupciones de embarazos en estas condiciones.

Honduras presenta problemas similares a Perú, Ecuador y Chile en cuanto a las limitaciones que causa la prohibición de la PAE para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres en términos de violencia sexual, embarazo adolescente y mortalidad materna, pero además tiene dos problemas adicionales. Por una parte, el acceso a métodos anticonceptivos en general es muy limitado, lo cual hace que previa a la anticoncepción de emergencia, las mujeres hondureñas, especialmente aquellas más vulnerables, carezcan de mecanismos para establecer el número e intervalo entre sus hijos. Por otra parte, las mujeres indígenas aparecen como especialmente afectadas, lo que agrega el factor étnico al panorama.

⁸⁶ Secretaría de Salud de Honduras (2008-2010) *Área de Sistemas de Información. Reporte de Partos Egresos de 10-19*.

⁸⁷ Mercado, Julissa (2013) “Honduras: 50 mil adolescentes embarazadas en 2012” en *El Herald*, <http://www.elheraldo.hn/Secciones-Principales/Pais/Honduras-50-mil-adolescentes-embarazadas-en-2012> (última visita sept. 26 de 2013).

⁸⁸ Instituto Nacional de Estadística de Honduras (2011-2012), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*.

⁸⁹ Index Mundi (2012) *Honduras tasa de mortalidad materna*, http://www.indexmundi.com/es/honduras/tasa_de_mortalidad_materna.html (última visita: sept. 25 de 2013).

⁹⁰ Quiroz, Claudia (s.f.) *Honduras: Situación de la Mortalidad Materna*, Secretaría de Salud, Republica de Honduras, <http://www.sicasalud.net/sites/default/files/Mortalidad%20Materna%20Honduras.pdf> (última visita sept. 26 de 2013).

⁹¹ Aborto (s.f.) *Tasas de Mortalidad Materna por aborto en América Latina*, http://www.abortos.com/sudamerica_aborto.htm (última visita sept. 25 de 2013).

e. Costa Rica

Los hombres y mujeres entre los 15 y los 59 años en Costa Rica acceden porcentualmente a los siguientes métodos anticonceptivos: la esterilización femenina (29,7%), los anticonceptivos orales (18,7%), el condón masculino (12,2%), los anticonceptivos inyectables (8,5%), y la esterilización masculina (5,8%)⁹². En cuanto a la anticoncepción de emergencia, el país no cuenta con un producto registrado dada la falta de interés por parte del Ministerio de Salud de brindar condiciones favorables para su registro, por desconocimiento y prejuicios frente al medicamento. La Caja Costarricense del Seguro Social tampoco ha tenido voluntad política para comprar el producto a través del sistema público de salud, a pesar de tener la facultad legal para hacerlo.

El protocolo para la atención de víctimas de violencia sexual que fue elaborado y aprobado en conjunto por varias instituciones nacionales tales como la Defensoría de los habitantes, 911, INAMU, Cruz Roja, y Poder Judicial, etc., y fue lanzado desde el 2011, establece el uso del Yuzpe como anticonceptivo de emergencia para las mujeres víctimas de violencia sexual. El Protocolo no se ha implementado pese a que la Caja Costarricense del Seguro Social conformó una junta que coordinaría su implementación, así como la capacitación del personal de la salud. Las autoridades sanitarias, tanto el Ministerio como la Caja Costarricense del Seguro Social y sus instituciones, no brindan el régimen Yuzpe a ninguna mujer que haya sido víctima de violencia sexual. La carencia de información y educación sobre este medicamento, hace que la mayor parte de las autoridades crean que es abortivo, lo cual se suma a creencias fundamentalistas religiosas, así como a estereotipos y roles de género que son perpetuados entre prestadores de salud y operadores jurídicos.

Lo anterior es preocupante si se reconoce que un alto porcentaje de embarazos en Costa Rica son indeseados. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el 34,4% de las mujeres y el 21,6% de los hombres se enfrentaron a embarazos indeseados⁹³. Además, el 47% de mujeres y 38,3% hombres identificaron el embarazo como no planificado⁹⁴. Evidentemente, la falta de un método moderno y eficaz para prevenir estos embarazos afecta la calidad de vida de las mujeres y los hombres en el país.

El embarazo adolescente en Costa Rica representó el 20% de todos los embarazos ocurridos en el 2011⁹⁵. El mayor porcentaje de embarazos adolescentes se dio en las regiones Huetar Atlántica y Brunca⁹⁶. Las madres adolescentes, de acuerdo con el Ministerio de Salud “(...) *constituyen un grupo con características y necesidades diferentes al resto de las mujeres*”⁹⁷. Lo anterior dado que por ejemplo presentan mayores riesgos asociados al embarazo⁹⁸.

⁹² Ministerio de Salud (2011) *Informe de Resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Costa Rica 2010*, pág. 21, <http://ccp.ucr.ac.cr/censos/documentos/cr/irensr2010.pdf> (última visita sept. 30 del 2013).

⁹³ *Id.* pág. 30.

⁹⁴ *Id.*

⁹⁵ Ministerio de Salud de Costa Rica (2012) *Memoria Institucional 2011*, pág. 28, http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2012/UMI_analisis_determinantes_sociales_2011.pdf (última visita sept. 30 del 2013)

⁹⁶ *Id.*

⁹⁷ *Id.*

⁹⁸ *Id.*

La mortalidad materna en Costa Rica para el 2008 era de 44 por cada 100,000 niños nacidos vivos⁹⁹. El Ministerio de Salud reportó que “(...) *la tasa quinquenal del período 2007-2011, la provincia de Limón registró la tasa más alta con 4,78 por 10.000 nacimientos, seguida por San José con 2,5. La provincial con menor tasa fue Heredia con 1,22*”¹⁰⁰. Pese a que el Ministerio no hace una correlación entre el aborto y la mortalidad materna, lo cierto es que en el 2007 se estimó que en Costa Rica se practicaban 27 000 mil abortos inducidos anualmente, lo cual equivale a una tasa de 22,3 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva, “(...) *una razón de aborto de 38 abortos por cada cien nacidos vivos, es decir, en Costa Rica ocurre en promedio un aborto cada tres nacidos vivos*”¹⁰¹.

La falta de regulación de la PAE que ha llevado a que las mujeres costarricenses tengan un acceso limitado a la misma, tiene los mismos efectos prácticos que en los otros cuatro países estudiados. La mortalidad materna es alta, y el aborto es una práctica generalizada. Muy pocos abortos se practican de forma legal por las barreras de acceso existentes. El embarazo adolescente es también constante. Pese a que en principio no habría ningún obstáculo legal para que las instituciones estatales de salud entreguen la PAE, la realidad es otra.

4. Chile y Ecuador: Experiencias prometedoras para revertir una negativa tendencia regional.

Pese a que el escenario descrito parece desalentador, dos medidas legales particulares parecen abrir la ventana a la PAE en Ecuador y en Chile, y con ello la protección de los derechos reproductivos de las mujeres, entre ellas las pertenecientes a grupos poblaciones más vulnerables.

a. Ecuador

En Ecuador, la Secretaría de Salud oficializó en 2013 el reglamento que regula el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud bajo el Acuerdo 00002490 del 2013 emitido por el Ministerio de Salud Pública¹⁰². Este acuerdo impone al Ministerio la obligación de brindar información y acceso gratuito y oportuno a métodos anticonceptivos, incluida la PAE (Art. 3). Todos los establecimientos de salud deben contar con suficientes métodos anticonceptivos incluyendo la PAE (Art. 4). El artículo 8 va más lejos al especificar que la PAE es un método de excepción que se usa para prevenir un embarazo no planificado, y en ningún momento lo describe como un método abortivo.

⁹⁹ IndexMundi (2012) *Costa Rica Tasa de Mortalidad Materna*, http://www.indexmundi.com/es/costa_rica/tasa_de_mortalidad_materna.html (última visita sept. 30 del 2013).

¹⁰⁰ Ministerio de Salud de Costa Rica (2012) *supra* nota 95, pág. 37.

¹⁰¹ Gómez Ramírez, Cristian (2008) *Estimación del Aborto Inducido en Costa Rica, 2007 Informe de Resultados*, Asociación Demográfica Costarricense, p. 8 http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/170/estimacion_del_aborto_inducido_0.pdf?sequence=1 (última visita sept. 30 del 2013).

¹⁰² Acuerdo 00002490 del 2013, Ministerio de Salud Pública, Ecuador, <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SIE-DP-13-99.pdf> (última visita sept. 26 del 2013).

Desafortunadamente este paso legal que resulta fundamental, pues establece un reconocimiento legal de la PAE como método anticonceptivo no abortivo y una obligación de promover el acceso gratuito para las mujeres, no es suficiente. Meses después de expedida dicha regulación el acceso a la PAE continúa siendo restringido dado que los profesionales de la salud y la sociedad en general siguen considerando que la PAE es abortiva, y el Estado no ha puesto en marcha un programa para difundir información sobre la misma. A esto se suma la barreras de acceso que han montado algunas farmacias privadas que cual si fueran personas morales y no netamente jurídicas, han objetado conciencia negándose a vender el anticonceptivo o han resuelto exigir requisitos que no se encuentran en la ley para su venta¹⁰³. A esto hay que sumar la fuerte presión de los grupos anti-derechos para eliminar el Levonorgestrel del cuadro básico de medicamentos¹⁰⁴.

b. Chile

En Chile se aprobó la Ley No. 20.418 en el 2010 que “*fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad*”¹⁰⁵. Ésta establece en su artículo 5 que los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud deben entregar a la población los métodos anticonceptivos que requiera, incluyendo los anticonceptivos hormonales de emergencia. En ese mismo artículo exceptúa aquellos que tengan como objetivo causar un aborto. En este sentido, como en el caso ecuatoriano, la Ley diferencia la PAE de los métodos abortivos. En el artículo 6 establece que cuando la PAE sea solicitada por un menor de 14 años, el funcionario debe informar posteriormente a sus padres o un adulto responsable. Este requisito es preocupante, pues podría limitar el acceso de las adolescentes a la PAE, sobretodo en casos donde la pastilla se requiere luego de un episodio de violencia sexual causado por el propio padre o un familiar, como suele ocurrir.

Esta ley es fundamental porque “*marcó un importante punto de inflexión en el largo debate sobre la distribución de la anticoncepción de emergencia en el sistema de salud público en Chile*”¹⁰⁶. No obstante, como en el caso de Ecuador, en Chile, la entrega de la PAE ha estado minada por una serie de obstáculos. Primero, existe una confusión dado que pese a que la ley permite la distribución de la PAE, la sentencia del Tribunal Constitucional¹⁰⁷ y el fallo de la Contraloría General de la República en 2009¹⁰⁸ contra la PAE, y la resistencia de quienes son los

¹⁰³ Testimonio de la Dra. Mercy López, jueza de un juzgado especializado en violencia intrafamiliar y de género, que personalmente salió en busca de la AOE el jueves 18 de julio del 2013 en la noche sin resultado.

¹⁰⁴ Hoy (2012) '*Pastilla del día después', un debate polémico, pero necesario*, <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/pastilla-del-dia-despues-un-debate-polemico-pero-necesario-547518.html> (última visita sept. 26, 2013).

¹⁰⁵ Ley No. 20.418 (2010) Congreso Nacional, Chile, <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482> (última visita sept. 26 del 2013).

¹⁰⁶ Universidad Central, UNFPA (2012) *Acceso y Distribución de la Anticoncepción de Emergencia en Chile*, Boletín 2 http://www.ucecentral.cl/prontus_ucentral2012/site/artic/20120711/asocfile/20120711091025/boletin_2.pdf (última visita sept. 25 de 2013).

¹⁰⁷ “*Este fallo mantuvo una situación de desigualdad, ya que mujeres que pudieran atenderse en el sector privado podían acceder y adquirir la anticoncepción de emergencia (AE) en las farmacias, mientras que las usuarias del sistema público no podían recibirla*”. Casas, Lidia (2012) “Derechos Humanos de las Mujeres y las Niñas” *Informe de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales*, <http://www.derechoshumanos.udp.cl/wp-content/uploads/2012/11/3-derechos-humanos-de-las-mujeres-y-las-ninas.pdf> (última visita sept. 26 de 2013).

¹⁰⁸ El fallo de la Contraloría señalaba: “*Pues bien, en la situación en análisis y considerando lo ya asentado por el Excmo. Tribunal Constitucional, en su calidad de intérprete jurídico supremo de la Constitución, en orden a que*

encargados de su distribución¹⁰⁹, han minado la distribución de la anticoncepción de emergencia, ante la incertidumbre legal del estatus de la PAE. Segundo, esta ley no contó con Reglamento sino hasta el mes de mayo del 2013, el Decreto N°49 que “*Aprueba Reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad*”¹¹⁰. La carencia de éste reglamento fue uno de los principales argumentos para limitar el adecuado cumplimiento de la ley, ya que muchos de los servicios de atención en salud municipal argumentaron que el cumplimiento de la ley era discrecional, lo cual dificultó la fluidez y eficiencia en la distribución de la PAE¹¹¹. Finalmente, hay una falta de recurso humano para la entrega de la PAE, ya que ésta “*es administrada por matrones/as, y muchos de los servicios de atención en salud municipal disponen sólo de algunas horas de éste recurso humano, y en muchas ocasiones cumplen con visitas a terreno a otras comunas, por lo tanto durante esos lapsos de tiempo la comuna queda sin distribución de AE*”¹¹².

Por todo lo anterior, podemos considerar que aunque Chile y Ecuador han dado pasos positivos en este sentido, lo cierto es que aún hay mucho para hacer para que las mujeres puedan tener a su alcance éste método anticonceptivo, que les permita evitar embarazos que no desea, así como evitar abortos clandestinos que pueden llevarles a hacer parte de las estadísticas de mortalidad o morbilidad materna en la región.

constituye una vulneración a la Carta Suprema la realización por parte de los entes integrantes de la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de acciones que impliquen la utilización del fármaco Levonorgestrel y el método combinado Yuzpe, denominados “píldora del día después”, conforme a la resolución recaída en el requerimiento de inconstitucionalidad causa rol N° 740-2007 y teniendo en cuenta que entre aquellos se encuentran los municipios, necesario es informar que las municipalidades quedan comprendidas en el ámbito de aplicación de dicha sentencia y, en consecuencia, están jurídicamente impedidas de implementar planes o programas o realizar actividades o acciones que impliquen la utilización o entrega a cualquier título de ese fármaco, ni aun a costo municipal o mediante cobro al usuario”. Dictamen 031356, Contraloría General de la República de Chile, 16 de Junio del 2009.

¹⁰⁹ Universidad Central, UNFPA *supra* nota 106.

¹¹⁰ Decreto N°49 del Ministerio de Salud y Subsecretaría de Salud Pública (2013) Chile, <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1049694> (última visita sept. 26 de 2013).

¹¹¹ Dides, Claudia; Benavente, Cristina; Sáez, Isabel (2011) *Entrega de la píldora anticonceptiva de Emergencia en el sistema de salud municipal, Chile Estado de la situación 2011*, FLACSO-Chile, Consorcio latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, CLAE. Dides, Claudia; Benavente, Cristina; Morán, José Manuel (2010) *Entrega de la píldora anticonceptiva de emergencia en el Sistema de Salud municipal, Chile. Estado de Situación*. Programa género y Equidad FLACSO-Chile y UNFPA.

¹¹² Claudia Dides, Leslie Nicholls, *Situación Legal de la Anticoncepción de Emergencia en Chile* (Documento sin publicar).

Rossina Guerrero
Directora Promsex

Claudia Dides
Miles Chile

Jeannette LLaja
Directora de DEMUS

Leyla Díaz
CLADEM

Elizabeth Westley
Coordinadora International Consortium for

Virginia Gómez de la Torre B.
Frente Ecuatoriano por la Defensa de los
Derechos Sexuales y Derechos
Reproductivos

María Alejandra Cárdenas Cerón
Asesora Legal Centro de Derechos
Reproductivos

Margarita Salas
Colectiva por el Derecho a Decidir

Dee Redwine
Directora Regional Planned Parenthood
Global

Luis Távara
Director Ejecutivo Federación

Emergency Contraception

Latinoamericana de Sociedades de
Obstetricia y Ginecología

Ivannia María López Padgett
Centro de Derechos de Mujeres

XXX
Consortio Latinoamericano de
Anticoncepción de Emergencia