

## 13. Demandas judiciales sobre derechos reproductivos: del reconocimiento a la transformación

*Luisa Cabal y  
Suzannah Philips\**

---

\* Las autoras agradecen a quienes fueron sus colegas en el Center for Reproductive Rights —a Lilian Sepúlveda, vicepresidenta del Global Legal Program; a Melissa Upreti, directora regional para Asia, y a Christina Zampas, exdirectora regional para Europa— por sus comentarios y sus ideas sobre los primeros borradores de este capítulo; a Dante Costa y Lara Shkordoff, practicantes del Global Legal Program, que contribuyeron a este capítulo con su ayuda en la investigación y durante la redacción; a Payal Shah, asesor legal para Asia, y a Juan Sebastián Rodríguez, asesor legal invitado para Latinoamérica y el Caribe, por proporcionarnos información actualizada para borradores posteriores.

## Introducción

497

Se ha recurrido cada vez más a estrategias de uso de los tribunales para promover los derechos reproductivos en el ámbito nacional, regional e internacional, y eso ha llevado a decisiones judiciales innovadoras. Este capítulo evalúa cuán exitosa ha sido la implementación de estas decisiones históricas, e identifica factores fundamentales, como el diseño institucional, la naturaleza de las medidas judiciales otorgadas, la atención pública al caso y el entorno social, político y cultural, que promueven o dificultan la implementación de estas decisiones por los órganos nacionales, regionales e internacionales. A partir del análisis de ocho decisiones sobre derechos reproductivos concluimos que es más probable que se implementen las medidas judiciales dirigidas a individuos específicos, como las indemnizaciones monetarias, pero que la transformación del entorno social, político y cultural, y el compromiso político son cruciales para la implementación de medidas generales que garanticen la no repetición, de manera que las medidas judiciales transformadoras son a menudo un fin en sí mismo en las demandas judiciales sobre derechos reproductivos.

Para evaluar la implementación en el contexto de las demandas judiciales sobre derechos reproductivos se requiere, por consiguiente, una conceptualización general que incluya no solo el cumplimiento directo de las órdenes judiciales, sino también el efecto transformador al que pueda dar lugar una decisión judicial positiva, aun si la implementación de medidas específicas es incompleta o no existe.

Los derechos reproductivos descansan en una variedad de derechos humanos definidos previamente, entre los cuales hay derechos económicos, sociales y culturales (DESC), como los derechos a la salud, a la educación y a beneficiarse del progreso científico. En consecuencia, la realización de los derechos reproductivos enfrenta muchos de los mismos obstáculos que la realización de otros DESC, como la

Demandas judiciales sobre derechos reproductivos: del reconocimiento a la transformación

asignación de recursos y la voluntad política necesaria para reforzar los sistemas de salud.

Sin embargo, a diferencia de otros DESC, el reconocimiento y la aceptación de los derechos reproductivos como derechos humanos se cuestionan constantemente; ese reconocimiento es un elemento esencial para garantizar que se implementen las decisiones sobre estos derechos. En general, los DESC, como los derechos a la salud, al trabajo y la vivienda, están codificados de manera expresa en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc).<sup>1</sup> En cambio, si bien los principales componentes de los derechos reproductivos, como los derechos a la autonomía reproductiva y los servicios de salud reproductivos, están contenidos en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw, por su sigla en inglés),<sup>2</sup> y las observaciones finales, las recomendaciones generales y otros documentos interpretativos de los órganos de vigilancia de los tratados de las Naciones Unidas los reafirman,<sup>3</sup> hay constantes oposiciones a estos derechos y se los deja de lado en los espacios políticos. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Programa de Acción de la CIPD) marcó un cambio significativo con respecto al reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales.<sup>4</sup> En este acuerdo, por primera vez, se formularon los dos pilares primordiales de los derechos reproductivos como cuestiones básicas de derechos humanos, casi treinta años después de que fuera adoptado el Pidesc y se abriera para su firma y ratificación. Si bien el Programa de Acción de la CIPD fue crucial para reconocer en el plano internacional que los derechos reproductivos de las mujeres estaban fundamentados en las normas existentes de derechos humanos, ese reconocimiento se hizo mediante normas de derecho blando, en lugar de mediante obligaciones jurídicas vinculantes, y sigue siendo una lucha continuada de los grupos que

---

1 Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Cedaw), GA res. 34/180, 34 UN GAOR Supp. (No. 46), p. 193, UN Doc. A/34/46, artículos 12, 14, 16(1)e, entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981.

2 Para una explicación más detallada de cómo el derecho a la salud, tal como se formuló inicialmente en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, excluyó los derechos reproductivos de las mujeres, véase Cabal y Todd-Gher (2009, pp. 120-121).

3 Para un estudio completo de las observaciones de los órganos de los tratados de las Naciones Unidas sobre cómo las violaciones de los derechos reproductivos son violaciones de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, véase Center for Reproductive Rights (2008).

4 Véase párr. 7.3 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Programa de Acción CIPD, El Cairo, Egipto, septiembre 5-13, 1994, Ch. VII, UN Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).

defienden los derechos de las mujeres garantizar que esos principios se reafirmen en espacios políticos parecidos.<sup>5</sup> Por consiguiente, ha sido una tarea de los defensores de los derechos reproductivos consolidar su reconocimiento como derechos humanos mediante la transformación existente de estos principios en protecciones concretas.

Hacer realidad los derechos reproductivos requiere, por consiguiente, un fortalecimiento de las normas de derechos humanos para que reconozcan y respondan mejor a las violaciones de los derechos reproductivos. Por tanto, si bien las demandas judiciales sobre derechos reproductivos pretenden conseguir medidas judiciales individuales que ofrezcan reparaciones a las víctimas, y remedios generales que lleven a cambios normativos o estructurales para ocuparse de las violaciones sistemáticas, estos casos buscan también remedios simbólicos o transformadores: el reconocimiento de que esas son violaciones de los derechos humanos fundamentales, un giro en el discurso público en torno a estas cuestiones, y estándares regionales e internacionales de derechos humanos más fuertes y mejor definidos en conexión con la salud reproductiva. Las sentencias favorables de los casos sobre derechos reproductivos pueden ser un canalizador de cambios normativos o de política pública mediante la implementación directa de las órdenes judiciales, pero también pueden facilitar esos cambios de formas más indirectas, mediante la reconfiguración del discurso jurídico y político sobre salud reproductiva, y derechos en los ámbitos nacional, regional e internacional. En consecuencia, es necesario que esos objetivos más amplios de las demandas judiciales sobre derechos reproductivos hagan parte de la evaluación de si se han implementado las sentencias sobre estos derechos y el grado en que se hecho, en lugar de observar su ejecución desde una perspectiva más limitada a partir de las órdenes judiciales específicas.

Hay que señalar que las sentencias judiciales favorables a los derechos reproductivos en el contexto de entornos políticos muy polarizados pueden ocasionar reacciones negativas y dar fuerza a los contradictores, poniendo potencialmente en riesgo las ganancias obtenidas en los procesos judiciales. Teniendo en cuenta la reacción negativa que podrían causar tales sentencias, las demandas judiciales sobre derechos reproductivos no pueden ser una táctica aislada, sino que deben presentarse en el contexto de una estrategia activista más general cuyo propósito sea promover e impulsar estos derechos y fomentar un entorno en el que puedan transformarse las instituciones políticas,

5 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por ejemplo, excluyen totalmente los derechos a la salud reproductiva del documento inicial. Solo cinco años después se incluyó un objetivo relativo a la salud reproductiva.

sociales y culturales que restringen de manera sistemática los derechos reproductivos de las mujeres.<sup>6</sup>

En este contexto, los fines de las demandas judiciales sobre derechos reproductivos pueden cambiar a lo largo del tiempo conforme a las necesidades o etapas de la estrategia activista más general. En los primeros momentos de la estrategia activista, por ejemplo, cuando los estándares internacionales sobre una cuestión específica no se han desarrollado plenamente, uno de los primeros fines de los procesos judiciales, además de conseguir reparaciones individuales, es el reconocimiento por parte de los tribunales o los órganos de derechos humanos de que la violación concreta es, de hecho, una violación de derechos humanos. Por tanto, los primeros procesos judiciales podrían presentarse en foros en los que haya una mayor probabilidad de que decisiones favorables configuren los estándares de derechos humanos con respecto a los derechos reproductivos en el ámbito regional o internacional, aun si el cumplimiento pleno de las medidas generales es más difícil de conseguir. Una vez que los estándares internacionales sobre esa cuestión se han desarrollado, los defensores pueden presentar demandas de seguimiento en foros mejor preparados para la implementación de reformas estructurales integrales. En el contexto de los fines generales del activismo y del uso de los tribunales debería considerarse también qué constituye una implementación exitosa de una decisión determinada.

Este capítulo evalúa la implementación de decisiones cruciales sobre derechos reproductivos, apoyándonos en esa conceptualización más amplia de la implementación. La sección 2 proporciona una síntesis del panorama de los derechos reproductivos como derechos humanos. La sección 3 presenta varios estudios de caso sobre derechos

---

6 Nos apoyamos aquí en el concepto de Nancy Fraser de *misrecognition* (en su doble sentido de falta de reconocimiento y reconocimiento inadecuado) como subordinación por el estatus, según el cual el objetivo del reconocimiento es “superar la subordinación al establecer a la parte sin reconocimiento o con un reconocimiento inadecuado como miembro pleno de la sociedad, capaz de participar a la par con el resto” (2000, p. 13). En el contexto de los derechos reproductivos, la falta de reconocimiento y el reconocimiento inadecuado ocurren en dos niveles: en primer lugar, mediante la institucionalización de normas socioculturales que infringen los derechos reproductivos de las mujeres y, en segundo lugar, mediante la exclusión histórica de los derechos de las mujeres, incluidos los derechos reproductivos, de los movimientos dominantes de derechos humanos. Los fines del reconocimiento mediante las demandas judiciales sobre derechos reproductivos son dobles: conseguir remedios transformadores o simbólicos que, por un lado, rebatan o desmantelen las bases socioculturales de las violaciones de los derechos reproductivos y, por otro, consigan un mayor reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos.

reproductivos que el Centro para los Derechos Reproductivos (en adelante el Centro) ha litigado ante los tribunales o ayudado a litigar con sus socios locales y regionales sobre tres áreas temáticas: la esterilización coercitiva, el acceso al aborto y la mortalidad materna. Además, identifica el grado en que se han implementado diferentes medidas judiciales (individuales, generales y transformadoras), resultantes de las decisiones finales. A partir de la experiencia del Centro con estos estudios de caso, la sección 4 analiza los factores que promueven o dificultan la implementación de las medidas individuales, generales y transformadoras que surgen de esas definiciones.

## Derechos reproductivos como derechos humanos

Desde que el Programa de Acción de la CIPD reconoció en 1994 los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales para las políticas de desarrollo y poblacionales, varios países han fortalecido su protección, por ejemplo, mediante el reconocimiento de esos derechos en las constituciones nacionales,<sup>7</sup> leyes liberalizadoras sobre el aborto y métodos anticonceptivos,<sup>8</sup> y planes y políticas nacionales de desarrollo enfocadas en la mejora de la salud materna. Al mismo tiempo, a pesar del hecho de que los órganos decisorios y judiciales han reafirmado de manera creciente y continua los derechos reproductivos en el ámbito nacional, regional e internacional, estos siguen siendo objeto de oposición en el espacio político, en gran parte debido a visiones morales y religiosas enfrentadas sobre los anticonceptivos y el aborto. Por tanto, las violaciones de los derechos reproductivos están muy extendidas.

Los derechos reproductivos se definen como el “derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”.<sup>9</sup> Estos dos pilares fundamentales de los derechos reproductivos, es

7 Por ejemplo, Nepal, Kosovo, Ecuador, Bolivia y Kenia han adoptado constituciones nuevas o provisionales que protegen los derechos reproductivos: Constitución provisional de Nepal, artículo 20 (2007) (Nepal); Constitución de la República de Kosovo, artículo 26 (2008) (Kosovo); Constitución de la República del Ecuador, artículo 66 (2008) (Ecuador); Constitución Política del Estado de Bolivia, artículos 14, 15, 45, 66 (2009); Constitución Política de Kenia, artículos 26(d), 43 (2010) (Kenia).

8 Entre 1994 y 2014, 35 liberalizaron sus leyes sobre el aborto, mientras que solo 4 países aumentaron las restricciones legales al respecto (Center for Reproductive Rights, 2014).

9 Véase párr. 7.3 del Programa de Acción de la CIPD.

decir, los derechos a la autodeterminación sobre la reproducción y los servicios de salud sexual y reproductiva, descansan en una variedad de derechos fundamentales consagrados en los tratados regionales e internacionales de derechos humanos y en las leyes nacionales. Estos derechos comprenden tanto los DESC como los derechos civiles y políticos, incluidos, entre otros, los derechos a la vida, a la salud, a la igualdad y a la no discriminación, a la información, a no ser sometido a tortura o tratos crueles, inhumanos y degradantes; el derecho a la intimidad y el derecho a no enfrentar violencia basada en el género.

El derecho a la salud subyace a las obligaciones gubernamentales de respetar y garantizar los derechos reproductivos, y proporciona un marco útil para comprenderlos como derechos humanos, igual que los componentes esenciales del derecho a la salud son un reflejo de los pilares centrales de los derechos reproductivos. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha explicado que el derecho a la salud incluye ambas libertades —“el derecho a controlar el propio cuerpo y la propia salud, incluida la libertad sexual y reproductiva” — y otros, como “el derecho a un sistema de protección de salud que proporcione igualdad de oportunidades para que la gente goce del mayor nivel disponible de salud”.<sup>10</sup> Mientras que el derecho a la salud, como otros DESC, está sujeto a la realización progresiva, el Comité DESC ha señalado que los Estados tienen “una obligación inmediata de garantizar que el derecho se ejerza sin discriminación de ninguna clase”.<sup>11</sup>

La discriminación por razón de género con respecto al derecho a la salud puede considerarse no solo en el acceso desigual a los servicios, sino también en la inacción del Estado para garantizar servicios esenciales dirigidos a atender las diferencias biológicas de las mujeres y sus problemas de salud (Cook y Howard, 2007, pp. 1046-1047). Como ha explicado el Comité de la Cedaw, conseguir la igualdad sustancial exige “una transformación real de las oportunidades, las instituciones y los sistemas, de forma que ya no estén basados en paradigmas de poder y patrones de vida determinadas por los varones”.<sup>12</sup>

---

10 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12) (sesión 22ª, 2000), UN/Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 at 78 (2008) (Observación general 14), párr. 8.

11 *Idem*, para. 30.

12 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité Cedaw), General Recommendation 25: On Temporary Special Measures (13ª sesión, 2004), UN/Doc HRI/GEN/1/Rev.9 at 365 (2008), para. 10.

Las obligaciones del Estado en cuanto a solucionar la discriminación sistémica por razones de género con respecto a los servicios de salud son de dos clases. En primer lugar, los Estados deben garantizar la prestación adecuada de los servicios de salud que las mujeres necesitan por ser mujeres, incluidos tener los medios y la información para decidir el número, el plazo y el momento en el cual tener sus hijos, sin discriminación, coerción o violencia, y con acceso a los servicios apropiados durante el embarazo, el nacimiento y el posparto, incluidos los servicios de obstetricia de emergencia, abortos seguros y cuidados tras los abortos. A esos fines, la Cedaw dispone explícitamente que los Estados parte tienen la obligación de garantizar “la información, la educación y los medios” para tomar decisiones sobre la reproducción y los tratamientos especiales de salud para las mujeres, “en conexión con el embarazo, la hospitalización y el periodo postnatal”.<sup>13</sup> En ese mismo sentido, el Comité DESC incluye “velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y posnatal) e infantil” entre las obligaciones centrales del derecho a la salud.<sup>14</sup>

Además, los Estados tienen la obligación de eliminar las barreras jurídicas, económicas, sociales y culturales con respecto a los servicios de salud. Así, el Comité de la Cedaw ha explicado que “la negativa de un Estado parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria”.<sup>15</sup> El Comité DESC ha expresado de forma parecida las obligaciones que tienen los Estados de “abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otro medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto”, con el objetivo de cumplir el derecho a la salud sin discriminación.<sup>16</sup>

Los actos y las omisiones del Gobierno en el área de los servicios de salud reproductiva, incluida la esterilización de las mujeres sin su consentimiento informado, la imposición de barreras para acceder a abortos seguros y legales, y el no abordar la mortalidad materna prevenible, violan el derecho a la salud y otros derechos humanos fundamentales. Estas cuestiones están en el núcleo de la estrategia de

13 Cedaw, artículos 12(1) y 16(1)(e).

14 Observación general 14, párr. 44(a).

15 Comité Cedaw, artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - La mujer y la salud (20º periodo de sesiones, 1999), UN/Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (2008), párr. 11.

16 Observación general 14, párr. 34.



demandas judiciales sobre derechos reproductivos del Centro, y son la base para los estudios de caso que se presentan en la próxima sección.

## Estudios de casos sobre derechos reproductivos

Las demandas judiciales sobre derechos reproductivos transforman las normas generales de derechos humanos en protecciones concretas. Los procesos judiciales sobre casos individuales pueden usarse para hacer a los gobiernos responsables de sus compromisos internacionales sobre derechos humanos, al buscar remedios para las violaciones específicas de estos derechos y ordenar cambios legislativos y de política pública para prevenir su ocurrencia. Las demandas judiciales pueden ayudar también a definir y configurar el discurso público sobre cuestiones controvertidas, como el aborto. El Centro para los Derechos Reproductivos, en asociación con organizaciones locales no gubernamentales, ha sido pionero en el uso de las demandas judiciales sobre derechos reproductivos en el ámbito nacional, regional e internacional durante las dos últimas décadas, como parte de una estrategia activista y jurídica integral, para promover ese doble objetivo de compensar los daños a las víctimas y conseguir la creación internacional de normas.<sup>17</sup> Esta sección examina estudios de caso específicos que el Centro ha litigado ante los tribunales o a los cuales ha brindado apoyo, sobre esterilización coercitiva, acceso al aborto y mortalidad maternal, presentando los detalles del caso y ofreciendo un estudio crítico de los éxitos y los retos a la hora de implementar las órdenes judiciales, y también las consecuencias más amplias que esas decisiones han tenido para el Centro y para los esfuerzos activistas más amplios de sus socios.

### Esterilización involuntaria

La esterilización quirúrgica es un método anticonceptivo permanente que, cuando es voluntaria, puede ser un medio efectivo de prevenir embarazos futuros indeseados. En comparación, las esterilizaciones que se realizan sin el consentimiento voluntario e informado del paciente causan un tremendo daño físico y psicológico. Las esterilizaciones involuntarias pueden ser coercitivas, cuando una persona da su consentimiento para ser esterilizada debido a incentivos, información errónea o intimidación; cuando es forzada, o cuando la persona es esterilizada sin su conocimiento, por ejemplo, durante otro proceso quirúrgico, como una cesárea. Las esterilizaciones involuntarias son

---

17 Para más información sobre emprendimiento normativo, véase Hannum (2004), Charnovitz (2006) y Keck y Sikkink (1998).

un fenómeno global y las poblaciones marginadas, como las minorías raciales o étnicas, las mujeres que padecen VIH y las personas con discapacidades son muchas veces objeto de políticas o prácticas de esterilización involuntaria porque serían consideradas “inadecuadas” para tener hijos.

### *María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú*

Durante la presidencia de Alberto Fujimori en Perú, funcionarios peruanos esterilizaron de manera sistemática a miles de mujeres indígenas y pobres sin su consentimiento.<sup>18</sup> María Mamérita Mestanza Chávez, una mujer de 33 años, de Cajamarca, fue una de las escogidas por los funcionarios del Gobierno para su esterilización. Los trabajadores del sector de la salud amenazaron a Mestanza y a su esposo con la cárcel y multas si no consentía la esterilización quirúrgica. Debido al acoso y las amenazas repetidas, Mestanza se sometió al procedimiento de esterilización, que fue realizado sin exámenes médicos previos. Después de que se le diera el alta del hospital, Mestanza tuvo graves complicaciones pero se le negaron servicios de salud adicionales y pocos días después de la cirugía murió de una infección posquirúrgica.<sup>19</sup> En 1999, el Centro se asoció con otras organizaciones no gubernamentales<sup>20</sup> para intervenir en el proceso judicial del caso de Mestanza ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

En octubre de 2003, el Gobierno de Perú firmó un acuerdo extrajudicial en el caso María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú, en el que se acordó pagar indemnizaciones individuales y generales.<sup>21</sup> El Estado admitió su responsabilidad internacional por las violaciones de derechos humanos que habían ocurrido, en concreto contra los derechos a la vida, la integridad física y el trato humano, la igualdad de protección ante la ley y verse libre de violencia por razón de género. El acuerdo también contempló reparaciones individuales para la familia

18 El Defensor del Pueblo peruano ha documentado al menos 2.074 casos de esterilizaciones involuntarias entre 1996 y 2000, aunque las estimaciones oficiales indican que el número real puede ser mucho mayor. Véase, por ejemplo, Páez (2011).

19 Para una explicación más detallada de los hechos del caso, véase el acuerdo extrajudicial amistoso, María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú, Case 12.191, IACHR, Report 71/03 OEA/Ser.L/V/II.118 Doc. 5 rev. 2, 22 de octubre de 2003.

20 El Centro se asoció con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (Cladem), el Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Demus), la Asociación Pro-Derechos Humanos (Aprodeh), y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (Cejil) para presentar el caso Mestanza ante la CIDH.

21 María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú.

de Mestanza, que adoptaron la forma de una indemnización monetaria y una investigación administrativa y penal sobre las violaciones de los derechos de Mestanza. Además, el Gobierno de Perú estuvo de acuerdo en reformar sus leyes y políticas para fortalecer las protecciones de los derechos de los pacientes de los servicios de salud y para mejorar los mecanismos de responsabilidad por violaciones de derechos humanos.

El Gobierno peruano ha cumplido hasta ahora de manera parcial los términos de ese acuerdo extrajudicial amistoso. Perú le ha pagado al esposo de Mestanza y a sus hijos las indemnizaciones monetarias acordadas. Además, el Ministerio de Salud de Perú aprobó directrices sobre la salud sexual y reproductiva que desarrollaban, entre otras cosas, los derechos de los pacientes a no ser sometidos a ningún procedimiento de planificación familiar —lo que incluía la esterilización quirúrgica—, sin su consentimiento libre, voluntario e informado (Ministerio de Salud de Perú, 2004). No es claro si esas directrices se han implementado totalmente en el ámbito de los servicios de salud, pero las campañas de esterilización involuntaria terminaron. La investigación penal prometida languideció y al final fue archivada alegando la prescripción del caso (IACHR, 2009, p. 751). Sin embargo, las estrategias jurídicas y activistas llevadas a cabo ayudaron a generar una conciencia y una memoria públicas de estas violaciones de derechos humanos, que tuvieron efectos simbólicos y transformadores duraderos. En las elecciones presidenciales de Perú, en 2011, la candidata Keiko Fujimori fue hostigada por las campañas de esterilización voluntaria de su padre, y se ha sugerido que su débil respuesta frente a estas le puede haber costado la presidencia.<sup>22</sup> Además, tras las elecciones de julio de 2011, el nuevo Gobierno de Perú anunció en octubre de ese año que comenzaría a tratar los casos de esterilización involuntaria como crímenes contra la humanidad (Associated Press, 2011); en noviembre de 2012, el Gobierno reabrió su investigación de los casos, incluido el de Mestanza (IACHR, 2014, p. 271). Sin embargo, hasta la fecha no ha habido ninguna resolución satisfactoria de la investigación penal. Se presentó una denuncia contra dos funcionarios de salud, pero la culpabilidad de las autoridades públicas no se ha establecido (IACHR, 2014, p. 272). Además, cualquier efecto que las campañas de esterilización hayan podido tener sobre la primera campaña de Keiko Fujimori a la presidencia en 2011, no pareció afectar su alta votación en las elecciones presidenciales de Perú en el 2016 (Cappaert, 2015).

---

22 Véase, por ejemplo, Sobrevilla (2011).

### *A. S. vs. Hungary*

A. S., una húngara de origen romaní, fue llevada a un hospital porque estaba experimentando dolores de parto, su saco amniótico se había roto y tenía una hemorragia. Cuando llegó a la sala de admisiones del hospital se le informó que había tenido un aborto y que debía someterse a una cesárea de emergencia. Unos minutos después, en estado de *shock* y mareada por la pérdida de sangre, A. S. estaba en la mesa de operaciones y se le pidió su consentimiento por escrito para realizarle la cesárea. Sin que A. S. fuera consciente de lo que firmaba, la declaración contenía también una nota manuscrita ilegible que usaba la palabra latina para esterilización. Un tiempo después, A. S. supo que la habían esterilizado durante la cirugía, cuando le preguntó al médico si podría volver a quedar embarazada.<sup>23</sup>

A. S., representada por el Centro Europeo para los Derechos de los Romaníes y el Legal Defence Bureau for National and Ethnic Minorities, presentó una demanda ante el Comité de la Cedaw<sup>24</sup> con el apoyo del Centro, que adjuntó una opinión técnica. La demanda de A. S. alegó que la esterilización nunca es una intervención médica necesaria para salvar la vida del paciente, para que tenga que realizarse sin el consentimiento del mismo. Al no haber conseguido el consentimiento pleno del paciente, Hungría había violado sus derechos a la información sobre planificación familiar, a la salud y a decidir libremente sobre el momento para tener hijos y cuántos.<sup>25</sup>

En agosto de 2006, el Comité de la Cedaw dictó la primera decisión proveniente de un órgano internacional de derechos humanos en la que se reconocía que no conseguir el consentimiento pleno e informado en un procedimiento de salud reproductiva violaba derechos humanos fundamentales. El Comité recomendó medidas individuales y generales como reparaciones frente a las violaciones de los derechos de A. S. En concreto, el Comité ordenó una indemnización para A. S. “commensurado con la gravedad de las violaciones de sus derechos”.<sup>26</sup>

Al principio, Hungría se negó a considerar apropiadamente las opiniones del Comité de la Cedaw y declaró que el pago de una indemnización no era factible porque los tribunales nacionales no habían

23 Para más información sobre los hechos del caso, véase la decisión final del Comité Cedaw, *A.S. vs. Hungary*, Cedaw Committee, Communication 4/2004, UN/Doc.Cedaw/C/36/D/4/2004 (2006).

24 A.S. presentó su demanda al Comité Cedaw con la ayuda del Legal Defence Bureau for National and Ethnic Minorities (NEKI) y el European Roma Rights Centre (ERRC).

25 Cedaw, artículos 10(h), 12, y 16(1)(e).

26 *A.S. vs. Hungary*, para 11.5.

encontrado ninguna violación de los derechos de A. S. No obstante, según el Comité de la Cedaw, las decisiones nacionales “nunca liberan a un Estado de su obligación de implementar la recomendación del Comité”, e instó al Estado a cumplir con sus recomendaciones en sus observaciones finales.<sup>27</sup> Después de un activismo continuo de los demandantes y del Centro, y también de un seguimiento reiterado por parte de los miembros del Comité de la Cedaw, Hungría cumplió la decisión y le pagó una indemnización a A. S.<sup>28</sup> Además de las reparaciones individuales, el Comité de la Cedaw recomendó que el Estado tomase medidas generales para ajustar su legislación nacional sobre consentimiento informado a los derechos humanos internacionales y los estándares médicos. Sin embargo, a pesar de las enmiendas a sus leyes nacionales tras la decisión, la Ley de Salud Pública húngara sigue permitiendo la esterilización sin consentimiento por “razones de salud”.<sup>29</sup> En sus observaciones finales más recientes, el Comité expresó su preocupación sobre el hecho de que la ley húngara todavía permite estas prácticas.<sup>30</sup> Al establecer que los Estados pueden ser declarados responsables por no proporcionar información necesaria para tomar decisiones informadas con respecto a los procedimientos médicos relacionados con la salud reproductiva, la decisión del Comité de la Cedaw ha tenido efectos transformadores y ha sido citada en procesos judiciales actuales y en los esfuerzos activistas para estimular a otros órganos, en particular a los regionales de derechos humanos, a fortalecer los estándares sobre consentimiento informado.<sup>31</sup>

27 Comité Cedaw, Summary record of the 801st meeting of Cedaw (Chamber A): Consideration of reports submitted by States parties (Hungary) (thirty ninth session, 2007), UN/Doc. Cedaw/C/SR.801 (A) at 4 (2007) (Summary Record of the 801st Meeting of Cedaw).

28 Carta de la Misión permanente de la República de Hungría ante la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos (20 de julio de 2009) (en el archivo del Centro para los Derechos Reproductivos).

29 Comité Cedaw, Consideration of the reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: Combined seventh and eighth periodic reports by States parties (Hungary), párr. 75, UN/Doc.Cedaw/C/HUN/7-8 (22 de septiembre de 2011).

30 Comité Cedaw, Concluding Comments of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: Hungary, UN/Doc.Cedaw/C/HUN/CO/7-8, pp. 8-9 (2013).

31 Véase, por ejemplo, caso *V.C. vs. Slovakia*, App. 18968/07, ECHR, párr. 84 (2011) (donde se citan documentos de Cedaw que se refieren a *A.S. vs. Hungary* como uno de los materiales internacionales relevantes en un caso en el que la Corte determinó que el Gobierno había violado los derechos de la demandante a no ser sometida a la tortura y a la privacidad, al esterilizarla sin su consentimiento informado; *I.V. vs. Bolivia*, Case 12.655, IACHR, Report 72/14 (Aug. 15, 2014) (donde se cita *A.S. vs. Hungary*, un caso en el que se esterilizó a una

## Acceso al aborto

Hay dos barreras críticas que inhiben el acceso de las mujeres a procedimientos abortivos seguros y legales: las leyes restrictivas que criminalizan el aborto en todas o en casi todas las circunstancias, y barreras regulatorias y prácticas al aborto cuando este es legal. Teniendo en cuenta la naturaleza conflictiva del aborto, la estrategia de demandas judiciales del Centro al respecto ha sido denunciar los efectos dañinos que esas prohibiciones tienen sobre las vidas de las mujeres, y presionar para que haya un aumento paulatino de los derechos al aborto. Esta sección se concentra en casos en los que el acceso al aborto es legal, puesto que esos son los únicos casos en el ámbito internacional que están en la etapa de implementación.

### *Tysiāc vs. Poland*

Alicja Tysiāc, de nacionalidad polaca, sufría de una grave miopía. Al quedar embarazada por tercera vez, consultó con tres oftalmólogos, que concluyeron que llevar a término el embarazo ponía en grave riesgo su visión. Después de algunas dificultades, Tysiāc consiguió por fin una prescripción médica para que se le practicara un aborto, que es un requisito según el derecho polaco para poder conseguir un aborto terapéutico. Aun contando con la prescripción médica, el director del departamento de ginecología y obstetricia de una clínica de Varsovia negó la solicitud de Tysiāc, alegando que no había razones médicas para practicarle el aborto. No había procedimiento para apelar la decisión del médico, así que Tysiāc tuvo que terminar su embarazo. Como le habían pronosticado, después del parto su vista empeoró gravemente, al punto de quedar calificada como una persona con una discapacidad grave según el sistema de seguridad social de Polonia.<sup>32</sup>

Con la representación jurídica de Interights y de abogados polacos, Tysiāc presentó su caso al Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Tribunal Europeo) en 2003. El Centro actuó como *amicus curiae* en el caso. El Tribunal Europeo declaró que el Estado había violado los derechos de Tysiāc a la intimidad y a un recurso efectivo, y ordenó una indemnización monetaria para Tysiāc por las violaciones

---

mujer durante una cesárea, para respaldar la posición de que el consentimiento informado exige un proceso de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, y no debe buscarse mientras este se encuentre en estado de estrés quirúrgico); *F.S. vs. Chile*, P-112-09, IACHR, Petitioner's Brief (archivado por el Centro para los Derechos Reproductivos).

32 Para una explicación más detallada de los hechos del caso, véase la sentencia definitiva del TEDH en el caso *Tysiāc vs. Poland*, App. 5410/03, ECHR (24 de septiembre de 2007).

sufridas. Además, el Tribunal dispuso el establecimiento de un mecanismo de apelación efectivo que revisara los casos en los que hubiera un desacuerdo con respecto a las condiciones para practicarse un aborto legal. Asimismo, estableció cuatro elementos clave del mecanismo de apelación que Polonia tenía que incorporar para satisfacer sus obligaciones: la revisión debía realizarse por un órgano independiente, las opiniones de la embarazada debían tenerse en cuenta, la decisión debía constar por escrito y tenía que tomar una decisión en un plazo razonable teniendo en cuenta las circunstancias.<sup>33</sup> Polonia pagó la indemnización completa. En 2009, adoptó también una legislación sobre los derechos de los pacientes a objetar la decisión del doctor ante un consejo médico y afirmó que esa legislación ajustaba su derecho a lo dispuesto en la sentencia *Tysiąc*. Aunque la ley modificada, en su letra, cumple dos condiciones de la decisión —una comisión independiente debe escuchar las opiniones de la embarazada y formular su decisión por escrito—, la eficiencia y la accesibilidad del mecanismo fueron consideradas insuficientes debido a los plazos exigidos para tomar una decisión con respecto a los abortos terapéuticos y las pruebas prenatales (Committee of Ministers, 2015, p. 161). Por tanto, el Comité de Ministros, el órgano que supervisa el cumplimiento de las decisiones del Tribunal Europeo, continúa siguiendo la implementación de la sentencia. El Centro y su socio local, la Federación para la Mujer y la Planificación Familiar en Polonia, desarrollaron estrategias activistas específicas para fortalecer el cumplimiento, como la entrega de opiniones técnicas sobre la nueva ley al Comité de Ministros; como resultado de estas estrategias activistas, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud publicó un informe sobre el derecho a la salud en Polonia en el año 2010, que se ocupó de la situación del aborto y criticó la inacción del Estado a la hora de implementar las medidas generales de la sentencia *Tysiąc*.<sup>34</sup>

### *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs. México*

Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, una niña de 13 años de México, fue violada durante un robo domiciliario. Paulina quedó embarazada a consecuencia de la violación, lo cual era una de las causas que permitía un aborto legal según el Código penal de Baja California, el estado mexicano en el que vivían Paulina y su familia. Paulina informó de la

33 *Idem*, pp. 117-118.

34 OHCHR, Report of the Special Rapporteur on the right to the highest attainable standard of physical and mental health: Mission to Poland (Fourteenth session, 2010), UN/Doc.A/HRC/14/20/Add.3 (2010), párr. 11-12.

violación a la Fiscalía, con el propósito de obtener la autorización necesaria para un aborto legal. Sin embargo, después de ser admitida en el hospital para realizarse el aborto, los empleados del mismo retrasaron el procedimiento y usaron diversas tácticas para presionar a Paulina a que no se lo realizara. Cuando insistió en su deseo de acabar con el embarazo, el personal del hospital le dio a Paulina y a su madre información falsa sobre los peligros físicos de realizarse un aborto, lo que acabó por asustarla y le hizo llevar a término el embarazo.<sup>35</sup> El Centro, junto con sus socios locales,<sup>36</sup> presentaron el caso de Paulina ante la CIDH, y en 2006 las partes llegaron a un acuerdo extrajudicial amistoso.

En el acuerdo amistoso, el Gobierno mexicano aceptó medidas individuales y generales. El Estado estuvo de acuerdo en reconocer públicamente que había violado los derechos humanos de Paulina al no facilitarle el acceso a un aborto legal.<sup>37</sup> El acuerdo amistoso también dispuso una indemnización monetaria para Paulina y le exigió a México adoptar medidas generales para prevenir que ocurrieran violaciones parecidas en el futuro.<sup>38</sup>

El Gobierno mexicano pagó las indemnizaciones monetarias a Paulina. El secretario de Salud aprobó una circular que instaba a todos los estados mexicanos a garantizar el acceso al aborto cuando fuera legal, para garantizar el cumplimiento del acuerdo en el caso Paulina (IACHR, 2009, p. 681). No está claro en qué medida se ha implementado esa circular en el ámbito estatal, pero al menos en un caso las autoridades del estado de Sinaloa le concedieron a una niña de 12 años, violada, acceso a un aborto legal para evitar otro caso Paulina (GIRE, 2005, p. 9). También, como respuesta al acuerdo extrajudicial, Baja California aprobó normas reglamentarias para facilitar el acceso al aborto a las víctimas de violación, pero esas normas nunca se publicaron y sus efectos no están claros. A pesar de la falta de claridad sobre los efectos de estas normas reglamentarias, la CIDH considera que México ha cumplido plenamente con el acuerdo (IACHR, 2015, p. 88).

35 Para una explicación completa de los hechos de este caso, véase el acuerdo extrajudicial amistoso del caso Paulina del Carmen Ramírez Jacinto *vs.* México, caso 161-02, IACHR, Report 21/07, OEA/Ser.L/V/II.130 Doc. 22, rev. 1, 29 de diciembre de 2007.

36 El Centro se asoció con la ONG mexicana Alaíde Foppa y con el Information Group on Reproductive Choice (GIRE) para presentar la demanda de Paulina ante la CIDH.

37 Véase la declaración publicada en el *Periódico Oficial del Estado – Gobierno de Baja California* (Reconocimiento público de responsabilidad: Paulina Ramírez Jacinto, P-161/02, 10 de febrero de 2006).

38 Paulina del Carmen Ramírez Jacinto *vs.* México.



El acuerdo extrajudicial en el caso Paulina ha tenido también efectos transformadores más allá de los hechos específicos del caso. Al caso Paulina se le acredita en gran parte haber cambiado el discurso público sobre el aborto en México, un efecto que contribuyó en gran medida a su descriminalización en la Ciudad de México en 2007 (GIRE, 2008, pp. 12-14). Hay que señalar, sin embargo, que ese efecto transformador no ha sido totalmente positivo. El debate renovado sobre el aborto y su descriminalización en Ciudad de México también ha contribuido a una reacción contra el aborto en varios estados mexicanos. Esa reacción negativa llevó a la aprobación de enmiendas constitucionales que protegen la vida desde la concepción, con el propósito de impedir la liberalización de las leyes sobre el aborto de esos estados (Cook, 2010, p. 1).

Los casos Tysiác y Paulina han tenido efectos transformadores fuera de sus propios países. Ambos fueron usados para apoyar la decisión del Tribunal Supremo de Nepal en el caso Lakshmi Dhikta *vs.* Nepal, que declaró que el Gobierno tiene la obligación de garantizar el acceso de las mujeres a un aborto legal seguro y económico.<sup>39</sup> Tysiác también ha sido fundamental para definir cuál sería la estructura de un mecanismo apropiado de compensación para las mujeres a las que se les niegue un aborto legal y a esos efectos fue citado por el Comité de la Cedaw en su decisión de 2011 en el caso L.C. *vs.* Perú.<sup>40</sup>

### *K. L. vs. Perú*

K. L., una niña peruana de 17 años, tenía varios meses de embarazo cuando le diagnosticaron anencefalia al feto, una grave anomalía fetal incompatible con la vida fuera del útero materno. La continuación del embarazo era peligrosa para la vida de K. L. y para su salud física y mental, y su médico recomendó ponerle fin al embarazo. A pesar de esos riesgos y de la recomendación del médico, las autoridades hospitalarias le negaron un aborto terapéutico legal<sup>41</sup> a K. L. y tuvo que llevar a término el embarazo. Después del nacimiento, el personal del hospital obligó a K. L. a amantar al niño anencefálico durante cuatro días, tras lo cual, como se había anticipado, el niño murió. K. L. sufrió graves consecuencias psicológicas debido a esos hechos.<sup>42</sup>

39 Lakshmi Dhikta *vs.* Government of Nepal, 2007 Writ 0757, 2067, Tribunal Supremo de Nepal.

40 L.C. *vs.* Perú, Comité Cedaw, Communication 22/2009, UN/Doc.Cedaw/C/50/D/22/2009 at 8.17 (2011).

41 El Código Penal de Perú permite el aborto cuando sea necesario para preservar la vida o la salud de la mujer. Decreto Legislativo 635, Código Penal de Perú, artículo 119.

42 Para más información sobre los hechos del caso, véase la comunicación

El Centro y sus socios locales<sup>43</sup> presentaron el caso de K. L. ante el Comité de Derechos Humanos. En la primera decisión sobre el aborto que haya tomado un órgano internacional de derechos humanos, el Comité declaró que al negarle acceso a un aborto legal, Perú había violado los derechos de K. L. a verse libre de tortura o de un trato cruel, inhumano o degradante; a la intimidad y a la protección especial como menor. En sus recomendaciones, el Comité pidió una indemnización para K. L., además de medidas generales para prevenir violaciones parecidas en el futuro.<sup>44</sup>

Durante algún tiempo, Perú no cumplió las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos; estas no señalan una cantidad específica para la indemnización y los intentos para negociar una compensación justo después de la decisión acabaron por bloquearse. La cantidad propuesta por Perú estaba muy por debajo de los estándares internacionales para las violaciones de esos derechos, y K. L. era reticente a aceptar la oferta de indemnización si no había cambios estructurales más generales. En consecuencia, se rechazó la oferta y, en ese momento, no se pagó ninguna indemnización. Además, aunque había una buena disposición por parte de los funcionarios superiores de ocuparse de los problemas estructurales subrayados por la decisión del Comité de Derechos Humanos, hubo órdenes de no avanzar en la solución.<sup>45</sup>

A pesar de estos obstáculos a la implementación, el Centro y sus socios locales continuaron participando en estrategias legales y activistas para conseguir la plena implementación de la sentencia, y Perú está ahora tomando las medidas para cumplirla. En 2014, adoptó directrices técnicas sobre aborto terapéutico, dirigidas claramente a evitar violaciones parecidas a la experimentada por K. L. y que deberían facilitar el acceso al aborto legal (como solicitaba la decisión del Comité de la Cedaw en *L. C. vs. Perú*,<sup>46</sup> un caso adicional de la misma clase que el Centro y sus asociados presentaron como parte de una estrategia de activismo jurídico). Sin embargo, los efectos de esas directrices en

---

final del Comité de Derechos Humanos en *K. L. vs. Perú*; Comité de Derechos Humanos, Communication 1153/2003, UN/Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

43 El Centro se asoció con Demus y Cladem para presentar la queja K. L. ante el Comité de Derechos Humanos.

44 *K. L. vs. Perú*, párr. 8.

45 Esta valoración está basada en las conversaciones que el Centro y sus socios han tenido con la Secretaría del Comité de Derechos Humanos y funcionarios del Estado.

46 *L.C. vs. Perú*, Comité CEDAW, Communication 22/2009, UN/Doc.Cedaw/C/50/D/22/2009 (2011).

las instituciones de salud están por verse. Además, en septiembre de 2010, activistas locales presentaron una demanda para presionar la implantación nacional de las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos, y en enero de 2015 un tribunal peruano dictó una decisión en ese caso en la que determinó que Perú estaba obligado legalmente a acatar la decisión del Comité.<sup>47</sup> La decisión de la Corte exige que el Estado le pague una indemnización a K. L., haga pública la decisión del Comité en el caso, y garantice la implementación de las directrices sobre aborto terapéutico. Esta decisión abre el camino para que K. L. reciba una indemnización monetaria y para que se implementen los remedios generales pedidos en las recomendaciones del Comité.

Además, los estándares establecidos en la decisión K. L. han tenido efectos transformadores significativos y han sido citados en decisiones fundamentales que liberalizan las leyes sobre el aborto o declaran la validez de dichas leyes en todo el mundo.<sup>48</sup> La decisión ha reconfigurado también el diálogo sobre el aborto en la comunidad de derechos humanos. En 2007, por ejemplo, Amnistía Internacional abandonó su posición neutral sobre el tema y pasó a considerar que las leyes restrictivas del aborto eran violaciones de derechos humanos (Milmo, 2007). Los informes de la organización que se ocupaban de las prohibiciones absolutas del aborto citaban a K. L. para apoyar su posición de que el derecho internacional de los derechos humanos apoya la liberalización de las leyes sobre el aborto (Amnesty International, 2014, p. 23; 2015, p. 104).

## Mortalidad materna

La mortalidad materna prevenible se ha reconocido progresivamente como un problema de derechos humanos por varios órganos regionales e internacionales de derechos humanos, como se advierte en las observaciones finales aprobadas por los órganos de supervisión de los tratados de las Naciones Unidas,<sup>49</sup> varias resoluciones innovadoras del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas<sup>50</sup> y un reciente

47 9º Juzgado Constitucional [Juzg. Const.], 21 de enero de 2015, "Noelia Karin Llantoy Huaman vs. Ministerio de Justicia y Ministerio de Salud / Acción de Amparo" (Per.).

48 K. L. vs. Perú fue citado en las decisiones de la Corte Constitucional colombiana y la Corte Constitucional de la República Eslovaca sobre la liberalización de las leyes sobre aborto; Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355/06, de 10 de mayo de 2006; Corte Constitucional de la República Eslovaca, PL. ÚS 12/01-297, de 4 de diciembre de 2007.

49 Para un estudio completo de las decisiones de los órganos de los tratados de las Naciones Unidas sobre mortalidad materna evitable, véase Center for Reproductive Rights (2008).

50 H.R. Council Res. 11/8, UN/Doc.A/HRC/11/L.16/Rev.1 (junio 16 de 2009);

informe de la CIDH (Inter-American Commission, 2010). Aprovechando el impulso generado por esos cambios, los abogados activistas defensores de los derechos humanos han comenzado a presentar casos individuales durante la última década para darle significado a las protecciones constitucionales e internacionales de derechos humanos relevantes para la mortalidad materna. Teniendo en cuenta que este es un enfoque relativamente nuevo, no ha habido muchas decisiones finales hasta ahora. Los estudios de caso seleccionados para esta sección incluyen aquellos en los cuales no hay una decisión final, entre los que está un caso en el que las órdenes provisionales tuvieron efectos tangibles, antes de que se aprobara la decisión final.

### *Demandas judiciales nacionales sobre mortalidad materna en India*

En India ocurre casi un quinto de todas las muertes maternas en el mundo (WHO, 2014, p. 1). El Estado indio ha desarrollado políticas nacionales pensadas para reducir la mortalidad y la morbilidad materna mediante una mejora en el acceso y en la calidad de los servicios de salud materna, pero esas políticas no han sido implementadas apropiadamente. En un esfuerzo por subrayar la naturaleza sistémica de los problemas, los activistas locales con representación legal de la Human Rights Law Network (HRLN), con el apoyo técnico e intervenciones como terceros por parte del Centro, han estado implementando una estrategia de derecho de interés público (DIP) desde 2007. Esta estrategia se ha convertido en una vigorosa iniciativa de demandas judiciales sobre derechos reproductivos con más de cuarenta casos de DIP presentados, entre los cuales hay varios que abordan los servicios de salud materna.<sup>51</sup>

Como consecuencia de esta estrategia, en 2010, el Tribunal Superior de Delhi dictó una decisión histórica en un proceso en el que acumuló los casos de dos mujeres a los que se les negaron servicios de salud materna debido a varios factores, como la imposibilidad de pagar tasas hospitalarias.<sup>52</sup> Después de experimentar una muerte intrauterina, Shanti Devi fue rechazada por los hospitales y obligada a

---

H.R. Council Res. 15/17, UN/Doc.A/HRC/15/L.27 (septiembre 27 de 2010); H.R. Council Res. 18/11, UN/Doc.A/HRC/18/L.8 (septiembre 23 de 2011); H.R. Council Res. 21/6, UN/Doc.A/HRC/21/L.10 (septiembre 21 de 2012); H.R. Council Res. 27/11, UN/Doc.A/HRC/27/L.19/Rev.1 (septiembre 24 de 2014).

51 Para mayores detalles de la Reproductive Rights Initiative del HRLN, véase <http://hrln.org/hrln/reproductive-rights/the-initiative.html>.

52 High Court of Delhi, *Laxmi Mandal vs. Deen Dayal Hospital and others*, W.P.(C) 8853/2008, y *Jaitun vs. Maternity Home MCD, Jangapura and others*, W.P.(C) 10700/2009.

cargar al feto muerto dentro de ella por unos cinco días, antes de recibir por fin los servicios de emergencia de obstetricia. Shanti Devi nunca recibió servicios médicos de seguimiento o consejería y, poco tiempo después, volvió a quedar embarazada y falleció durante un parto sin asistencia médica. Fatema, una mujer que padecía epilepsia y anemia, fue obligada a dar a luz sin asistencia debajo de un árbol, tras haber sido rechazada por un hospital cuando estaba ya de parto.

La decisión del Tribunal afirma que la mortalidad y la morbilidad materna son cuestiones de derechos humanos, y que el Gobierno tiene la obligación de eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud materna. El Tribunal concedió medidas individuales para las demandantes y también medidas generales dirigidas a fortalecer la implementación de sistemas de asistencia de salud materna e infantil para facilitar un mayor acceso a los servicios de salud para las mujeres pobres. La indemnización monetaria se ha pagado en su totalidad; no obstante, las medidas generales, que facilitarían la implementación de los sistemas de incentivos monetarios a fin de promover el cuidado prenatal y de parto para las mujeres embarazadas que están por debajo de la línea de pobreza, todavía están pendientes. Sin embargo, el Tribunal sigue con la supervisión de la implementación de estas medidas, y en 2013 dictó una decisión declarando al Gobierno en desacato por no haberlas implementado apropiadamente.<sup>53</sup> El HLRN continúa presentando casos para impulsar la implementación de estos sistemas;<sup>54</sup> además, la decisión de la Corte de que negar servicios de salud materna viola los derechos humanos y constitucionales fundamentales establece un importante precedente, jurídico y simbólico, para garantizar que la mortalidad materna sea demandable ante los tribunales. Varios meses después de su decisión en estos casos, el Tribunal Superior de Delhi inició de oficio procedimientos para ocuparse de la discriminación y de la negativa a prestar servicios de salud a las mujeres sin hogar, en particular a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y dictó órdenes provisionales al Gobierno de Delhi para establecer albergues que proporcionen asistencia médica apropiada y otros servicios a las mujeres pobres en estas condiciones.<sup>55</sup>

53 Para más información sobre la audiencia por desacato, véase <http://hrln.org/hrln/reproductive-rights/pils-a-cases/1210-delhi-high-court-orders-union-of-india-and-nct-of-delhi-and-to-provide-entitlements-to-below-poverty-line-women-within-6-weeks-finds-the-governments-stand-unacceptable.html>.

54 Véase, por ejemplo, High Court of Delhi, *Bilkis and Anr vs. Govt of NCT of Delhi and others*, W.P. (C) 4200/2015, presentado en abril de 2015.

55 High Court of Delhi, *Court of its own Motion vs. U.O.I.*, W.P. (C) 5913/2010.

El caso de Sandesh Bansal *vs.* Union of India and others es otro de esos ejemplos. Madhya Pradesh tiene una de las peores tasas de mortalidad materna en la India, y los activistas locales demandaron al Estado para que efectuara cambios estructurales.<sup>56</sup> Aunque el proceso judicial todavía no ha concluido ante el Tribunal Superior de Madhya Pradesh, ese Tribunal llevó a cabo una investigación sobre la implementación de los estándares de salud pública y profirió órdenes provisionales. Aun antes de que se dictara la decisión final del caso, el estado comenzó a implementar los remedios generales pedidos en las órdenes provisionales, y aprobó una licencia para un banco hospitalario de sangre, esperado desde hace largo tiempo, y la construcción de un tanque de agua para ayudar a un centro de atención primaria de salud a cumplir con los estándares aplicables.<sup>57</sup> En 2012, la Corte dictó sentencia sobre el caso, y le pidió al Gobierno tomar medidas específicas para ocuparse de la mortalidad materna, como garantizar prestadores especializados de servicios de salud las veinticuatro horas, mejorar la infraestructura básica para proporcionar ininterrumpidamente agua y electricidad, garantizar acceso a transporte de emergencia para las comunidades locales, proporcionar vacunas a las embarazadas y los recién nacidos, y hacerle seguimiento a los expedientes de los pacientes.<sup>58</sup> A diferencia de otros estudios de caso incluidos aquí, Sandesh Bansal se concentró de manera exclusiva en los cambios estructurales y no en un caso de una mujer concreta, por lo que solo contempla medidas generales y no indemnizaciones monetarias. Aunque las medidas generales no se han cumplido totalmente, el Tribunal continúa supervisando la implementación. En 2013, HLRN presentó una demanda de seguimiento para impulsar la implementación completa de las órdenes del Tribunal,<sup>59</sup> que está pendiente de decidirse por el Tribunal Superior de Madhya Pradesh.

#### *Alyne da Silva Pimentel vs. Brazil*

Alyne da Silva Pimentel, una mujer brasileña pobre, de ascendencia africana, murió por causas evitables asociadas al embarazo tras haberse negado servicios oportunos de obstetricia de emergencia. Alyne primero acudió a los servicios de salud al experimentar graves síntomas de dolor y náuseas durante su sexto mes de embarazo. Sin ser admitida

56 Sandesh Bansal *vs.* Union of India and others, W.P. 9061/2008.

57 Para más información sobre la implementación de estos y otros casos sobre mortalidad materna presentados ante tribunales de la India, véase Center for Reproductive Rights y Human Rights Law Network (2011).

58 Sandesh Bansal *vs.* Union of India and others, W.P. 9061/2008.

59 *Ibid.*, W.P. 11860/2013.

y mucho menos examinada, fue enviada a su casa con medicación antiemética y vitaminas. Dos días después volvió al hospital y los prestadores del servicio de salud descubrieron que el corazón del feto había dejado de latir. Después de un retraso de catorce horas, a pesar de que el estándar médico exige la cirugía inmediata, los prestadores del servicio operaron a Alyne para sacarle el feto muerto. Tras la cirugía, Alyne tuvo una hemorragia, su estado empeoró y después de más retrasos y más negligencia por parte de los prestadores de salud, murió.<sup>60</sup>

En noviembre de 2007, el Centro y el Citizens' Advocacy for Human Rights (Advocaci), su socio local, presentaron el caso ante el Comité de la Cedaw, y alegaron violaciones de los derechos de Alyne, entre otros, de su derecho a la vida y a la salud. Alyne da Silva Pimentel *vs.* Brazil es el primer caso presentado ante un órgano de derechos humanos de las Naciones Unidas que articula la mortalidad materna como una violación de derechos humanos y busca hacer responsable al Gobierno por el fracaso sistemático a la hora de prevenir las muertes maternas. En una decisión histórica, el Comité de la Cedaw determinó que Brasil había violado los derechos de Alyne a la salud, a verse libre de discriminación y al acceso a la justicia, y pidió una indemnización para su familia, además de medidas generales que garantizaran el derecho de las mujeres a una maternidad segura y a un acceso económico a servicios de obstetricia de emergencia apropiados, prestar formación profesional adecuada para los trabajadores de la salud, garantizar que las instalaciones privadas de salud cumplan con los estándares nacionales e internacionales sobre servicios de salud reproductiva, y garantizar que se impongan sanciones a los profesionales de la salud que violen los derechos reproductivos de las mujeres.<sup>61</sup>

Aun antes de que se dictara una decisión final, el Centro y sus socios habían iniciado una estrategia activista complementaria para llamar la atención internacional sobre el problema, fortalecer los estándares internacionales, incluyendo presión para adoptar las mencionadas resoluciones del Consejo de Derechos Humanos, y hacer trabajo de base en Brasil para una implementación exitosa de la decisión en caso de que fuera favorable. Como resultado de esta estrategia, y de un seguimiento focalizado posterior, Brasil ha implementado varios elementos de la sentencia desde que se dictó la decisión, en 2011. En

---

60 Para mayores detalles sobre los hechos del caso, véase el resumen del Center for Reproductive Rights, en <http://reproductiverights.org/en/case/alyne-da-silva-pimentel-v-brazil-committee-on-the-elimination-of-discrimination-against-women>.

61 Alyne da Silva Pimentel *vs.* Brazil, Cedaw Committee, Communication 17/2008, UN/Doc.Cedaw/C/49/D/17/2008 (2011).

concreto, en marzo de 2014, Brasil le pagó una indemnización a la madre de Alyne y reconoció públicamente la responsabilidad del Estado por la muerte de su hija. Poco después, la UCI materna de un hospital recién inaugurado recibió el nombre de Alyne y se colocó una placa en la que se lee lo siguiente: “La ICU Materna Alyne da Silva Pimentel: reparación simbólica y reconocimiento de una muerte evitable. Por la mejora de la calidad del tratamiento para la salud de las mujeres”. El Gobierno brasileño no ha cumplido plenamente con las medidas generales descritas en la decisión del Comité de la Cedaw. Sin embargo, el Estado ha tomado medidas para ocuparse de la mortalidad materna en el país mediante la adopción de un plan conocido como Rede Cegonha, cuya implementación comenzó en 2011.<sup>62</sup>

El caso, que dio lugar a la primera decisión internacional sobre mortalidad materna como cuestión de derechos humanos, tuvo también efectos transformadores en el discurso al respecto. Como explicó un académico, la decisión “ha llevado a un giro en la forma de comprender las muertes maternas como un asunto de injusticia social, que las sociedades están obligadas a solucionar”, y no como algo que puede “ser explicado por el destino, por designio divino o como algo que está [...] más allá del control humano” (Cook, 2013, p. 109). Al reformular la mortalidad materna como un imperativo de derechos humanos, en lugar de como una preocupación de salud pública, los Estados tienen ahora la obligación legal de ocuparse de la mortalidad materna evitable, y pueden ser declarados responsables si no toman las medidas necesarias para prevenirla.

## ¿Qué factores mejoran o dificultan la implementación?

Las sentencias en cada uno de los estudios de caso presentados han sido parcialmente implementadas si se ven como una unidad, pero algunas medidas han sido totalmente implementadas, otras solo en parte y otras no lo han sido en absoluto. Esta sección analiza algunos de los factores clave que mejoran o dificultan la implementación de las sentencias sobre derechos reproductivos, en concreto el diseño de los órganos que dictan la decisión, la naturaleza de las medidas concedidas, la atención pública recibida por el asunto y el entorno social, político y cultural.

62 Para más información sobre la implementación en Brasil de su programa Rede Cegonha sobre salud maternal, véase the Center for Reproductive Rights’ Interim Report for the Fifty-Seven (57th) Session of the Cedaw Committee, on the Concluding Observations of the Cedaw Committee to the Brazilian State during its Fifty-First (51st) Session.



## Diseño institucional

Variaciones en la estructura y en los mecanismos procesales de los órganos decisorios pueden tener efectos significativos en el grado en el que se implementan las sentencias. Varios elementos del diseño institucional pueden mejorar la implementación de medidas directas, como las reparaciones individuales o las reformas sistémicas, mientras que otros ayudan a que medidas transformadoras tengan efectos profundos y extensos.

En el ámbito supranacional, los mecanismos que facilitan la relación directa con el Estado parte pueden mejorar la implementación del resultado final. Cuando un Estado ha participado en las negociaciones y ha firmado un acuerdo final, puede ser más probable que el resultado se considere legalmente vinculante y, por consiguiente, se esté más inclinado a respetarlo.<sup>63</sup> El Reglamento de Procedimiento de la CIDH, por ejemplo, le da competencia para facilitar las negociaciones entre el demandante y el Estado con el consentimiento de ambas partes. Si el Estado y la víctima llegan a un acuerdo extrajudicial amistoso “basado en el respeto por los derechos humanos reconocidos” en los tratados regionales, la Comisión aprobará un informe con un resumen de los hechos del caso y el resultado final.<sup>64</sup> El Tribunal Europeo sigue un proceso parecido mediante el cual la víctima y el Estado parte pueden entrar en negociaciones en un esfuerzo por llegar a un acuerdo amistoso.<sup>65</sup> En cambio, la mayoría de los órganos de supervisión de los tratados de las Naciones Unidas no tienen un mecanismo vigente para facilitar negociaciones conducentes tales acuerdos.<sup>66</sup> Además, un acuerdo extrajudicial negociado puede producir medidas individuales

---

63 Un estudio del cumplimiento estatal de las diferentes clases de remedios aprobados por la CIDH encontró que las indemnizaciones monetarias reconocidas en acuerdos extrajudiciales amistosos tenían una tasa de implementación del 88 %, comparada con la tasa del 58 % que tenían las reparaciones monetarias concedidas mediante una decisión, lo que apoyaría la afirmación de que hay una mayor probabilidad de que los Estados implementen los remedios cuando han participado en negociaciones directas para acordarlos (Baluarte y De Vos, 2010, p. 66).

64 IACHR, Rules of Procedure of the Inter-American Commission on Human Rights, artículo 40, 137th Session (noviembre 13 de 2009).

65 Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Tribunal Europeo), Rules of Court, regla 36 (abril 1 de 2011).

66 Una excepción es el Protocolo Facultativo al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que incluye efectivamente una cláusula que prevé los acuerdos extrajudiciales amistosos, pero ese protocolo solo entró en vigor en mayo de 2013, así que la eficacia de esos acuerdos amistosos todavía está pendiente de evaluación.

más específicas que, como se analiza luego, pueden facilitar también un mayor cumplimiento.

De los estudios de caso presentados en este capítulo, dos de ellos, María Mamérita Mestanza Chávez *vs.* Perú y Paulina Ramírez *vs.* México, terminaron con un acuerdo extrajudicial amistoso. Esos dos acuerdos extrajudiciales proporcionan una variedad de medidas, como indemnizaciones monetarias para el demandante, medidas generales para prevenir otras violaciones y reconocimiento de que el Estado violó los derechos humanos de la víctima. En ambos casos, el Estado le ha pagado al demandante lo acordado y ha reconocido haber violado los derechos humanos de la víctima. En cuanto a las medidas generales acordadas en ambos acuerdos, México habría cumplido en su totalidad, mientras que el cumplimiento de Perú sería parcial. En el caso de Paulina se aprobaron normas reglamentarias para facilitar el acceso al aborto en Baja California, el estado en el que tuvieron lugar las violaciones, aunque esas normas nunca fueron publicadas formalmente. Además, el secretario de Salud aprobó una circular en la que instaba a todos los estados mexicanos a garantizar el acceso al aborto donde fuera legal, con el fin de asegurar el cumplimiento del acuerdo Paulina. Tras el acuerdo en el caso Mestanza, fueron divulgadas directrices sobre salud reproductiva y sexual, pero sus efectos a largo plazo a la hora de proteger los derechos de los pacientes son más difíciles de evaluar.

Otro elemento del diseño institucional que podría mejorar la implementación es la existencia de mecanismos de supervisión o seguimiento. Mecanismos más fuertes para supervisar y evaluar el cumplimiento pueden fortalecer la implementación de las sentencias sobre derechos reproductivos. El mecanismo de DIP en India es un ejemplo de cómo la supervisión continuada puede ayudar a la implementación de las órdenes judiciales sobre casos DESC. El DIP no fue pensado como mecanismo de enfrentamiento judicial, sino más bien para “promover y reivindicar” los derechos de las personas desfavorecidas social y económicamente (Center for Reproductive Rights y Sood, 2006, p. 24). Puesto que las sentencias de DIP están dirigidas sobre todo a corregir problemas sistémicos que prevengan las violaciones futuras, estos casos suelen producir varias órdenes provisionales que permiten al juez encargado mantener abierto el caso y supervisar continuamente el grado en el que el Gobierno ha cumplido con la decisión (Center for Reproductive Rights y Avani Sood, 2006, p. 28). Como explicó un exmagistrado del Tribunal Supremo de la India, esta estrategia les permite a los jueces “mantener un caso abierto y ordenarle a la autoridad realizar ciertas acciones e informar sobre ellas, de forma que todo el tiempo tienes el aliento de la autoridad en la nuca” (Center for Reproductive

Rights y Avani Sood, 2006). En el caso de Sandesh Bansal *vs.* Union of India and others, la Corte aprobó órdenes provisionales que facilitaron la construcción de un banco de sangre hospitalario y un tanque de agua antes de que el tribunal dictara su sentencia final sobre el caso. La capacidad de ese Tribunal de mantener el caso abierto y de vigilar de cerca el cumplimiento de las órdenes provisionales tuvo efectos importantes en la implementación de esos cambios estructurales, y puede hacer incluso más fácil para el Tribunal exhortar al cumplimiento, como prueba el hecho de que los cambios estructurales ordenados en la decisión final del caso no hayan sido plenamente implementados.

Los órganos regionales de derechos humanos han recurrido también a los mecanismos de seguimiento para promover la implementación de sus decisiones finales. La implementación de las sentencias aprobadas por el Tribunal Europeo es supervisada por el Comité de Ministros, un órgano político del Consejo de Europa que también tiene la autoridad de supervisar las admisiones al Consejo de Europa, entre otras responsabilidades. El Comité de Ministros realiza una revisión continua de las sentencias del Tribunal Europeo, entre otras responsabilidades (Committee of Ministers, 2009, p. 20). En especial, el Reglamento del Comité de Ministros dispone de manera expresa en lo relativo a la supervisión de la ejecución de las sentencias del Tribunal Europeo la participación de la sociedad civil y las instituciones nacionales encargadas de los derechos humanos.<sup>67</sup> En el caso de *Tysięc vs. Poland*, el Estado ha argumentado que una nueva ley que permite a los pacientes apelar las decisiones relativas a los tratamientos médicos respeta la decisión del Tribunal Europeo. Al respecto, el Centro y su socio han presentado información de apoyo al Comité de Ministros que muestra por qué esa ley no cumple con los términos de la sentencia del Tribunal, y el Comité de Ministros continúa manteniendo abierto el caso hasta que el Estado pueda mostrar que los cuatro elementos del mecanismo de apelación exigidos por el Tribunal Europeo han sido cumplidos.

La CIDH es responsable directa de supervisar el cumplimiento de sus recomendaciones por los Estados y tiene competencia para supervisar los acuerdos extrajudiciales amistosos, por ello la Comisión reconoce sus funciones en el seguimiento y la supervisión del cumplimiento de cada uno de los elementos de un acuerdo negociado,<sup>68</sup> las cuales cumple mediante entregas periódicas de las partes y reuniones

67 Consejo de Europa, Comité de Ministros, Rules of the Committee of Ministers for the supervision of the execution of judgments and of the terms of friendly settlements, 9(2) (mayo 10 de 2006).

68 María Mamérita Mestanza Chávez *vs.* Perú, párr. 18(2); Paulina del Carmen Ramírez Jacinto *vs.* México, párr. 27(2).

de los grupos de trabajo. Por ejemplo, en el caso Mestanza, se les solicitó a ambas partes hacer entregas cada tres meses sobre el estado del cumplimiento, y la Comisión incluye en sus informes anuales actualizaciones sobre el estado de la implementación del caso.<sup>69</sup> Además, la CIDH ha celebrado reuniones con los grupos de trabajo de ambas partes para hacerle seguimiento a la implementación de sus decisiones y de los acuerdos extrajudiciales, así como a los obstáculos enfrentados. A diferencia del Comité de Ministros, la CIDH carece del peso proporcionado por un órgano político que haga cumplir sus recomendaciones; sin embargo, tiene la facultad de remitir casos a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), cuyas sentencias son legalmente vinculantes.

Los órganos de supervisión de los tratados de las Naciones Unidas, en cambio, no cuentan con mecanismos de seguimiento directos para hacer cumplir las decisiones que han aprobado y los procedimientos de seguimiento varían entre los diferentes comités. El cumplimiento de estas decisiones puede ser tratado formalmente durante la entrega de informes del Estado al comité relevante, lo que suele pasar cada cierto número de años.<sup>70</sup> El Comité de Derechos Humanos tiene un relator permanente al que se le ha delegado la supervisión de la implementación, y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos tiene una rama separada para comunicaciones que puede facilitar las reuniones entre los demandantes y los Estados parte con el fin de discutir sobre la implementación de las recomendaciones de un órgano de supervisión de los tratados, mientras que el Comité de la Ceday le asigna a diferentes miembros la tarea de servir como relatores para el seguimiento, caso por caso.<sup>71</sup> No obstante, las decisiones de los órganos de supervisión de los tratados no suelen verse en general como legalmente vinculantes y, por tanto, no hay consecuencias importantes cuando un Estado miembro no cumple con la decisión (Baluarte y De Vos, 2010, p. 125). La falta de mecanismos de cumplimiento, entre otros

69 María Mamérita Mestanza Chávez *vs.* Perú, párr. 18(2).

70 Por ejemplo, Regla 73 del Reglamento de Procedimiento del Comité Ceday, que establece que el Comité puede requerir a los Estados parte que incluyan información en sus informes estatales sobre toda acción tomada a la luz de las opiniones y recomendaciones del Comité con respecto a las comunicaciones individuales. Ceday Committee, Rules of Procedure of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, UN/Doc.Ceday/C/ROP (2001) 25.

71 Véase, por ejemplo, Ceday Committee, Report of the Committee under the Optional Protocol on follow up to views of the Committee on individual communications, párr. 2 (42 session, 2008), en Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, UN/Doc./64/38 at 110 (2009).

factores, puede socavar la efectividad de esos órganos internacionales a la hora de garantizar la implementación.

Aunque los órganos internacionales puedan carecer de mecanismos de cumplimiento o sus decisiones puedan considerarse como no vinculantes legalmente, los efectos de decisiones suyas, favorables a los derechos, pueden tener resultados mucho más profundos que las de órganos regionales o nacionales. Los órganos internacionales ayudan a definir mundialmente los estándares de derechos humanos y esa formación de estándares tiene efectos para todos los países signatarios del tratado relevante y puede influenciar las decisiones judiciales en los ámbitos nacional y regional. En el caso *K. L.*, por ejemplo, aunque Perú hace poco comenzó a implementar la sentencia, el fallo del Comité de Derechos Humanos tuvo efectos profundos fuera de Perú en la década siguiente a su aprobación. El caso fue citado en decisiones de los tribunales constitucionales de Colombia<sup>72</sup> y Eslovaquia<sup>73</sup> para liberalizar y declarar válidas, respectivamente, las leyes sobre el aborto de esos países, y los magistrados de la Corte Suprema de México hicieron referencia a él durante las audiencias para determinar si la ley de Ciudad de México que descriminalizaba el aborto durante el primer trimestre de embarazo era válida o no. Además, los órganos regionales de derechos humanos se apoyan en las normas desarrolladas por los órganos internacionales cuando dictan sus sentencias.<sup>74</sup>

### Naturaleza de las medidas

Además del diseño institucional del órgano que dicta la sentencia, las clases de medidas otorgadas y la especificidad de las mismas son también factores clave que han afectado la posibilidad de ejecución de las sentencias sobre derechos reproductivos analizadas aquí. Dejando a un lado la importancia simbólica de una decisión que determina la violación de los derechos reproductivos, y, por consiguiente, refuerza los

---

72 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355/06, de 10 de mayo de 2006.

73 Corte Constitucional de la República Eslovaca, PL. ÚS 12/01-297 (4 de diciembre de 2007).

74 El Tribunal Europeo, por ejemplo, se apoyó muchas veces en el texto de la *Cedaw*, y también en las decisiones, las recomendaciones generales y las observaciones finales del Comité *Cedaw* en su decisión de *Opuz vs. Turkey*, App. 33401/02, ECHR, párrs. 73-77, 9 de junio de 2009. En ese mismo sentido, la Corte Interamericana cita el caso *K. L.*, además de otras decisiones, comentarios generales y observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, con el fin de dar directrices sobre la protección al derecho a la vida en su reciente decisión en el caso *Artavia Murillo et al. vs. Costa Rica*. Corte Interamericana de Derechos Humanos, 28 de noviembre de 2012, Serie C, núm. 257, párr. 317.

estándares sobre el tema, las medidas otorgadas en los estudios de caso citados pueden agruparse de manera general en dos categorías: las individuales<sup>75</sup> y las generales que buscan prevenir violaciones parecidas en el futuro. Las indemnizaciones financieras se han pagado en su totalidad en casi todos los casos en los que ha habido una decisión final, con la excepción de *K. L. vs. Perú*. Cuando la decisión *K. L.* fue publicada, Perú ofreció pagar una suma nominal a la demandante por su sufrimiento emocional. Sin embargo, la oferta estaba muy por debajo de los estándares internacionales por violaciones de derechos parecidas, los esfuerzos para negociar una indemnización justa se estancaron y la demandante era reticente a recibir una indemnización monetaria sin que se aprobaran cambios estructurales más amplios. En consecuencia, se rechazó la oferta y no se pagó ninguna indemnización. Sin embargo, tras una decisión de un tribunal peruano que determinó que el Gobierno está legalmente obligado por la decisión del Comité de Derechos Humanos y que pedía indemnizar a *K. L.*, anticipamos que la indemnización se habrá pagado cuando se publique este texto.

Las medidas generales, en cambio, han sido implementadas solo en parte en la mayoría de los casos. Eso puede deberse al hecho de que tales medidas, y en especial las que requieren reformas legales, serían más complicadas de implementar para los Estados, puesto que muchas veces requieren voluntad política y una compleja coordinación entre órganos de gobierno. Esta observación es congruente con las pruebas provenientes del sistema interamericano, según las cuales es menos probable que los Estados emprendan acciones para implementar las medidas generales.<sup>76</sup> Sobre el tema se han tomado acciones para revisar las políticas públicas o las normas administrativas de los ministerios de Salud para que respondan a las violaciones de derechos, pero los esfuerzos han sido insuficientes en un aspecto u otro. Como se mencionó, las medidas estructurales acordadas en *Mestanza vs. Perú* y *Paulina Ramírez vs. México*, y el resultado final de las estrategias activistas jurídicas tras la decisión en *K. L. vs. Perú*, dieron lugar al desarrollo de algunas normas administrativas relevantes pero, en cada

---

75 Las reparaciones individuales pueden adoptar la forma de indemnizaciones monetarias u otras formas de compensación no monetaria para la víctima individual. En los estudios de caso aquí presentados, no se otorgaron de manera uniforme reparaciones no monetarias. En consecuencia, nuestro análisis de los remedios individuales en esta sección se concentra exclusivamente en la compensación financiera.

76 Según un estudio que revisa la implementación de las decisiones de la Corte y la CIDH, “la respuesta más común de los Estados a las medidas generales es la inacción [...] Los Estados no hacen ningún esfuerzo por implementar el 75 % de esas órdenes, más o menos” (Baluarte y De Vos, 2010, p. 70).

uno de estos casos, los efectos directos de esas normas en el ámbito de los prestadores de salud no están claros. En *A. S. vs. Hungary*, Hungría revisó su Ley de Salud Pública tras la decisión del Comité de la Cedaw, pero la ley modificada permite todavía la esterilización sin el consentimiento informado por “razones de salud”, y no aborda adecuadamente el problema subrayado en la decisión *A. S.* En el mismo sentido, en *Tysiāc vs. Poland*, Polonia aprobó una nueva ley sobre derechos de los pacientes, con la que el Estado afirma ajustarse a los estándares internacionales, pero esta no cumple los cuatro requisitos de las garantías procedimentales reconocidas a los pacientes por el Tribunal Europeo en su decisión. El caso de *Sandesh Bansal vs. Union of India and others* es una excepción positiva a esa situación. Aunque las medidas generales solicitadas en la reciente decisión final todavía están pendientes de implementarse, el Estado ha construido un tanque de agua y ha licenciado un banco de sangre como se le pedía en las órdenes provisionales. Durante casi una década, *K. L. vs. Perú* fue otra excepción, pero en el otro lado del espectro. Cuando se supo de la decisión final, el Ministerio de Salud redactó un protocolo para facilitar el acceso al aborto legal con el fin de remediar los problemas subrayados por la decisión del Comité de Derechos Humanos, pero el protocolo no se hizo efectivo porque lo impidieron las fuerzas políticas conservadoras y la jerarquía católica. A pesar de la implementación retrasada, sin embargo, el caso fortaleció las bases de un activismo nacional y regional en el país que presionó para conseguir un mejor acceso al aborto legal. Como resultado de esos esfuerzos activistas continuados, el Gobierno peruano aprobó hace poco directrices técnicas sobre el aborto terapéutico, y una decisión judicial reciente determinó que el Gobierno estaba obligado legalmente por las decisiones del Comité de Derechos Humanos y ordenó una implementación amplia de las directrices técnicas sobre este procedimiento.<sup>77</sup>

La especificidad de la medida puede tener también repercusión a la hora de implementarla. Con respecto a la indemnización monetaria, cuando la sentencia requiere el pago de una suma a la víctima, es más fácil cumplir para el Estado, como el caso *Tysiāc* decidido por el Tribunal Europeo,<sup>78</sup> o los acuerdos extrajudiciales amistosos en *Mestanza*

77 El caso ha servido, además, para mover a los principales académicos del derecho y expertos médicos a defender la implementación de la decisión mediante un mejor acceso a los abortos terapéuticos en Perú (Abad Yupanqui, 2008; Ayala Peralta *et al.*, 2009), y también para impulsar una coalición de organizaciones nacionales, regionales e internacionales que presionan para que haya una interpretación más amplia del aborto terapéutico en toda Latinoamérica (Alianza Nacional por el Derecho a Decidir *et al.*, 2008).

78 El Tribunal Europeo especifica también un plazo concreto para el pago

y Paulina promovidos por la CIDH.<sup>79</sup> Los órganos de supervisión de los tratados no especifican las indemnizaciones monetarias que deben pagarse, sino que, como en el caso de *A.S. vs. Hungary*, establecen una indemnización “proporcional a la gravedad de las violaciones de sus derechos”.<sup>80</sup> Esa falta de especificidad puede producir desacuerdos sobre qué constituye una indemnización justa y, por consiguiente, retrasar o impedir la implementación como en el caso *K. L.* En ese mismo sentido, la especificidad con respecto a las medidas generales necesarias para que el Estado ajuste su comportamiento y su legislación a las obligaciones de derechos humanos puede facilitar la implementación. En el caso *Tysiác*, por ejemplo, el Tribunal Europeo estableció requisitos específicos para establecer un mecanismo procedimental que protegiera los derechos de las mujeres a acceder a un aborto legal. Cualquier cambio legislativo que no cumpla con esos cuatro requisitos puede considerarse, por tanto, que no fue suficiente. En ese mismo sentido, las órdenes provisionales del caso *Sandesh Bansal vs. Union of India and others* incluían recomendaciones específicas relacionadas con la licencia para un banco de sangre y la construcción de un tanque de agua, y ambas cosas se hicieron tras la sentencia. El Comité de Derechos Humanos en el caso *K. L.*, en cambio, se limitó a opinar que Perú “tiene la obligación de tomar medidas para garantizar que violaciones parecidas no pasen en el futuro”, sin especificar cuáles deberían ser esas medidas.<sup>81</sup> Las sentencias que establecen recomendaciones precisas a los Estados hacen más fácil para estos, por tanto, implementar la decisión, porque hay una línea clara de acción que pueden seguir. Las recomendaciones específicas también hacen más fácil para los órganos judiciales y la sociedad civil supervisar la implementación de la decisión que haya hecho el Gobierno.

### Atención pública

El grado en el que los medios de comunicación y otros sujetos importantes del público entran en diálogo sobre la cuestión demandada o el

---

y, por lo general, ordena que las indemnizaciones individuales sean pagadas dentro de los tres meses siguientes a la aprobación de la sentencia final (Tribunal Europeo, Reglamento del Tribunal, note 65, p. 71).

79 Hay que señalar que cuando la CIDH toma una decisión sobre el fondo, no puede especificar la indemnización financiera que debe ser pagada. Los acuerdos extrajudiciales y las decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en cambio, especifican por lo general la suma exacta que se le debe pagar a la víctima.

80 *A.S. vs. Hungary*, párr. 11.5(I).

81 *K. L. vs. Perú*, párr. 8.



caso puede también influenciar la implementación de una decisión, en especial las medidas transformadoras ordenadas. Los procesos judiciales pueden ofrecer una narrativa personal sobre una cuestión específica, lo que puede ayudar a sensibilizar y a movilizar a agentes sociales fundamentales, como los creadores de políticas públicas y académicos destacados, sobre la cuestión subyacente de derechos humanos, y reconfigurar el diálogo público sobre cuestiones controvertidas, como el acceso al aborto. En los estudios de caso analizados, los socios nacionales del Centro han desplegado intervenciones importantes para llamar la atención del público sobre esas cuestiones mediante un uso estratégico de los medios de comunicación, la formación de coaliciones y otras estrategias diseñadas para elevar la conciencia pública.

El caso Paulina es un buen ejemplo. Las circunstancias convincentes respecto a la necesidad de que Paulina tuviera un aborto legal, y la forma desmedida en la que las autoridades coaccionaron a la víctima de 13 años de una violación para que llevase a término su embarazo movilizaron a los medios de comunicación y a personajes públicos y legisladores sobre ese problema. Elena Poniatowska, una autora y periodista mexicana muy conocida, publicó un libro, *Las mil y una ... (la herida de Paulina)* sobre los hechos del caso (2000), y la historia de Paulina fue cubierta ampliamente por la prensa tanto nacional como internacional, con personajes destacados de todo México ponderando el caso, lo que generó una importante atención pública sobre él. Como el director del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), uno de los miembros locales del Centro durante el proceso judicial del caso, explicó: “No nos tomamos las calles; nos tomamos los medios de comunicación” (GIRE, 2008, p. 37). El GIRE ha acreditado esta estrategia de movilización de los medios de comunicación y de otras figuras prominentes con el movimiento en torno a la cuestión, y ha subrayado que “la atención que el Gobierno de Baja California le dio al caso Paulina seguramente hubiera sido diferente si los medios de comunicación no hubieran seguido el caso, no solo informando sobre él, sino defendiendo a una víctima que hubiera estado indefensa de otra forma” (GIRE, 2005, p. 11). La movilización de las élites políticas, académicas y periodísticas no solo tuvo un efecto directo en el caso, sino también un efecto transformador. El debate público en torno al caso proporcionó una nueva lente a través de la cual ver el aborto. La cuestión ya no se limitó más a si el aborto era o no un delito o un pecado, el acceso al aborto podía discutirse también como una cuestión de derechos humanos, y como resultado del acuerdo extrajudicial amistoso, el Gobierno mexicano reconoció públicamente que al negarle acceso a Paulina a un aborto legal había violado sus derechos fundamentales. Como Adriana

Ortega Ortiz, la directora de Gender Equity, observó ante la Corte Suprema de Justicia de México, “El caso Paulina, como se le conoce en México, fue de suprema importancia para cambiar el debate sobre el derecho al aborto en México [...] los posteriores desarrollos legales [...] pueden ser atribuidos a que el caso Paulina elevó la conciencia entre varios agentes sociales públicos y privados” (2007), y la transformación resultante del discurso público fue un factor crucial para descriminalizar el aborto en Ciudad de México (GIRE, 2008, pp. 12-14).

Sin embargo, al mismo tiempo, el debate público sobre el aborto y su descriminalización en Ciudad de México pueden haber contribuido a una reacción negativa en Baja California, que dio lugar a una enmienda de la Constitución de este estado para que protegiera la vida desde el momento de la concepción. Es poco claro qué efecto haya tenido la reforma constitucional, si es que ha tenido alguno, en las excepciones existentes a la ley restrictiva del aborto de Baja California, y, por consiguiente, a la implementación de las medidas generales pactadas en el acuerdo extrajudicial amistoso en el caso Paulina.

En el mismo sentido, en el caso Mestanza, la cobertura amplia de los medios de comunicación y la movilización de las bases sociales dirigida por el Movimiento Amplio de Mujeres ayudó a sacar a la luz la naturaleza de las políticas de esterilización coercitivas extendidas durante el Gobierno de Fujimori en Perú, y ayudó a iniciar una investigación sobre esas violaciones en la Defensoría del Pueblo,<sup>82</sup> cuyas conclusiones y determinaciones constituyeron la base de los cambios legislativos y de política pública acordados en el acuerdo extrajudicial amistoso en el caso Mestanza.<sup>83</sup> Como se ha analizado, ese esfuerzo prolongado para elevar la conciencia y la memoria de esas violaciones de derechos humanos se dice que ha tenido un efecto significativo en el resultado de las elecciones peruanas a la presidencia de 2001, y en noviembre de 2012 el Gobierno reabrió la investigación de los casos (IACHR, 2014, p. 271).

### Entorno social, político y cultural

Uno de los principales retos de implementar las sentencias sobre derechos reproductivos es la oposición religiosa, política o cultural frente a ellos. Quienes se oponen a los derechos reproductivos están listos para negar que sean derechos humanos, y ese reto subraya por qué el

82 Defensoría del Pueblo de Perú, Resolución Defensorial 031-2002/DP (23 de octubre de 2002).

83 María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú, párr. 14(11).

reconocimiento es crucial para implementar las decisiones sobre derechos reproductivos en los ámbitos nacional, regional e internacional.

La oposición política, religiosa y cultural al aborto, en concreto, es incesante y ha sido el principal obstáculo para implementar las medidas estructurales en los casos sobre acceso al aborto seguro y legal litigados por el Centro. Poco después de la decisión *K. L. vs. Perú*, por ejemplo, el Ministerio de Salud redactó un protocolo para ayudar a facilitar el acceso al aborto terapéutico legal, que hubiera hecho que el Estado peruano cumpliera con las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos. Sin embargo, el intento del Ministerio por aprobar e implementar el protocolo fue bloqueado por la jerarquía católica en Perú. En ese mismo sentido, aun si las leyes y políticas son congruentes con los estándares regionales e internacionales de derechos humanos, la discriminación o la oposición por parte de los practicantes de los servicios de salud pueden impedir que se implementen las leyes y políticas. En los casos *Paulina*, *Tysiác* y *K. L.*, esos países permitieron el aborto por las razones que las mujeres aducían, pero el personal de los hospitales les negó el acceso.

La voluntad política de mejorar la situación de la salud reproductiva de las mujeres es otro de los principales retos para implementar las sentencias sobre derechos reproductivos, en especial en el contexto de la mortalidad materna. Si bien no hay duda sobre la correlación entre la pobreza y los servicios de salud reproductiva deficientes —el 99 % de las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo (WHO, 2014, p. 22)—, la pobreza por sí misma no es suficiente para explicar los elevados índices de mortalidad materna; hay varias acciones de bajo costo al alcance de los Estados que pueden reducir de forma significativa la mortalidad materna si existiera la voluntad política de acometerlas, como revisar las leyes y políticas restrictivas sobre servicios de salud, incluido el aborto, mejorar el acceso a la información y los servicios anticonceptivos, y formar a los trabajadores de los servicios de salud de nivel intermedio para proporcionar cuidado prenatal, de parto y posnatal de calidad. Hacer que los órganos judiciales de derechos humanos y los Estados reconozcan la mortalidad materna evitable como un problema de derechos humanos puede ser parte integral de superar la inercia política sobre salud materna. A estos fines, la defensa llevada a cabo ante el Comité de la Cedaw en el caso *Alyne vs. Brazil* tiene todavía que llevar a una decisión final. Desde que se presentó el caso, el Centro y los socios locales han realizado una estrategia activista focalizada para mejorar el reconocimiento de la mortalidad materna como problema de derechos humanos, celebrando un seminario en Brasil para los interesados de diferentes disciplinas con

el fin de elevar la conciencia del caso y para identificar las principales recomendaciones dirigidas a mejorar las políticas de salud materna; conseguir declaraciones de los Relatores Especiales de las Naciones Unidas, y presionar políticamente al Consejo de Derechos Humanos para fortalecer los estándares internacionales y los compromisos políticos sobre la cuestión. En concreto, el seminario fue determinante para identificar aliados clave en los ámbitos nacional y local, y para crear un consenso entre las diferentes disciplinas sobre el enfoque más estratégico para implementar una decisión en el caso Alyne. El Centro continúa relacionándose con los participantes en el seminario para el seguimiento de la decisión del Comité de la Cedaw, y consiguió el apoyo de influyentes organizaciones e instituciones para que estas proveyeran información técnica a la Cedaw en apoyo de la resolución del caso Alyne. Por ejemplo, la Comisión Internacional de Juristas (CIJ), Amnistía Internacional y el Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (Cladem) presentaron opiniones técnicas que subrayaban cómo el tratamiento de la mortalidad materna en Brasil no era solo un problema de salud pública, sino también una cuestión de derechos humanos. Esas estrategias han ayudado a preparar el terreno para la implementación de la decisión del Comité de la Cedaw, cuando se produzca.

Los desarrollos recientes del caso Mestanza destacan también la importancia de la voluntad política a la hora de fomentar la implementación. Durante varios años, Perú disculpó la parálisis de la investigación penal exigida en el acuerdo amistoso alegando que los delitos ya habían prescrito (IACHR, 2009, p. 751). Sin embargo, después de las elecciones presidenciales de 2011, el nuevo Gobierno reconoció que las campañas de esterilización involuntaria en masa eran crímenes contra la humanidad, con lo que esos casos quedaban fuera de la prescripción ordinaria, y reabrió las investigaciones.

El entorno político, social y cultural puede ser, por tanto, fundamental y, en algunos casos, es el factor determinante para implementar las decisiones sobre derechos reproductivos.

## Conclusiones

Como muestran los estudios de caso, los gobiernos han cumplido por lo general con las medidas judiciales individuales. El mayor reto ha sido garantizar la plena implementación de las medidas generales. El diseño de los órganos judiciales y la naturaleza de las medidas otorgadas pueden tener influencia en la probabilidad de implementación de las medidas generales, al permitir negociaciones para llegar a acuerdos

extrajudiciales, mejorar la especificidad de las medidas otorgadas y fortalecer la capacidad de seguimiento. Sin embargo, a partir de las experiencias del Centro, la transformación del entorno social, político y cultural para conseguir una mayor aceptación de los derechos reproductivos como derechos humanos y para fortalecer el compromiso político es esencial para preparar el camino de la implementación de medidas generales. A esos efectos, deberían desarrollarse y considerarse las demandas judiciales sobre derechos reproductivos en el marco de esfuerzos activistas más amplios, idealmente en colaboración con organizaciones de base, nacionales e internacionales, para conseguir esos efectos transformadores.

En las primeras etapas del activismo y los procesos judiciales sobre derechos reproductivos, el uso de los tribunales puede verse como una herramienta para amplificar la voz de aquellos cuyos derechos han sido violados y como una herramienta para la creación de normas, con el fin de buscar medidas transformadoras —como el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos, estándares internacionales más firmes y una mayor conciencia pública de los derechos reproductivos—, además de buscar reparación para víctimas individuales. Las sentencias favorables en los casos de derechos reproductivos, si bien contribuyen a conseguir medidas simbólicas positivas, también pueden crear obstáculos adicionales, como reacciones políticas negativas y una oposición enérgica. El potencial de que ocurra una reacción negativa es una de las razones por las que es esencial ser conscientes del entorno en el que tienen lugar los esfuerzos de litigio estratégico, y por qué las estrategias de demandas judiciales de gran impacto deben elaborarse como parte de estrategias activistas más generales que busquen fomentar un entorno social, político y cultural propicio a la implementación de decisiones judiciales favorables. Las asociaciones entre las organizaciones locales e internacionales son cruciales en esta etapa del uso de los tribunales, como también lo son las estrategias activistas que aprovechen las diferentes fortalezas de cada uno para, por ejemplo, movilizar a los medios de comunicación, a los creadores de políticas públicas, o a otros participantes fundamentales en la esfera nacional, lo mismo que para relacionarse con expertos de las Naciones Unidas y otros agentes cruciales en el ámbito internacional.

El caso *K. L. vs. Perú* es un ejemplo de las primeras acciones activistas en torno al problema del acceso al aborto legal. *K. L.* fue el primer caso de este tipo que se trató judicialmente en el ámbito supranacional, y uno de los fines principales fue fortalecer las normas internacionales de derechos humanos sobre ese tema. La decisión del Comité de

Derechos Humanos hizo eso precisamente. A pesar del hecho de que el Estado peruano solo hasta ahora está haciendo efectivas las medidas individuales y generales que se decretaron en esa decisión, el efecto transformador del caso en la esfera internacional ha sido profundo. Ese caso ha sido citado en varias decisiones cruciales que han liberalizado o declarado la validez de leyes liberalizadoras del aborto.<sup>84</sup> Por ejemplo, la Corte Constitucional colombiana declaró que la prohibición absoluta del aborto en Colombia era inconstitucional, y citó la conclusión del Comité de Derechos Humanos de que no proporcionar acceso al aborto terapéutico violaba el derecho de la mujer a verse libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes.<sup>85</sup> Además, la Corte Constitucional colombiana explicó que “los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres han sido por fin reconocidos como derechos humanos y, como tales, se han convertido en parte de los derechos constitucionales, que son fundamentales en todos los Estados democráticos”.<sup>86</sup> La decisión K. L. ha sido esencial para cambiar la voluntad política y el discurso público sobre el aborto en Perú, y mediante una estrategia sostenida de activismo legal a partir de esa decisión innovadora, las organizaciones locales pudieron al final presionar al Gobierno para que tomara medidas efectivas a fin de cumplir con la decisión del Comité en este caso.

Adicionalmente, los elementos necesarios para la implementación exitosa de las sentencias sobre derechos reproductivos deberían ser parte de una estrategia de activismo antes de que las demandas judiciales hayan sido siquiera presentadas. De hecho, cada uno de los factores fundamentales que influyen el cumplimiento de las sentencias sobre derechos reproductivos analizados en las páginas anteriores —el diseño institucional, la naturaleza de las medidas, la atención pública, y el entorno social, político y cultural— son elementos que pueden y deben ser parte del cálculo para determinar si litigar o no, cuándo y cómo hacerlo. Las demandas judiciales estratégicas son un componente, entre otros, de un plan activista para promover y proteger los derechos reproductivos, y, por tanto, necesitan entenderse y evaluarse en el contexto de un plan más amplio. En muchos casos, según la experiencia del Centro, los efectos transformadores de haber presentado un caso de la mano de un plan de activismo bien diseñado podrían sentirse aun antes de que se llegue a la decisión final del caso.

Al diseñar la estrategia de uso de los tribunales en correspondencia con fines activistas más amplios, y al tomar en consideración los

84 Véase, por ejemplo, Corte Constitucional de la República Eslovaca.

85 Corte Constitucional colombiana, Sentencia C-355 de 2006.

86 *Idem.*

principales factores que afectan la implementación antes siquiera de que el caso se haya presentado, los activistas pueden realizar la preparación del terreno necesaria para reforzar la posibilidad de que una decisión favorable sobre DESC sea implementada y tenga efectos transformadores en las vidas de las mujeres de todo el mundo.

## Referencias

Abad Yupanqui, S. B. (2008). *Validez constitucional del aborto terapéutico en el ordenamiento jurídico peruano*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex).

Alianza Nacional por el Derecho a Decidir y Anis-Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, et al. (2008). *Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Alianza Nacional por el Derecho a Decidir.

Amnesty International (2014). *On the Brink of Death: Violence against Women and the Abortion Ban in El Salvador*. London: Amnesty International.

Amnesty International (2015). *She is not a Criminal: The Impact of Ireland's Abortion Law*. London: Amnesty International.

Associated Press (2011, junio 17). Peru's sterilization victims still await compensation and justice. *The Guardian*.

Associated Press (2011, octubre 28). "Peru reopens probe of forced sterilizations". *Miami Herald*.

Ayala Peralta, F., Cabrera Ramos, S. et al. (2009). *Interrupción terapéutica del embarazo por causales de salud*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex).

Baluart, David C. y De Vos, M. C. (2010). *From Judgment to Justice: Implementing International and Regional Human Rights Decisions*. New York: Open Society Foundations.

Cabal, L. y Todd-Gher, J. M. (2009). Reframing the Right to Health: Legal Advocacy to Advance Women's Reproductive Rights (pp. 120-138). En Clapham, A. y Robinson, M. (eds.). *Realizing the Right to Health*. Zurich: Rüffer & Rub.

Gustav Cappaert (2015, julio 24). Peru's Keiko Fujimori leads a familiar cast of 2016 presidential hopefuls. *Latin Correspondent*.

Center for Reproductive Rights y Avani Sood (2006). *Litigating Reproductive Rights: Using Public Interest Litigation and International Law to Promote Gender Justice in India*. New York: Center for Reproductive Rights and Avani Sood.

Center for Reproductive Rights (2008). *Bringing Rights to Bear*. New York: Center for Reproductive Rights.

- Center for Reproductive Rights y Human Rights Law Network (2011). *2011 Update: Maternal Mortality in India: Using International and Constitutional Law to Promote Accountability and Change*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Center for Reproductive Rights (2014). *Abortion Worldwide: 20 Years of Reform*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Charnovitz, S. (2006). Nongovernmental Organizations and International Law. *The American Journal of International Law*, 100 (2), 348-372.
- Committee of Ministers (2010). *Supervision of the Execution of Judgments of the European Court of Human Rights: Annual Report 2009*. Strasbourg: Council of Europe.
- Committee of Ministers (2015). *Supervision of the Execution of Judgments of the European Court of Human Rights: 8th Annual Report of the Committee of Ministers 2014*. Strasbourg: Council of Europe.
- Cook, R. (2010). Interpreting the "Protection of Life". Recuperado de <https://gire.org.mx/>.
- Cook, R. (2013). Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41 (1) 103-123.
- Cook, R. y Howard, S. (2007). Accommodating Women's Differences under the Women's Anti-Discrimination Convention. *Emory Law Journal*, 56 (4), 139-192.
- Fraser, N. (1997). *Justice Interruptus: Critical Reflections on the 'Postsocialist' Condition*. New York: Routledge.
- Fraser, N. (2000). Rethinking Recognition. *New Left Review*, 3, 107-120.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2005). *Paulina: Five Years Later*. Mexico D.F.: GIRE.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2008). *The Process of Decriminalizing Abortion in Mexico City*. Mexico D.F.: GIRE.
- Hannum, H. (2004). *Guide to International Human Rights Practice* (4 ed.). Ardsley: Transnational Publishers.
- Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) (2009). *Annual Report of the Inter-American Commission: Status of Compliance with the Recommendations of the IACHR*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 51, corr. 1.
- Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) (2010). *Access to Maternal Health Services from a Human Rights Perspective*. Washington, D.C.: Organization of American States.
- Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) (2015). *Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights*. Washington, D.C.: Organization of American States.
- Keck, M. E. y Sikkink, K. (1998). *Activists Beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca: Cornell University Press.



Ministerio de Salud de Perú (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, Módulo VIII: Planificación Familiar*, 1-2. Lima.

Milmo, C. (2007, septiembre 1), Amnesty's abortion stance splits grassroots support. *The Independent*.

Ortega Ortiz, A. (2007). Mexico: 'Paulina' Case Settlement & Impact (correo en el archivo del Center for Reproductive Rights, abril 18).

Páez, A. (2011). *Perú: CIDH exige justicia para esterilizaciones forzadas*. Lima: Inter-Press Service.

Poniatowska, E. (2000). *Las mil y una... (la herida de Paulina)*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.

Sobrevilla Perea, N. (2011, junio 17). Peru's sterilization victims still await compensation and justice. *The Guardian*.

World Health Organization (WHO) et al. (2014). *Trends in maternal mortality: 1990-2013: Estimates by WHO, Unicef, Unfpa, The World Bank, and the United Nations Population Division*. Geneva: WHO.