14 de febrero de 2019

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés)

Ginebra, Suiza

**ASUNTO: Aportaciones para el documento de Observaciones Generales sobre el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones y otras provisiones del artículo 15, y su relación entre la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales, para consideración del CESCR**

Estimados miembros del Comité:

El propósito de la presente comunicación es contribuir con aportaciones sobre el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones y su relación con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva de las mujeres sin discriminación, para su consideración durante los trabajos de elaboración, discusión y aprobación de las Observaciones Generales que el CESCR tiene previsto emitir sobre el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Esta información es presentada por Ipas, organización internacional que apoya el derecho de cada niña y mujer a tomar decisiones de manera libre e informada sobre su sexualidad, vida reproductiva, salud y bienestar, mediante la promoción de políticas, basadas en el respeto a los derechos humanos, que garanticen, sin discriminación, el acceso a servicios de anticoncepción y aborto seguro.

El derecho humano de toda persona a gozar del progreso científico y sus aplicaciones es reconocido en el artículo 27 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el artículo 15 1 b) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Respecto del alcance de este derecho, para la Relatora Especial sobre los derechos culturales, la ciencia debe ser entendida como conocimiento que es verificable y refutable, en todos los campos de la investigación, y los términos de “beneficios” de la ciencia y “progreso científico” expresan la idea de un efecto positivo en el bienestar de las personas y la realización de sus derechos humanos.[[1]](#footnote-1) Así, la Relatora Especial reconoce que este derecho se considera a veces un requisito para la realización de otros derechos humanos cuyo contenido normativo incluye el acceso de todas las personas, sin discriminación, a los beneficios de la ciencia y sus aplicaciones, incluido el conocimiento científico.[[2]](#footnote-2) Sobre este punto, la Relatora Especial enfatiza la importancia de prestar especial atención a las posibles consecuencias de los progresos científicos que pueden tener un efecto significativo en los derechos humanos.[[3]](#footnote-3)

Para garantizar este derecho, la Relatora señaló la responsabilidad de los Estados de asegurar que los beneficios de la ciencia estén físicamente disponibles y sean económicamente asequibles sin discriminación.[[4]](#footnote-4) Para ello, deben eliminar los obstáculos estructurales de iure y de facto, que incluyan medidas positivas para garantizar que, poblaciones marginadas como las mujeres y los niños accedan sin discriminación a la información, los procesos y los productos científicos.[[5]](#footnote-5) Los Estados también deben garantizar que las limitaciones impuestas al goce de este derecho sean únicamente aquellas que tengan una finalidad legítima, sean compatibles con la naturaleza del derecho y sean las estrictamente necesarias para la promoción del bienestar general en una sociedad democrática.[[6]](#footnote-6) En este sentido, en la Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad la Asamblea General proclamó a los Estados su responsabilidad para adoptar medidas eficaces, incluso de orden legislativo, para impedir y evitar que los logros científicos se utilicen en detrimento de los derechos humanos y las libertades fundamentales y la dignidad de la persona humana.[[7]](#footnote-7)

El CESCR ha reconocido la disponibilidad y provisión de servicios de salud sustentados en evidencia científica como parte del componente normativo del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). En su observación general no. 14, el CESCR identificó la *disponibilidad* y la *calidad* de los servicios de salud como elementos esenciales del derecho a la salud. La *disponibilidad* conlleva que los servicios de salud incluyan personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS, los cuales son identificados como tales a partir de criterios de eficacia, calidad y costo-efectividad con base en evidencia científica. La *calidad* se refiere a la existencia de establecimientos, bienes y servicios de salud apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad, para lo cual se requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado.[[8]](#footnote-8)

La garantía plena del derecho a la salud implica también el acceso a los servicios y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, sin *discriminación*.[[9]](#footnote-9) El derecho a la salud entraña el derecho de todas las personas a tener acceso a un sistema de protección que les brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.[[10]](#footnote-10)

La realización progresiva del derecho a la salud demanda a los Estados la implementación permanente de medidas dirigidas a garantizar la disponibilidad de servicios de calidad de conformidad con las necesidades de toda la población. Si bien se ha reconocido la existencia de barreras como la limitación de recursos para garantizar el pleno goce de este derecho, aún en estos contextos los Estados tienen una responsabilidad permanente de garantizar el acceso a servicios de salud sin discriminación y de adoptar medidas tendientes a la plena realización del derecho.[[11]](#footnote-11)

Para las mujeres, el acceso igualitario a servicios de salud que les permita alcanzar el más alto nivel posible de salud integral requiere un trato diferenciado por parte de los Estados quienes deben reconocer sus necesidades de salud y vulnerabilidades particulares durante todo su ciclo de vida. El artículo 12.2. b) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[[12]](#footnote-12) y los artículos 12.1 y 12.2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establecen la responsabilidad de los Estados de garantizar a las mujeres el acceso a servicios de salud sin discriminación que respondan a sus necesidades biológicas, particularmente a las relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

La garantía del derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva ha sido reconocida como un componente necesario para garantizar la calidad de la atención de estos servicios y, por lo tanto, el derecho a la salud de las mujeres. El CESCR se ha pronunciado respecto de la responsabilidad de los Estados de velar por garantizar la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, lo que significa que tendrán una base empírica y que serán adecuados y estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico. Por ejemplo, los Estados deben garantizar la existencia de personal de atención de la salud formado y capacitado para prestar todos los servicios de salud sexual y reproductiva, medicamentos esenciales, que incluyen métodos anticonceptivos, como anticonceptivos de emergencia y medicamentos para la asistencia en casos de aborto y equipo científicamente aprobados y en buen estado.[[13]](#footnote-13)

Sin embargo, las niñas, adolescentes y mujeres en todo el mundo han enfrentado históricamente la violación a su derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones negándoles el derecho al acceso igualitario a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, con efectos devastadores para su salud y vida. Ello, a consecuencia de la imposición de políticas Estatales arbitrarias y discriminatorias en razón de género, que promueven estereotipos y normas sociales y culturales degradantes y nocivas sobre el ejercicio de la sexualidad y capacidad reproductiva de las mujeres.

El aborto es un servicio de salud que todas las mujeres pueden requerir en algún momento de su vida reproductiva. Durante el periodo de 2010 a 2014, 25% de todos los embarazos en el mundo terminaron en aborto, con un estimado de 56 millones de abortos inducidos por año.[[14]](#footnote-14)

El aborto es un servicio medicamente seguro cuando es proporcionado por un prestador de servicios de salud y conforme a los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo con las semanas de gestación, e inseguro cuando ninguno de los criterios se cumple.[[15]](#footnote-15) La Organización Mundial de la Salud ha emitido una Guía técnica y de políticas para sistemas de salud;[[16]](#footnote-16) directrices para el funcionamiento del personal sanitario durante la provisión de servicios de aborto[[17]](#footnote-17) y una gupia para el manejo médico del aborto,[[18]](#footnote-18) basados en evidencia científica, para ofrecer atención de aborto sin riesgos para la salud de las mujeres. Estos documentos son de acceso público y permiten a los Estados contar con la información necesaria para garantizar la provisión de los servicios en condiciones de calidad. Asimismo, el misoprostol y la mifepristona, los dos medicamentos que se utilizan para el aborto médico, están incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud.[[19]](#footnote-19)

La investigación científica vincula la disminución de las lesiones y la muerte debido al aborto inseguro con un mayor uso de píldoras abortivas, y señala el potencial de modelos de atención menos medicalizados, incluido el aborto autogestionado, así como las intervenciones de reducción de daños en los países con leyes de aborto restrictivas[[20]](#footnote-20). El aborto autogestionado ha influido en la nueva categorización de tres niveles de seguridad de la OMS, y las subtareas para las mujeres mismas han sido reconocidas en la guía de la OMS de 2015 sobre el cambio de tareas.[[21]](#footnote-21)

A partir de ello, en todo el mundo, las personas están terminando con seguridad sus embarazos fuera de las instalaciones médicas, a menudo con medicamentos, una práctica llamada aborto autogestionado.

El aborto autogestionado es una forma preferida para terminar un embarazo, para muchas personas, según sus experiencias y circunstancias. Las personas pueden autogestionarse su aborto en entornos donde los servicios de terminación están restringidos o el acceso es difícil. Con una escasez de profesionales de la salud dispuestos y capaces de proporcionar el aborto y con ciertos países que enfrentan escasez de trabajadores de la salud, las personas pueden buscar el aborto autogestionado cuando el acceso al aborto dentro de las instalaciones formales de atención médica es difícil. Incluso cuando las personas tienen acceso a servicios de aborto legal de alta calidad proporcionados por un profesional de la salud, pueden optar por autogestión de su aborto como una cuestión de preferencia.

A pesar de la existencia de procedimientos médicos para un aborto seguro basados en evidencia científica, los Estados han impuesto medidas arbitrarias para limitar el acceso de las mujeres a este derecho y a los servicios de salud correspondientes en condiciones de calidad. Incluso en el caso del aborto gestionado, en la mayoría de los países del mundo, los códigos penales contienen restricciones legales que niegan a las mujeres la posibilidad de tener un aborto legal fuera de un contexto médico.

La emisión de leyes que criminalizan la provisión de servicios de salud que solo las mujeres requieren ha sido reconocida como una práctica discriminatoria por razón de género,[[22]](#footnote-22) que las obliga a recurrir a la clandestinidad en condiciones que ponen en riesgo su salud y vida. Sin embargo, existen Estados que han penalizado absolutamente el aborto[[23]](#footnote-23) o que han impuesto barreras legales para que las mujeres accedan a estos servicios.[[24]](#footnote-24)

En contextos en donde el aborto es legal, las mujeres también enfrentan barreras para el acceso a servicios de calidad por la falta de disponibilidad de personal calificado y de medicamentos para su provisión. Actualmente más del 60 % de la población mundial vive en países donde el aborto está permitido sin restricciones legales o con causales amplias. Sin embargo, de todos los abortos realizados en el mundo, se calcula que el 45% fueron inseguros (25 millones).[[25]](#footnote-25) Aún en regiones desarrolladas, el 13% de los abortos son inseguros, mayormente en Europa del Este por el uso del Legrado Uterino Instrumental (LUI), en comparación con el 50% en las regiones en desarrollo.[[26]](#footnote-26) El LUI ha sido declarado por la OMS como un método obsoleto por la alta tasa de complicaciones asociadas a este procedimiento y ha recomendado su inmediata sustitución por la aspiración por vacío endouterina.[[27]](#footnote-27)

La asociación entre abortos inseguros y morbilidad y mortalidad materna es evitable. Sin embargo, aunque el riesgo de muerte asociado al aborto ha disminuido en las últimas décadas, entre el 8% al 11% de todas las muertes maternas en el mundo (47,000) están relacionadas con abortos inseguros, lo que significa la pérdida de 22,800 a 31,000 vidas de mujeres cada año.[[28]](#footnote-28)

La arbitrariedad de los Estados para no garantizar servicios de aborto seguros también ha tenido un impacto financiero para los sistemas de salud. Desde el punto de vista presupuestario, los abortos inseguros representan un alto costo prevenible para los sistemas de salud. Estimaciones indican que la provisión de servicios por complicaciones postaborto tiene un costo anual de 232 millones de dólares para los países en desarrollo mientras que la provisión de servicios de aborto seguro reduciría el costo a 20 millones de dólares.[[29]](#footnote-29)

A su vez, la mayoría de los abortos inducidos son resultado de embarazos no deseados los cuales pueden ser resultado de la falta de acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. En promedio, el 6% de las mujeres en regiones de mediano y bajo desarrollo reportan una necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar debido a la falta de acceso.[[30]](#footnote-30)

La niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual también enfrentan el riesgo de un embarazo no deseado por lo que el acceso a la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia y de servicios de aborto seguro resulta indispensable para restablecer su salud y detener la continuidad de los efectos de la agresión. La pastilla de Anticoncepción de Emergencia permite a las mujeres prevenir, de manera segura, un embarazo dentro de las 72 horas siguientes a la relación sexual, con un grado de eficacia que depende de la prontitud con la que el medicamento sea ingerido.[[31]](#footnote-31) Sin embargo, a la fecha, países como Honduras han establecido prohibiciones totales a la venta, distribución y uso de la pastilla, negando a las mujeres el derecho a beneficiarse de sus efectos de prevención del embarazo, a partir de argumentos no basados en evidencia científica.[[32]](#footnote-32)

Resultan particularmente preocupantes los casos de las niñas y adolescentes que no pueden acceder a servicios de aborto seguros y son forzadas a continuar con embarazos no deseados, quienes son expuestas a los altos riesgos de morbilidad y mortalidad maternas asociados a embarazos a temprana edad.[[33]](#footnote-33)

Aún en contextos en donde el aborto está penalizado, las mujeres tienen derecho a acceder a bienes, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva. En particular, tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto, incluidos los practicados en condiciones peligrosas y los abortos espontáneos.[[34]](#footnote-34) Además de su uso en el aborto con medicamento por su efecto para inducir la interrupción de un embarazo, el misoprostol es requerido para una variedad de indicaciones en la práctica de obstetricia y ginecología, que incluyen el manejo de un aborto espontáneo, la inducción del parto, la preparación cervical previa a procedimientos quirúrgicos y el tratamiento de hemorragia post parto. Debido a su pertinencia en materia de salud reproductiva, el misoprostol está incluido dentro de la Lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud. En este sentido preocupa que la penalización del aborto promueva un contexto que limite el derecho de las mujeres a beneficiarse de los efectos del misoprostol como un medicamento con múltiples usos durante la atención de emergencias obstétricas, ello ante posibles restricciones de los Estados para adquirir el medicamento por ser utilizado en el aborto médico.

Por todo lo antes expuesto, la imposición de barreras para que las mujeres accedan a los beneficios de la ciencia en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva ha sido instrumentalizada por los Estados como una medida para imponer sus visiones sobre las expectativas sociales y culturales de las mujeres en el ejercicio de su sexualidad y capacidad reproductiva.

La violación del derecho de las mujeres a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva mediante la falta de disponibilidad de los medicamentos, insumos o tratamientos basados en evidencia científica se convierte entonces en una medida discriminatoria para las niñas, adolescentes y mujeres respecto del acceso a este derecho y, por lo tanto, en una violación a su derecho al estándar más alto de salud posible.

**Recomendaciones**

1. **El CESCR reconozca la relación entre el derecho a gozar del progreso científico y sus beneficios y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.**
2. **El CESR reconozca la responsabilidad de los Estados de garantizar la provisión de servicios de salud de calidad, particularmente en los servicios de salud sexual y reproductiva, como parte del componente normativo del derecho a gozar del progreso científico y sus beneficios.**
3. **El CESCR reconozca la existencia de barreras para que las mujeres accedan a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad como un ejemplo de la existencia de medidas Estatales que promueven la discriminación en razón de género al derecho a gozar de los progresos científicos y sus beneficios.**
4. **El CESR recomiende a los Estados partes a eliminar todas las barreras legales, políticas o prácticas, y garantizar el acceso a información y medicamentos esenciales para el aborto asequibles, aceptables y de calidad.**
5. **El CESCR recomiende a los Estados derogar leyes que de manera directa o indirecta nieguen el disfrute al derecho a gozar del progreso científico y sus beneficios en el contexto de la salud, por ejemplo, los marcos jurídicos que criminalizan servicios de aborto seguro y el aborto autogestionado. Y, en se sentido, analice sus normativas en materia de salud y de políticas públicas para realizar las modificaciones pertinentes acorde con el disfrute de este derecho.**

Muy atentamente,



1. Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Relatora Especial sobre los derechos culturales, Derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, A/HRC/20/26, (14 de mayo de 2012), párr. 25. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ibídem, párrs. 24 y 26. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ibídem, párr. 29 [↑](#footnote-ref-3)
4. Ibídem, párr. 30 [↑](#footnote-ref-4)
5. Ibídem, párr. 31 [↑](#footnote-ref-5)
6. Ibídem, párr. 49 [↑](#footnote-ref-6)
7. Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad, Asamblea General, resolución 3384 (xxx), 10 de noviembre de 1975. [↑](#footnote-ref-7)
8. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, (11 de agosto de 2000), párr.12, d). [↑](#footnote-ref-8)
9. Ibídem, párrs.12, b), i) y 18. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ibídem, párr.8. [↑](#footnote-ref-10)
11. Ibídem, párr. 30 [↑](#footnote-ref-11)
12. Ibidem, párr.14. [↑](#footnote-ref-12)
13. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/22, (2 de mayo de 2016), Párrs. 13,14,21. [↑](#footnote-ref-13)
14. Center for Reproductive Rights (2014): Abortion Worldwide: Twenty Years of Reform en The World Abortion Laws, 2019. [↑](#footnote-ref-14)
15. Ganatra B., Gerdts C., et al., Global, regional, and sub regional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model; The Lancet, 2017; September 27, 2017. [↑](#footnote-ref-15)
16. Organización Mundial de la Salud, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2da. Edición; (2012). [↑](#footnote-ref-16)
17. Organización Mundial de la Salud, Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto, (julio 2015). [↑](#footnote-ref-17)
18. Organización Mundial de la Salud, Manejo Médico del Aborto, (2018). [↑](#footnote-ref-18)
19. World Health Organization, 21st Essential Medicines List (EML), (2019). [↑](#footnote-ref-19)
20. Ganatra, B, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, Lancet, 2017, 390(101110):2372-2381. [↑](#footnote-ref-20)
21. World Health Organization, Medical management of abortion (2018) available at <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1> [↑](#footnote-ref-21)
22. Consejo de Derechos Humanos, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, A/HRC/32/44, (8 de abril de 2016), párr. 28 y 29 [↑](#footnote-ref-22)
23. El Salvador; Nicaragua; Honduras; Haití; Jamaica; República Dominicana; Suriname; Malta; Andorra; El Vaticano; San Marino; Congo-Brazzaville; El Salvador; Gabon; Guinea-Bissau; Madagascar; Mauritania; Palau; Filipinas y Senegal. [↑](#footnote-ref-23)
24. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/22, (2 de mayo de 2016), párr. 41 [↑](#footnote-ref-24)
25. Center for Reproductive Rights (2014): Abortion Worldwide: Twenty Years of Reform en The World Abortion Laws, 2019. Disponible en https://www.worldabortionlaws.com/about.html [↑](#footnote-ref-25)
26. Guttmacher Institute, Induced abortion Worldwide, Global Incidence and Trends, March 2018. Disponible en https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide. [↑](#footnote-ref-26)
27. WHO, Safe abortion, technical and policy guidance for health systems, Second edition, 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/;jsessionid=1682FA02B108245220B2F52D9DDE81CF?sequence=1 [↑](#footnote-ref-27)
28. Guttmacher Institute, Induced abortion Worldwide, Global Incidence and Trends, March 2018. Disponible en https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide. [↑](#footnote-ref-28)
29. Ibídem. [↑](#footnote-ref-29)
30. Moreira, L.R., Ewerling, F., Barros, A.J.D. *et al.* Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health* 16, 148 (2019). Disponible en https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0805-7#citeas [↑](#footnote-ref-30)
31. Ngai SW, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X, et al. A randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. Hum Reprod 2005;20:307–11. (Level I). Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15567882 [↑](#footnote-ref-31)
32. Center for Reproductive Rights, Honduras Supreme Court Upholds Absolute Ban on Emergency Contraception, Opens Door to Criminalize Women and Medical Professionals, (13th February 2012). Disponible en https://reproductiverights.org/press-room/honduras-supreme-court-upholds-absolute-ban-on-emergency-contraception-opens-door-to-crim [↑](#footnote-ref-32)
33. World Health Organization, Adolescent pregnancy, Fact sheet, (23 de febrero de 2018). Disponible en https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy [↑](#footnote-ref-33)
34. Informe provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, de conformidad con las resoluciones 15/22 y 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, criminalización de la salud sexual y reproductiva, A/66/254, (3 de agosto de 2011). [↑](#footnote-ref-34)