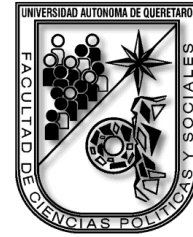


Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Licenciatura en Relaciones Internacionales



La penalización de la interrupción voluntaria del embarazo como una amenaza a
la seguridad humana de las mujeres en el siglo XXI: el caso de Honduras

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Licenciada en Relaciones Internacionales

Presenta

Mónica Lizette Rodríguez González

Director

Mtro. Niels Rosas Valdez

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Mayo, 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



La penalización de la interrupción voluntaria del
embarazo como una amenaza a la seguridad humana
de las mujeres en el siglo XXI: el caso de Honduras

por

Mónica Lizette Rodríguez González

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](#).

Clave RI: CPLIN-271321



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Licenciatura en Relaciones Internacionales



La penalización de la interrupción voluntaria del embarazo como una amenaza a
la seguridad humana de las mujeres en el siglo XXI: el caso de Honduras

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Licenciada en Relaciones Internacionales

Presenta

Mónica Lizette Rodríguez González

Director

Mtro. Niels Rosas Valdez

Sínodo

Mtra. Alejandra Martínez Galán

Mtro. Mauricio Olivares Mendez

Mtra. Paulina Barba González

Mtra. Karen Paulina Muñoz Arellano

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Mayo, 2023

Agradecimientos

A mis sinodales, a quienes admiro profundamente como maestros y como personas. A Niels, por su empatía, su comprensión, y su acompañamiento en todo el proceso, no me alcanzan las palabras para agradecer por tanto.

A mi padre, por su apoyo, su amor a la vida y por cada kilómetro que ha recorrido para estar con nosotros. A mi madre, por su calidez, por sus cuidados, y porque si no hubiera sido por ella, no estaría aquí. A David, por su paciencia, su optimismo, y su apoyo. A Diana, por ser luz en mi vida, por ser la razón por la que me esfuerzo para hacer de este mundo algo mejor. A Brenda, por ser mi cómplice todos estos años. A Sofía, porque si está ella, lo tengo todo. A Diego, por quedarse en todo momento. A Sarahí, por estar presente en el proceso. A Kiss y a Sasha, por cada noche que se quedaron a mi lado, por quererme y aceptarme en los días que incluso yo no lo hacía.

A cada mujer que compartió su historia y a las colectivas Somos Muchas Honduras, Dame la mano, Las Vanders, Yo no quiero ser violada, Colectiva Radical Honduras y a Alejandra Martínez, que apoyaron esta investigación.

Por cada niña, adolescente y mujer que le han hecho creer que su cuerpo no le pertenece.

Índice

Introducción

Antecedentes.....	10
Planteamiento del problema.....	11
Justificación.....	15
Hipótesis.....	16
Objetivos.....	16
Metodología.....	17
Estado del arte.....	18

Capítulo 1. Seguridad humana y la interrupción voluntaria del embarazo

1.1 Seguridad humana

1.1.1 Definición de Seguridad Humana.....	24
1.1.2 Historia de la Seguridad Humana.....	30
1.1.3 Amenaza de Seguridad Humana.....	33
1.1.4 Estudios de seguridad humana con un enfoque de género.....	40

1.2 La interrupción voluntaria del embarazo

1.2.1 Definición de la interrupción voluntaria del embarazo y aborto.....	47
1.2.2 Tipos de aborto.....	48
1.2.3 Métodos de la interrupción voluntaria del embarazo.....	49
1.2.4 Historia de la interrupción voluntaria del embarazo.....	52
1.2.5 Interrupción voluntaria del embarazo en América Latina.....	62
1.2.6 Instrumentos internacionales y regionales en torno a la interrupción voluntaria del embarazo.....	67

Capítulo 2. Caso de estudio: Honduras

2.1 La interrupción voluntaria del embarazo en Honduras

2.1.1 Análisis del marco jurídico de la IVE en Honduras.....	78
2.1.2 Percepción de los prestadores de servicios de salud en torno a la IVE.....	84
2.1.3 Datos de la IVE en Honduras.....	90
2.1.4 Experiencias de mujeres que han practicado una IVE en Honduras.....	95
2.1.5 Resoluciones de organismos internacionales en torno a las políticas de la IVE en Honduras.....	105

Capítulo 3. Encuestas

3.1 Acceso a servicios de salud pública reproductiva.....	113
3.2 Mujeres que han tenido embarazo.....	120
3.3 ¿Las mujeres entrevistadas considerarían realizar un aborto?.....	126

Capítulo 4. Análisis y consideraciones finales

4.1 Análisis de vulnerabilidades y necesidades identificadas.....	133
4.2 Penalización de la IVE como amenaza de seguridad humana.....	136
4.3 Consideraciones finales.....	141
Conclusiones	147
Apéndice	151
Lista de referencias	160

Índice de tablas

Tabla 1. Génesis y trayectoria institucional de la seguridad humana en el marco de la ONU

Tabla 2. Tipos de seguridad

Tabla 3. Generaciones, autoras y aportaciones de la seguridad humana con enfoque de género

Tabla 4. Métodos de IVE

Tabla 5. Despenalización del aborto por causales en países de América Latina y el Caribe ordenados de menor a mayor prohibición.

Tabla 6. Cuadro comparativo de los derechos humanos protegidos por los tratados internacionales.

Tabla 7. Opiniones médicas sobre despenalización por sexo en porcentaje

Tabla 8. Recomendaciones y/o Observaciones realizadas a Honduras por parte de comités internacionales en torno al aborto

Índice de diagramas

Diagrama 1. Seguridad Humana

Índice de Gráficas.

Gráfica 1. Distribución de opiniones sobre el cáncer como indicación médica para un aborto en porcentaje

Gráfica 2. Distribución de las opiniones de Gineco-Obstetras sobre si debe haber otras indicaciones médicas para la interrupción de un embarazo

Gráfica 3. Distribución de las razones por las que podría haber indicación médica para la interrupción de un embarazo (en porcentajes)

Gráfica 4. Distribución de opiniones de Gineco-Obstetras sobre la despenalización del aborto en la legislación al menos por una razón (en porcentajes)

Gráfica 5. Distribución por razón de despenalizar la interrupción del embarazo en porcentaje

Gráfica 6. Partos de niñas de 10 a 14 años.

Gráfica 7. Egresos hospitalario según diagnostico de aborto en Honduras (2013)

Gráfica 8. Edad de las mujeres entrevistadas que abortaron en Honduras (2013)

Gráfica 9. Razones manifestadas por las entrevistadas para decidir realizar un aborto (2013)

Gráfica 10. Edad

Gráfica 11. Distrito de residencia

Gráfica 12. Profesión

Gráfica 13. ¿Qué temas se abordaron? Selecciona todas las que apliquen

Gráfica 14. ¿Qué métodos anticonceptivos usas? Selecciona todas las que apliquen

Gráfica 15. En caso de utilizar, ¿cómo consigues los métodos anticonceptivos?

Gráfica 16. ¿Cuánto gastas en métodos anticonceptivos mensualmente? (en lempiras)

Gráfica 17. ¿Qué tan fácil consideras que es tu acceso a métodos anticonceptivos gratuitos?

Gráfica 18. ¿Cuentas con acceso a atención ginecológica pública? (en porcentaje)

- Gráfica 19. ¿Cuáles son las necesidades en torno a tus derechos sexuales y reproductivos que consideras están cubiertas?
- Gráfica 20. ¿Cuáles son las necesidades en torno a tus derechos sexuales y reproductivos que consideras no están cubiertas?
- Gráfica 21. ¿En qué aspecto te sientes vulnerable en torno a tus derechos sexuales y reproductivos?
- Gráfica 22. Durante un embarazo, ¿alguna vez consideraste abortar/interrumpirlo?
- Gráfica 23. ¿Has tenido un aborto?
- Gráfica 24. ¿Qué tipo de aborto fue?
- Gráfica 25. En caso de haber realizado una interrupción voluntaria del embarazo, ¿qué método empleaste?
- Gráfica 26. ¿Recibiste atención médica durante el aborto/IVE?
- Gráfica 27. ¿Recibiste atención médica posterior al el aborto/IVE?
- Gráfica 28. ¿Por qué razón no recibiste atención médica?
- Gráfica 29. En caso de ser afirmativo, ¿en dónde recibiste atención médica posterior al aborto/IVE?
- Gráfica 30. ¿La posibilidad de ir a la cárcel influyó en tu decisión de abortar/IVE?
- Gráfica 31. ¿La posibilidad de ir a la cárcel influyó en tu decisión de buscar o no buscar atención médica al abortar/interrumpir tu embarazo?
- Gráfica 32. Si te embarazas en este momento de tu vida, ¿considerarías interrumpir el embarazo?
- Gráfica 33. ¿Por qué razones considerarías interrumpir tu embarazo?
- Gráfica 34. En caso de interrumpir tu embarazo, ¿a quién acudirías?
- Gráfica 35. ¿Cuáles son los factores que más te preocupan en caso de interrumpir un embarazo?
- Gráfica 36. ¿Irías a un hospital público para recibir atención médica posterior a la interrupción del embarazo por alguna complicación médica?
- Gráfica 37. En caso de ser negativa la respuesta ¿por qué?
- Gráfica 38. Razones por las que consideras que un aborto realizado en la clandestinidad pondría en riesgo tu vida

Apéndice

Apéndice 1. Encuesta

Abreviaturas y siglas

ACNUDH-Honduras Oficina de país del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos para Honduras

CDM Centro de Derechos de las Mujeres

CEDAW Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

CIDH Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CIPD Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

CLADEM Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer

CPI Corte Penal Internacional

CSH Comisión de Seguridad Humana

DUDH Declaración Universal de Derechos Humanos

DyC Método de dilatación y curetaje

ENDESA Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Honduras

FHS Friends of Human Security

HSU Dependencia de Seguridad Humana de la Secretaría de la ONU

IIDH Instituto Interamericano de Derechos Humanos

IVE Interrupción voluntaria del embarazo

LGBTIQ Comunidad Lesbiana, gay, bisexual, transgenero, transexual y queer

OCAH Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios

OEA Organización de los Estados Americanos

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organizaciones no gubernamentales

ONU Organización de las Naciones Unidas

PAE Pastillas Anticonceptivas de Emergencia

PNUD o UNDP Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

RHS Red de Seguridad Humana

SH Seguridad Humana

UNTFHS Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo explicar las razones por las que la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una amenaza a la seguridad humana de las mujeres en Honduras, país donde la práctica está penalizada sin causales. Para ello, se estudia el término de seguridad humana, la evolución del concepto, lo que éste reconoce como amenaza y su análisis desde una perspectiva de género. En un segundo segmento, se analiza la IVE, el origen de su penalización, sus métodos y las posturas de los instrumentos internacionales y regionales en torno a esta práctica. Finalmente, se realiza un estudio jurídico y social de la IVE en Honduras y se comparten los resultados de las encuestas aplicadas a mujeres hondureñas. La investigación concluye en que la penalización de la IVE crea condiciones que amenazan a la seguridad humana de las mujeres hondureñas en el siglo XXI.

Palabras clave: interrupción voluntaria del embarazo, penalización del aborto, seguridad humana, amenaza, Honduras.

Abstract

The purpose of this research is to explain the reasons why the criminalization of the voluntary interruption of pregnancy (VIP) is a threat to the human security of women in Honduras, a country where the practice is criminalized without cause. Initially, the term human security, the evolution of the concept, what it recognizes as a threat and its analysis from a gender perspective are studied. In a second segment, the VIP is analyzed, the origin of its criminalization, its methods and the positions of international and regional instruments regarding this practice. Finally, a legal and social study of the VIP in Honduras is carried out and the results of the surveys applied to Honduran women are shared. The investigation concludes that the criminalization of the VIP creates conditions that threaten the human security of Honduran women in the 21st century.

Keywords: voluntary interruption of pregnancy, criminalization of abortion, human security, menaces, Honduras.

Introducción

A lo largo de la historia, el estudio de la seguridad se desarrolló a partir de la premisa de supervivencia del Estado. Los conflictos bélicos se posicionaron como la amenaza principal a la seguridad, debido a que se consideraba únicamente al Estado Nación como entidad a salvaguardar. Por ello, la respuesta a las amenazas de seguridad partían desde la militarización y de una estrategia de acción basada en una dicotomía defensiva-ofensiva.

No obstante, a finales del siglo XX, el panorama social se complejiza con diversos fenómenos sociales como consecuencia del contexto post guerra, la desigualdad social, la pobreza, la hambruna, el cambio climático, las epidemias, la migración, la violencia de género, etc. que terminaron por exponer los vacíos del enfoque de seguridad tradicional. ¿Qué sucede con las amenazas que atentan contra la población y no necesariamente contra el Estado?, ¿qué sucede si es el Estado mismo el que atenta contra la seguridad de la población?, ¿es considerado una amenaza?

Como resultado, surgen los estudios de seguridad humana como una herramienta para analizar y reconocer amenazas que atentan contra la seguridad de las personas. La presente investigación busca aportar a este estudio, no sólo enfocándose en las personas, sino específicamente en las mujeres. Los estudios de seguridad humana con enfoque de género son esenciales para que los Estados puedan reconocer y actuar sin perpetuar dinámicas que vulneran a las mujeres, adolescentes y niñas que habitan su territorio. Por ello, la presente tesis tiene como objetivo brindar una herramienta de análisis que permita reconocer el impacto de políticas públicas que limitan el acceso a servicios de salud reproductiva de mujeres en latinoamérica.

Antecedentes

De acuerdo a diversas investigaciones se puede afirmar que el aborto ha existido desde la antigüedad en todas las culturas (Devereux, 1976 y Galeotti 2004, en Cedeño, 2020). En Grecia, la práctica era aceptada por dos principales razones: se consideraba que este tema correspondía únicamente a las mujeres porque el producto era parte de su cuerpo (Cedeño, 2020) y como mecanismo para contener el aumento excesivo de la población, como se puede encontrar en escritos de Aristóteles, en su libro VII de su “Política”, y de Platón (Bermúdez, 1997). Adicionalmente, “se han encontrado documentos que muestran las prácticas médicas utilizadas en Egipto (1500 a.c.) o en China hace 5000 años” (Dabash y Roudi-Fahimi, 2008 y Glenc, 1974 en Ipas, 2010, citado en Cedeño, 2020, p. 20).

De acuerdo a diversas investigaciones, el debate en torno a la penalización del aborto surge a partir del cristianismo. Bermúdez (1997) explica que entre la religión cristiana y católica se presentó la controversia entre “*la animación inmediata*” y “*la animación retardada*” del embrión. La primera era defendida principalmente por el cristianismo, y afirmaba que el embrión recibía directamente de *Dios* su alma racional al momento de la concepción. En el caso de la animación retardada, sostenida por el catolicismo, se creía que el alma se integra al cuerpo del embrión cuando está lo suficientemente conformado para recibirla, considerando al menos 40 días después de la concepción (Bermúdez, 1997).

Esta definición de animación retardada, a diferencia de la inmediata, distingue la muerte del feto a la muerte de un ser humano con alma. No obstante, esta controversia termina con la primera declaración explícita de la animación inmediata: el Aposólica Sedis (1868) publicada por el Papa Pío IX (Bermúdez, 1997, p. 14), la cual castiga el aborto en cualquier momento del embarazo considerandolo injustificable desde la moral cristiana. Como consecuencia, al momento de unirse la ley y la religión, se comienza a sancionar el aborto con penas desde el exilio hasta la pena de muerte (Cedeño, 2020, p.20).

Para el s.XVI el aborto era un crimen con pena capital en un gran número de países (Bermúdez, 1997). Lo anterior va a cambiar con la Ilustración debido a que se promovieron diversas críticas a las legislaciones criminales del denominado Antiguo Régimen. Bermúdez (1997) recupera el Tratado de la Parte Especial de Derecho Penal del español Quintano Ripollés, que concluye lo siguiente:

"la Ilustración produce una metamorfosis sustancial que altera la concepción del aborto en una triple dirección: a) desaparición de la equivalencia del aborto con el homicidio, b) desaparición de la pena capital para casos de aborto, c) atenuación general de las penas y aparición de modalidades también atenuadas como el "aborto honoris causa"(p. 14).

Como resultado de lo anterior, se introduce progresivamente el aborto en las legislaciones europeas con sanciones severas excluyendo la pena de muerte, y esta se extiende a América Latina.

Por lo tanto, el aborto comienza como una práctica despenalizada en las antiguas culturas, se convierte en una práctica ilegal en estados europeos y fue hasta la década de los 1970s que aparecen diversos movimientos sociales que luchan por su despenalización. Los movimientos feministas, principalmente en Europa y Estados Unidos de América, comenzaron a defender la despenalización del aborto argumentando que implicaba un principio de libertad individual y de autonomía. Se propuso que el Estado fuera garante de las condiciones en las que se llevaba a cabo un aborto, con el fin de que las mujeres no arriesgaran su vida, ya que "el derecho al aborto implicaba una concepción holística acerca de la condición libertaria de las mujeres" (Durand y Gutiérrez, 1998 citado en Cedeño, 2020).

Planteamiento del problema

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE), o aborto voluntario, es una práctica que se ha llevado a cabo en la mayoría de las culturas y desde hace siglos. Con el tiempo, la forma de

realizarlo, las percepciones y las posturas en torno a esta han cambiado, y siguen realizándose, aún con su criminalización y penalización.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2021) seis de cada diez embarazos no deseados terminan en aborto, lo que genera que cada año se realicen en promedio 73 millones de abortos voluntarios. Adicionalmente, menciona que el 45% de estos son abortos inseguros. En el caso de América Latina, en 2018 la tasa de mujeres que abortó fue de 48 por cada 1000 mujeres casadas y 29 por cada 1000 mujeres solteras (Guttmacher Institute, 2018). Adicionalmente, este estudio demostró que las tasas de aborto eran generalmente más altas en entornos donde está restringido que en donde la práctica es ampliamente legal. Asimismo, la OMS (2017) menciona que en América Latina sólo uno de cada cuatro abortos realizados son de manera segura.

Considerando lo anterior, se puede observar que las cifras en cuanto a la práctica del aborto, son considerablemente altas. En América Latina, los números son particularmente alarmantes, ya que no sólo es una de las regiones donde más se realizan, sino que también es de las regiones más inseguras para hacerlo. El acceso y la calidad a servicios de salud, como la cultura y la legalidad, son factores que aumentan esta inseguridad.

La penalización de esta práctica ha generado una criminalización y revictimización de las niñas y mujeres que tuvieron un aborto. Respecto a la penalización, en Latinoamérica abortar voluntariamente es ilegal sin excepciones en El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Por otro lado, en Costa Rica, Guatemala, Paraguay, Perú, Surinam y Venezuela tienen algunas de las legislaciones más restrictivas y sólo despenalizan el aborto en caso de que la vida o la salud de la mujer embarazada corra peligro. En cuanto al resto de países latinoamericanos, la IVE está permitida bajo ciertas causales. Por ejemplo, Brasil y Chile incluyen en sus códigos penales las variables de violación e inviabilidad del feto; en Bolivia y Colombia, se incluye la causal de incesto; en el caso de Belice, se incluyen los factores socioeconómicos; y en Ecuador, se permite el aborto en tres causales: amenaza a la vida o la salud de la mujer, inviabilidad del feto y violación a mujer con discapacidad mental.

En Argentina, Cuba, Guayana, Guyana Francesa, Puerto Rico y Uruguay está despenalizado sin condicionantes en las primeras semanas de gestación.¹

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario destacar que la penalización tiene un gran impacto en cuanto a la seguridad de la práctica, ya que puede fomentar que se realice en condiciones inseguras para evitar represalias. Este punto lo explican Jully Viviana Cáceres Pérez y Diana Marcela Cardona Mazo (2017), quienes realizaron una investigación de las consecuencias del prohibicionismo del aborto, y encontraron que:

“La prohibición del aborto en todas sus modalidades no persuade a las mujeres de no practicarlo, por el contrario se sigue practicando en condiciones inseguras que ponen en riesgo la vida de la mujer. Se resalta que en países en donde aún está penalizada la práctica del aborto victimiza a la mujer y no reporta resultados positivos.” (p.4).

Es necesario resaltar que es sumamente complicado distinguir entre un aborto voluntario e involuntario, por lo que en los países que no considera ninguna causal, mujeres que han tenido abortos involuntarios reciben represalias legales. Esto genera que las niñas y mujeres no busquen atención en servicios de salud o que incluso esta se limite, se niegue o se restrinja. Lo anterior puede ser una amenaza a la seguridad humana de las mujeres, ya que, no sólo su supervivencia, sino su calidad y dignidad de vida se ven perjudicadas, por lo que es necesario realizar una investigación desde el enfoque de la seguridad humana (SH).

Mientras que la seguridad tradicional se centra en las amenazas directas contra el estado (principalmente en forma de ataques militares), la seguridad humana traslada el foco de atención a un conjunto más amplio de amenazas que enfrentan los individuos y las comunidades (Comisión de Seguridad Humana [CSH], 2003, p. 6). La seguridad humana plantea una nueva perspectiva posicionando al individuo como prioridad y reconoce nuevas amenazas, como los efectos del cambio climático, enfermedades, violencia de género, etc. No

¹ Consultado en Base de datos de políticas mundiales sobre el aborto (Global Abortion Policies Database) de la Organización Mundial de la Salud el 24 de abril de 2021.

obstante, es un concepto relativamente nuevo que tiene poco más de dos décadas y que cuenta con diversos debates en su análisis ya que no se ha logrado un consenso respecto a una definición universal. Adicionalmente, son limitados los estudios que abordan la seguridad humana desde una perspectiva de género, no obstante, es necesario destacar las diversas aportaciones de los estudios feministas. Por lo tanto, el concepto de la seguridad humana con un enfoque de género se encuentra aún en construcción y con la presente investigación se busca contribuir a ella.

Tomando en cuenta lo anterior, se busca responder la pregunta rectora del presente trabajo: ¿por qué la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo puede ser una amenaza de seguridad humana para las mujeres en el s.XXI? La pregunta se responderá a partir del caso de estudio de Honduras, como país en que la práctica está completamente penalizada.

Adicionalmente, es necesario destacar la importancia de los estudios de esta índole. Existen diversas posturas en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, ya que es un tema analizado desde diversas áreas y con diferentes enfoques. Los debates médicos, psicológicos, religiosos, políticos y sociales han aumentado en los últimos años. A finales del siglo XX y principios del siglo XXI, la cantidad de movimientos sociales ha incrementado, exponiendo las demandas en salud reproductiva y sexual. Sin embargo, en las Relaciones Internacionales, hay un vacío de este tema dentro de los tratados, las convenciones y los foros internacionales. Las investigaciones de esta índole permiten que temas como la penalización y las casuales del aborto, sean reconocidos y estudiados en términos de seguridad y formen parte del debate internacional. Lo anterior permitirá que se incluya este tema en las agendas políticas y que no quede como un tema aislado, ya que afecta a una población tan grande como lo son las niñas y mujeres en todo el mundo. Su estudio brinda la oportunidad de 1. explorar la inclusión de nuevos aspectos a la seguridad humana, 2. aportar al análisis con perspectiva de género y 3. contribuir a la capacidad de reconocer e identificar las amenazas específicas de seguridad humana que viven las mujeres.

Justificación

En los estudios de seguridad humana con enfoque de género hay un vacío respecto al análisis del aborto y las herramientas de cómo abordarlo. Lo anterior debido a que el concepto de seguridad humana es reciente, ya que surge en 1994 en el *Informe de Desarrollo Humano* del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), por lo que aún hay un limitado número de investigaciones y este número es aún menor con enfoque de género. Por lo tanto, el valor teórico de esta investigación parte de su contribución en la construcción del estudio de la seguridad humana con enfoque de género. Adicionalmente, la mayoría de las investigaciones se encuentran en otros idiomas, principalmente en inglés, y hay un número muy limitado de estudios en español.

Así mismo, se destaca el beneficio metodológico. Por la misma cuestión de la falta de estudios de esta índole, hay un vacío metodológico que permita identificar si un tema puede o no ser una amenaza de seguridad humana con base en estudios cuantitativos. Por lo tanto, esta investigación es propositiva en cuanto a las herramientas metodológicas disponibles para estudiar posibles amenazas a la seguridad humana de las mujeres.

De igual manera, otro factor es la temporalidad. La IVE es relevante en el contexto actual ya que diferentes movimientos en América Latina están fortaleciéndose en la lucha tanto por la despenalización, como de la penalización del aborto. La denominada *Marea Verde* surge en Argentina con los movimientos feministas en favor a la despenalización del aborto, de la cual se destaca el uso del pañuelo verde. La *Marea Verde* se ha extendido por toda América Latina, hasta llegar a México. El 30 de diciembre de 2020 el Senado argentino despenalizó el aborto hasta las 14 semanas del embarazo, garantizando su gratuidad y el acceso a servicios de salud sin condicionantes (Amnistía Internacional, 2020), lo que lo convirtió en el pionero en este tipo de legalización y abrió paso a la discusión del tema en otros países. Por lo tanto, la relevancia social de esta investigación parte de que este tipo de trabajos pueden contribuir a los debates en las políticas públicas y legislaciones de los diferentes estados. Tomando en cuenta lo anterior, es necesario destacar el beneficio social ya

que, si se puede considerar como un tema de seguridad, los gobiernos pueden incluirlo en sus agendas.

Hipótesis

Hipótesis general: La penalización de la IVE es una amenaza a la seguridad humana de las mujeres porque crea condiciones para realizar un aborto inseguro.

Hipótesis secundarias:

H1: Las mujeres que han realizado una IVE en Honduras han realizado abortos inseguros.

H2: Los servicios de salud públicos sexuales y reproductivos de Honduras no son considerados de calidad por parte de las mujeres hondureñas.

H3: La posibilidad de ir a la cárcel genera que las mujeres no vayan al hospital público en caso de tener complicaciones al tener un aborto voluntario o involuntario.

Objetivos

La finalidad de la presente investigación es explicar las cuestiones por las que la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debe considerarse una amenaza a la seguridad humana de las mujeres de Honduras. Para lograr lo anterior se busca abarcar los siguientes objetivos específicos:

1. Obtener información de las mujeres que han practicado un aborto en Honduras a través de encuestas.
2. Identificar los principales métodos de IVE que han utilizado las mujeres en Honduras.
3. Identificar si los abortos que han realizado las mujeres en Honduras han sido inseguros o seguros.
4. Identificar las vulnerabilidades de las mujeres hondureñas al practicar una IVE.
5. Identificar las necesidades de las mujeres hondureñas al practicar una IVE.
6. Describir el marco legal de la interrupción voluntaria del embarazo en la constitución de Honduras.
7. Recopilar el marco legal en torno a la penalización del aborto en Honduras.

Metodología

La presente investigación utilizó la técnica documental y la técnica cuantitativa. Inicialmente, se realizó una recopilación de información jurídica y social sobre la interrupción voluntaria del embarazo en Honduras. Posteriormente se realizaron encuestas, la población seleccionada fue: mujeres que radican en Honduras entre 18 y 60 años de edad preferiblemente que hayan tenido uno o más embarazos.

La muestra consistió en 68 mujeres hondureñas. El tipo de muestra fue aleatorio en cuanto al embarazo y a la práctica del aborto, es decir que no era necesario haber tenido uno o el otro para formar parte de la muestra.

Las encuestas se realizaron a distancia a través de la plataforma *Google Forms*. La razón por la que se realizaron encuestas y no entrevistas parte de que es un tema sensible y puede ser invasivo o incluso comprometedor para las mujeres, ya que en su país, el aborto está penalizado con cárcel. Por la misma razón, se firmó un acuerdo de confidencialidad con el fin de asegurar que las respuestas sean privadas y la información y los datos de las encuestadas no serán reveladas y serán usados únicamente para fines educativos. La encuesta fue compartida por las colectivas *Las Vanders*, *Dame la mano*, *Somos Muchas Honduras*, *Colectiva Radical Honduras* y *Yo no quiero ser violada*. De igual forma, se contrató vía LinkedIn a la periodista y encuestadora hondureña Alejandra Martínez para obtener un mayor número de encuestas.

La encuesta se dividió en tres secciones. La primera abarca el acceso a servicios de salud reproductiva y sexual, principalmente al acceso a atención ginecológica y obstétrica, así como el acceso a educación sexual y a métodos anticonceptivos. La segunda sección fue contestada únicamente por las mujeres que han tenido uno o más embarazos, por lo que también contestaron mujeres que han tenido un aborto. La tercera sección se basaba en si considerarían abortar, las razones por las que lo harían y si buscarían atención médica pública.

Para poder determinar las razones por las que la penalización de la IVE es una amenaza a la seguridad humana de las mujeres se basará en la Fase 1 del documento *Teoría y práctica de la seguridad humana. Aplicación del concepto de seguridad humana y el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos* de la Organización de Naciones Unidas. Este manual es un conjunto de herramientas para la aplicación del concepto de seguridad humana, brindando una estrategia de tres fases para la implementación y la evaluación de programas y proyectos de seguridad humana. La primera fase, que es en la que se basará la presente investigación, orienta al momento de cómo reconocer amenazas de la seguridad humana. La segunda fase se basa en la implementación de un proyecto de seguridad humana y la tercera, en la evaluación de éste.

Así mismo, la investigación se basa en la teoría de la seguridad humana con un enfoque de género, por lo que se tomará de estudio base la investigación *Aborto y Seguridad Humana: un estudio de campo para la decriminalización del aborto en Nicaragua* (Abortion and Human Security: a field study to decriminalize abortion in Nicaragua) de Lisa Strömbom.

Estado del arte

La primera aparición del concepto de seguridad humana se encuentra en el *Informe de Desarrollo Humano (1994)* del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Posterior a la creación del concepto, se han llevado a cabo diferentes estudios e investigaciones en torno a la seguridad humana.

En materia de seguridad, el libro editado por Mary Martin y Taylor Owen *Routledge Handbook of Human Security* (2014) hace una recopilación de los conceptos, la aplicación, las herramientas y los actores relacionados a la seguridad humana. Los editores del libro concluyen que existen diversos retos en torno a cómo debe abordarse el paradigma de seguridad humana, debido a que es reciente, existen diversas definiciones y ha evolucionado con el tiempo. No obstante, su inclusión en las agendas y en la creación de políticas públicas es indispensable, puesto que, aun cuando el sujeto de estudio son las personas, el eje de

acción en materia de seguridad humana le pertenece a las instituciones. Diversos capítulos como “El nacimiento del discurso” (*The Birth of discourse*), “La sirena de la seguridad humana” (*The siren song of human security*) y “Del concepto al método: el desafío de la metodología de la seguridad humana” (*From concept to method: the challenge of a human security methodology*) aportan a la conceptualización en torno a la seguridad humana en esta investigación.

En torno a la seguridad humana y al enfoque de género, se destaca el texto *Género, Violencia y Seguridad Humana (Gender, Violence, and Human Security, Critical Feminist Perspectives)* (2013) de Aili Mari Tripp, Myra Marx Ferree, y Christina Ewig. El libro se divide en tres partes. La primera abarca la teorización de la seguridad humana con perspectiva de género; la segunda, discute casos de estudio del análisis de la seguridad humana con enfoque de género en Tailandia, Estados Unidos, Uganda y Alemania; y la tercera, aborda las consideraciones políticas para reducir la violencia e incrementar la seguridad humana, en la cual estudia el caso de América Latina. Finalmente, el cuarto capítulo habla de la construcción de los discursos en la seguridad humana. Este texto brinda las bases de estudio de la seguridad humana con enfoque de género, tratando la relación entre ambos. De igual manera, otorga un acercamiento al caso latinoamericano. La presente investigación puede complementar este estudio ya que proporciona un nuevo factor como amenaza a la seguridad humana de las mujeres: la penalización del aborto.

Adicionalmente, en materia de seguridad humana con un enfoque de género, se destaca el capítulo *Reparaciones para la violencia sexual y reproductiva: justicia de género y retos de la seguridad humana en Guatemala y Perú (Reparations for Sexual and Reproductive Violence: Gender Justice and Human Security Challenges in Guatemala and Peru)* (2014) de Colleen Duggan. Este capítulo explora la problemática de reparar la violencia sexual y reproductiva perpetrada contra las mujeres como una de las manifestaciones más graves de violencia de género. El análisis demuestra que las violencias sexual y reproductiva perpetradas por actores estatales (policía o militares) y no estatales (guerrilla y paramilitares) socavan no sólo la seguridad humana de las mujeres y su libertad

de miedo (*freedom from fear*), sino que también violan una serie de aspectos económicos, sociales y de derechos humanos. Concluye que la violencia sexual reproductiva atenta contra la seguridad humana en su totalidad. Este texto es propositivo al momento de abordar la salud reproductiva y sexual desde la seguridad humana con un enfoque de género.

Por otro lado, el artículo *¿Pueden los derechos del aborto integrarse en la agenda de las Mujeres, la Paz y la Seguridad? (Can abortion rights be integrated into the Women, Peace and Security agenda?)* (2017) de Claire Pierson y Jennifer Thomson analiza los derechos sexuales y la salud reproductiva como aspectos de la seguridad de las mujeres. La metodología de la investigación se basa en un estudio de las resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, tomando como resolución inicial la 1325 en el año 2000 hasta la resolución 2422 en 2015. El artículo analiza los derechos reproductivos en los contextos de conflicto y post conflicto así como las políticas globales en torno a estos derechos. Concluye que la construcción del acceso a una justicia de género sólida está limitada por la ausencia del reconocimiento del aborto como un tema de seguridad humana, específicamente en contextos de conflicto. Este artículo fundamenta la relevancia de la interrupción voluntaria del embarazo en materia de seguridad desde un enfoque y una metodología distinta a la de la presente investigación. No obstante, contribuye al estudio de la seguridad con enfoque de género al reconocer la salud sexual y reproductiva como factores necesarios para garantizar la seguridad de las mujeres.

En suma, otra investigación realizada en torno a la seguridad con enfoque de género es la tesis *Estudios feministas críticos de la seguridad humana: (in)seguridad de las mujeres y contrabando en las fronteras de Ecuador (Feminist Critical Human Security: women's (in) security and smuggling on Ecuador's borders)* (2016) de Claudia Donoso. Esta tesis estudia las redes de las relaciones de poder que generan inseguridad de las mujeres en las fronteras de Ecuador. Menciona que estas redes generan desigualdades interseccionales que llevan a las mujeres a involucrarse en el contrabando. Las desigualdades parten del limitado acceso a educación, a servicios de salud, trabajos no remunerados, hasta la constante violencia doméstica que viven. La autora analiza las políticas públicas y los planes de seguridad

implementados por el gobierno y cuestiona la falta de un enfoque de género al abordar temas de seguridad. Las aportaciones de este texto a la investigación es su enfoque de seguridad, ya que realiza la investigación desde la perspectiva de “Seguridad Humana Crítica Feminista” (*feminist critical human security*). Este paradigma menciona que la seguridad humana no incluye a las mujeres en el término de “humano” ya que no aborda las violencias o vulnerabilidades específicas de las mujeres.

De la misma manera, otro estudio fundamental para la presente investigación es el denominado *Aborto y Seguridad humana (Abortion and Security studies)* (2012) de Johana Lundberg, el cual tiene como finalidad contribuir a la decriminalización del aborto en Nicaragua desde un enfoque de la teoría crítica. La tesis de la investigación busca reconocer el aborto como un tema de seguridad humana y de derechos humanos en Nicaragua a través de: un análisis del trabajo realizado por organizaciones no gubernamentales y de una metodología cualitativa al realizar entrevistas y observación participativa. La investigadora demuestra la hipótesis de considerar el aborto como un tema de seguridad humana en Nicaragua y argumenta que la prohibición del aborto criminaliza la práctica, y como consecuencia, el Estado se vuelve coercitivo al interferir con el acceso de salud sexual y derechos reproductivos. Esta investigación se puede considerar un predecesor a la presente tesis. Además, es necesario mencionar que la autora reconoce el vacío existente en los estudios de seguridad con un enfoque de género.

Así mismo, para el estudio de la evolución histórica del aborto, una fuente indispensable es la de Guilia Galeotti (2004), quien realizó una genealogía en torno a la historia del aborto, abordando las percepciones del aborto a lo largo del tiempo, los cambios en la regulación jurídica, así como las técnicas y los intereses en torno a la interrupción voluntaria del embarazo. Esta recopilación histórica es fundamental para estudiar con una mayor claridad el tema de la IVE pues brinda un acercamiento a los procesos sociales y legales así como a las diversas perspectivas en torno al aborto. Adicionalmente, esta fuente se complementa con la presente investigación pues no abarcan la misma temporalidad ni el mismo espacio, debido a que *Historia del aborto. Los muchos protagonistas e intereses de*

una larga vicisitud se centra en el contexto europeo, específicamente el italiano, y aborda desde el siglo XVIII a inicios del s.XXI.

Por otro lado, el Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) llevó a cabo un estudio comparativo denominado *La Regulación Jurídica del Aborto en América Latina y el Caribe* (Bermúdez, 1997), el cual es un análisis de la recopilación de 14 informes nacionales en torno al aborto en 14 países² realizados por el mismo comité. El estudio aborda la evolución del tratamiento jurídico del aborto en las codificaciones del s. XIX y s.XX, el debate normativo, las iniciativas legislativas, el movimiento de mujeres en torno a la penalización y despenalización así como la construcción de argumentos y contraargumentos de estos. La investigación permite un acercamiento jurídico y proporciona los antecedentes en torno al aborto en América Latina. No obstante, el estudio fue realizado en 1998 y la presente investigación puede contribuir a un análisis del siglo XXI en Honduras, que no abarca el estudio comparativo.

Por otro lado, un estudio comparativo más reciente es el denominado *Marco legal de la interrupción voluntaria del embarazo en tres países de Latinoamérica: Colombia, Cuba y Chile* (2017) de July Viviana Cáceres Pérez y Diana Marcela Cardona Mazo. La investigación hace un estudio de tres países latinoamericanos con problemáticas diferentes entorno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, ya que en Colombia es una práctica despenalizada en tres casos específicos (violación, malformaciones congénitas del feto incompatibles con la vida y en caso de afectación de la salud de la madre); en Cuba es una práctica completamente libre, no penalizada; y en Chile aún se encontraba penalizada sin causales. Se aborda el contexto mundial, las estadísticas, los tipos de aborto, las técnicas y posteriormente se estudian los antecedentes, normatividad e implementación de estas leyes en Colombia, Cuba y Chile. La investigación demuestra que la prohibición del aborto en todas sus modalidades no persuade a las mujeres de practicarlo, por el contrario se sigue practicando en condiciones inseguras que ponen en riesgo la vida de la mujer. Se resalta que

² Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y Uruguay.

en países en donde aún está penalizada la práctica del aborto se victimiza a la mujer y no se reportan resultados positivos. Las aportaciones a la presente tesis parten de que contribuye a demostrar que la penalización del aborto no logra su fin de reducir esta práctica, sino que la hace más insegura, poniendo en peligro a las mujeres.

Capítulo 1. Seguridad humana y la interrupción voluntaria del embarazo

1.1 La seguridad humana

1.1.1 Definición de Seguridad Humana

La primera definición que surgió de seguridad humana (SH) se puede encontrar en el *Informe sobre Desarrollo Humano* de Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, que definió la seguridad humana de la siguiente manera:

“Se puede decir que la seguridad humana tiene dos aspectos principales. En primer lugar, significa seguridad contra amenazas crónicas como el hambre, la enfermedad y la represión. Y en segundo lugar, significa protección contra alteraciones súbitas y dolorosas de la vida cotidiana, ya sea en el hogar, en el empleo o en la comunidad. Dichas amenazas pueden existir en todos los niveles de ingreso y desarrollo de un país.” (1994a, p.26)

Dentro de este Informe, la ONU destacó otros puntos clave para poder profundizar el concepto de seguridad humana. Inicialmente, menciona que cuenta con cuatro características esenciales:

1. La SH es una preocupación universal
2. Los componentes de la SH son interdependientes
3. Es más fácil velar por la seguridad humana mediante la prevención temprana que con intervención posterior
4. La SH está centrada en el ser humano

Otro punto clave que la ONU (1994a) señala es el reconocimiento de que la pérdida de la SH puede ser un proceso lento y silencioso o una emergencia abrupta y estridente, debido a que

puede ser consecuencia de obra humana (ejemplo: resultado de políticas públicas erradas) o por cuestiones de la naturaleza, o incluso una mezcla de ambas. En suma, menciona que es un concepto integrador y no defensivo, como lo es la seguridad tradicional/nacional.

Así mismo, otro concepto indispensable es el proporcionado por el ex Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan:

“La seguridad humana ya no puede entenderse en términos puramente militares. Más bien, debe abarcar el desarrollo económico, la justicia social, protección del medio ambiente, democratización, desarme y respeto de los derechos humanos y el estado de derecho.(...) La seguridad humana, en su sentido más amplio, abarca mucho más que la ausencia de violencia y conflicto. Abarca los derechos humanos, la buena gobernanza, el acceso a la educación y la salud, así como asegurar que cada individuo tenga oportunidades y opciones para cumplir con su potencial” (ONU, 2001, p. 1)

Como se puede observar, este concepto vincula otros términos relevantes en los estudios de las Relaciones Internacionales con el de SH, como lo son la democracia, los derechos humanos, el desarme, etc. Y añade además un punto fundamental: que la SH no es sinónimo de ausencia de violencia. Este último punto se puede relacionar con el anteriormente mencionado por el *Informe sobre Desarrollo Humano* (1994a) que explica que las amenazas de la SH pueden ser silenciosas.

Por otro lado, George MacLean en su texto *El concepto cambiante de seguridad humana: coordinación de respuestas nacionales y multilaterales (The Changing Concept of Human Security: Coordinating National and Multilateral Responses)*, explica:

“En términos generales, la seguridad humana cambia nuestro enfoque de la seguridad territorial tradicional a el de la persona. La seguridad humana reconoce que la protección y preservación personal de un individuo proviene no solo de la salvaguarda del Estado como unidad política, sino también del acceso al bienestar individual y la

calidad de vida. Pero la seguridad humana no se limita a asuntos "envolventes" de beneficio individual (como educación, atención médica, protección contra crimen y similares). Esto se debe a que estos asuntos pueden considerarse como parte de los objetivos de los estados soberanos. Más bien, la seguridad humana también denota protección contra el violencia no estructurada que a menudo acompaña a muchos aspectos de la seguridad no territorial, como la violencia que emana de la escasez ambiental o la migración masiva. Por lo tanto, así como las nociones tradicionales de seguridad territorial involucran la violencia estructurada manifestada en guerra estatal, la seguridad humana también se ocupa de la cuestión de la violencia no estructurada. La seguridad, en definitiva, implica la seguridad del individuo en su ámbito personal, comunitario y de su entorno " (citado en ONU, 2001, p.8).

Como lo explica McCallen, este concepto al enfocarse en el "humano" no se limita a cuestiones individuales, ya que a pesar de tener como prioridad el ser humano, va más allá de este, puesto que no son solo sus necesidades personales sino también el cómo su entorno y su comunidad influyen en su bienestar. Es decir, lo que se encuentra alrededor de la persona puede afectar a su supervivencia y a su calidad de vida y esto afecta a la seguridad de la persona.

Adicionalmente, la revista científica *Global Environmental Change* y *El Programa de Investigación de Seguridad humana* define la SH como "la capacidad de los individuos y de las comunidades de responder a las amenazas de sus derechos sociales, humanos y ambientales"(Gasper, 2014, p.30). Este término resulta interesante porque no se refiere solo a la "ausencia de amenazas" sino a la capacidad del individuo de afrontarlas. Por ejemplo, Gasper (2014) explica que velar por la seguridad humana no implica necesariamente aumentar los servicios de seguridad, ya que muchas veces estos resultan contraproducentes a la seguridad humana. Por lo tanto, Gasper menciona que la respuesta a las amenazas incluye no sólo la protección de las personas si no también su empoderamiento y el fortalecimiento de su asegurabilidad, esta última entendida como: "la habilidad de evitar situaciones inseguras y retener el sentimiento de la seguridad cuando ocurran estas situaciones, así como

la habilidad de restablecer la seguridad y el sentimiento de seguridad de las personas que han sido comprometidas” (PNUD citado en Gasper, 2014, p. 30)

Esta última definición añade la capacidad de la persona de afrontar esas amenazas como una forma de seguridad humana, lo que implica que la SH no se limita a la idea de securitizar con armamento o policías y/o militares; sino, empoderar a la persona para poder responder por sí sola a las amenazas no estatales, que pueden ser, por ejemplo, enfermedades o desastres naturales. Dentro de esta lógica se puede vincular lo anterior con la definición de SH de la Comisión de Seguridad Humana (CSH), como la:

“...protección del núcleo vital de todas las vidas humanas de forma que se mejoren las libertades humanas y la realización de las personas. La seguridad humana significa proteger las libertades fundamentales, aquellas libertades que son la esencia de la vida. Significa proteger a las personas de situaciones y amenazas críticas (graves) y más presentes (extendidas). Significa utilizar procesos que se basen en las fortalezas y aspiraciones de las personas. Significa crear sistemas políticos, sociales, medioambientales, económicos, militares y culturales que, de forma conjunta, aporten a las personas los fundamentos para la supervivencia, el sustento y la dignidad.” (CSH, 2003, p.4)

Esta conceptualización añade la creación de un entorno político, social, económico, militar e incluso cultural (esta última no se había mencionado en las otras definiciones) que permita a las personas desenvolverse libremente. En suma, la CSH destaca que el concepto de SH es dinámico ya que lo que es vital (es decir, lo que es considerado esencial para la vida) varía en las necesidades de las diferentes sociedades aunque esto no significa que esta vitalidad parte de un conjunto de derechos y libertades fundamentales y universales. Adicionalmente, una aportación clave es la de la noción de “dignidad”. Por lo tanto, la CSH explica que la SH complementa a la seguridad nacional/tradicional en cuatro aspectos (CSH, 2003, p.4):

1. Su preocupación es el individuo y la comunidad más que el estado.

2. Las amenazas a la seguridad de las personas incluyen amenazas y condiciones que no siempre han sido clasificadas como amenazas a la seguridad del Estado.
3. La gama de actores se expande más allá del estado solo.
4. Lograr la seguridad humana incluye no solo proteger a las personas, sino también empoderarlas para que se puedan defender por sí mismas.

Otra definición relevante es la que estableció Amartya Sen:

“La seguridad humana puede entenderse como la protección y preservación de lo “supervivencia” y “vida diaria” (presumiblemente contra la muerte prematura, la mala salud evitable, la discapacidad, del analfabetismo, etc.) y también la capacidad de evitar diversas humillaciones que pueden provocar lesiones, insulto y desprecio a nuestra vida (relacionado, por ejemplo, con la indigencia, la miseria, el encarcelamiento, exclusión o, de nuevo, analfabetismo o analfabetismo)³.” (2014, p.17).

Tomando en cuenta las definiciones anteriores, se retoma una observación de Sen (2014, p.17), quien explica que para profundizar el concepto, este debe incluir los siguientes elementos:

1. “un enfoque claro en las vidas humanas individuales (esto contrastaría, por ejemplo, con la noción tecnocrática agregada de “seguridad nacional”, la interpretación preferida de “seguridad” en el contexto militar)
2. una apreciación del papel de la sociedad y de los arreglos sociales en la realización de vidas humanas más seguro de una manera constructiva (evitando una visión socialmente desapegada del individuo humano predicamento y redención, enfatizado en algunos - pero no en todos - contextos religiosos)
3. una concentración razonada en los riesgos a la baja de vidas humanas, más que en el expansión de la libertad efectiva en general (en contraste con el objetivo más amplio

³ Traducción propia del inglés al español.

de la promoción del "desarrollo humano")

4. un enfoque elegido, nuevamente, en la "desventaja" al enfatizar los derechos humanos más elementales (en lugar de toda la gama de derechos humanos)".⁴

Estos elementos enfatizan nociones que pueden resultar ambiguas en otras definiciones.

Finalmente, para abordar este concepto es necesario tomar en cuenta que la SH se relaciona directamente con el desarrollo humano. Son conceptos vinculados e interrelacionados, pero no deben confundirse ya que no son iguales. Para reconocer la diferencia entre seguridad humana y desarrollo humano, la ONU (1994) puntualiza:

"El desarrollo humano es un concepto más amplio, definido en anteriores Informes sobre Desarrollo Humano como un proceso de ampliación de la gama de opciones de que dispone la gente. La seguridad humana significa que la gente puede ejercer esas opciones en forma segura y libre, y que puede tener relativa confianza en que las oportunidades que tiene hoy no desaparecerán totalmente mañana. Evidentemente, hay un vínculo entre la seguridad humana y el desarrollo humano: el progreso en una esfera realza las posibilidades de lograr progresos en la otra. Pero el fracaso en una esfera aumenta también el riesgo de que fracase la otra." (p.27)

En conclusión, este conjunto de conceptos son fundamentales para abordar la SH ya que se relacionan y se complementan entre sí. Aunque todos concuerdan que el humano es el sujeto de estudio, las aportaciones son diversas en cuanto a qué se considerará y qué se debe lograr para proteger y velar por la seguridad humana. La diferenciación con el desarrollo humano permite entender la vinculación e interdependencia de ambos conceptos. Para la presente investigación, se basará principalmente en la definición utilizada por la Comisión de Seguridad Humana.

⁴ Traducción propia del inglés al español.

1.1.2 Historia de la Seguridad Humana

El punto de quiebre de la teoría de seguridad surge después de la Guerra Fría. Previa a ésta, la arena internacional estaba centralizada en una perspectiva bélica debido a la Primera y Segunda Guerra Mundial. No obstante, al terminar la Guerra Fría los Estados comienzan a reconocer que existen múltiples amenazas a la seguridad que surgen dentro de los países, más que entre ellos mismos. Como se ha mencionado previamente, los estudios de seguridad se basaban principalmente en la supervivencia del Estado (Buzan, 1983; Buzan, Weaver y De Wilde, 1998). Sin embargo, a finales del s. XX y comienzos del s.XXI se empezaron a reconocer nuevas amenazas que atentaban directamente al individuo y no necesariamente al Estado nación, como las enfermedades, los desastres naturales, los genocidios, etc. (Buzan y Hansen, 2009; Collins, 2013). De la misma manera, se integraron nuevas perspectivas de seguridad para comprender este nuevo escenario (Peoples y Vaughan-Williams, 2010). Por lo tanto, para poder diferenciar entre la seguridad nacional de la seguridad humana es necesario plantearse la siguiente pregunta: ¿la supervivencia de quien? Siendo la primera, la del estado como aparato o como territorio; y la segunda, la de las personas y el individuo (Gasper, 2014).

La primera aparición internacional del término surge en el 1992 en el Informe “Una agenda para la paz”, sin embargo, el primer documento que reconoce y profundiza el concepto es el Informe sobre Desarrollo Humano (1994) publicado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). A continuación, se muestra una recopilación histórica con los principales aportes de la seguridad humana en el marco de la ONU:

Tabla 1. Génesis y trayectoria institucional de la seguridad humana en el marco de la ONU

Año	Avance	Descripción
1992	Una agenda para la paz	Boutros-Boutros Ghali, Secretario General de las Naciones Unidas, recoge la primera referencia explícita a la seguridad humana dentro de las Naciones Unidas. En este informe, se utilizó el concepto en relación a la diplomacia preventiva, la

		reconstrucción y el mantenimiento de la paz, y la recuperación de escenarios postconflicto. El informe centró su atención en el amplio alcance de los retos en escenarios postconflicto y destacó la necesidad de tratar las causas del conflicto a través de una percepción moral internacional común y una extensa red de actores bajo “un enfoque integrado de seguridad humana”.
1994	Informe sobre Desarrollo Humano	Primeros pasos de la seguridad humana, definida a rasgos generales como “libertad ante el miedo” y “libertad ante la necesidad” e inicio del desplazamiento del paradigma de seguridad, hasta el momento centrado en el estado, hacia el ser humano.
1999	Declaración del Milenio	Llamada de Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, para que la comunidad internacional trabaje con la finalidad de lograr el doble objetivo de “libertad ante el miedo” y “libertad ante la necesidad”.
1999	Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos (UNTFHS)	En marzo de 1999, el Gobierno de Japón y la Secretaría de las Naciones Unidas lanzan el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos (UNTFHS) para financiar los proyectos de seguridad humana de la ONU y aumentar los resultados de las operaciones de seguridad humana.
1999	Red de Seguridad Humana (RSH)	Lanzamiento de la RSH a iniciativa de Canadá y Noruega. La RSH está formada por: Austria, Canadá, Chile, Costa Rica, Grecia, Irlanda, Jordania, Mali, Noruega, Suiza, Eslovenia, Tailandia y Sudáfrica (como observador). La red tiene como objetivo la identificación de áreas concretas para la acción colectiva en el ámbito de la seguridad humana. Comprometidos para aplicar la perspectiva de seguridad humana a los problemas internacionales, los esfuerzos de la Red incluyen pasos hacia la implementación de seguridad humana, incluida la Convención de Ottawa sobre minas antipersona y el establecimiento de la Corte Penal Internacional (CPI).
2001	Comisión de Seguridad Humana (CSH)	Establecimiento de la Comisión de Seguridad Humana independiente, bajo la presidencia de Sadako Ogata y Amartya Sen.
2003	Human	Con el objetivo de movilizar el apoyo y ofrecer un marco

	Security Now	<p>concreto para la operacionalización de la seguridad humana, en 2003, la CSH elaboró su informe final Human Security Now. En él, se ofrece una definición de trabajo para la seguridad humana y llega a un número de conclusiones políticas respectivas que versan sobre cuestiones como los conflictos violentos, las armas pequeñas, los refugiados y las personas desplazadas internamente, la recuperación posconflicto, la salud, la pobreza, el comercio y la educación.</p> <p>La CSH, en su informe final Human Security Now, define la seguridad humana como: “protección del núcleo vital de todas las vidas humanas de forma que se mejoren las libertades humanas y la realización de las personas”.</p>
2004	Dependencia de Seguridad Humana (HSU)	<p>Establecimiento de la HSU en la Secretaría de la ONU, en la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH). El objetivo general de la Dependencia tiene dos aspectos: (i) gestionar el UNTFHS y (ii) convertir el Fondo en el principal vehículo para la aceptación y el avance de la seguridad humana, tanto dentro como fuera de la ONU. Desde su creación en 1999, el UNTFHS ha financiado más de 175 proyectos en aproximadamente 70 países.</p>
2004	Panel de Alto Nivel sobre Amenazas, Retos y Cambio de la Secretaría General de la ONU	<p>Reconocimiento de los vínculos existentes entre una amplia gama de amenazas nuevas para la seguridad humana (amenazas económicas y sociales; conflictos y rivalidades interestatales; violencia interna, incluidas guerras civiles, colapso del estado y genocidio; armas nucleares, radiológicas, químicas y biológicas; terrorismo; y crimen organizado transnacional) y la necesidad de una mayor cooperación y asociación para hacerles frente.</p>
2005	Documento Final de la Cumbre Mundial 2005	<p>Jefes de Estado y de Gobierno hablan sobre el concepto de seguridad humana. El párrafo 143 del documento reconoce que: “todas las personas, en particular las más vulnerables, tienen derecho a tener libertad ante el miedo y ante la necesidad, con las mismas oportunidades para disfrutar de sus derechos y desarrollar por completo su potencial humano”.</p>
2006	Friends of Human Security (FHS)	<p>FHS, “un grupo informal flexible y abierto de personas que apoyan la seguridad humana” está principalmente formado por representantes de los estados miembro de la ONU y organizaciones internacionales que trabajan en la sede de la ONU en Nueva York. Celebró su primera de cuatro reuniones en Nueva York bajo la presidencia de Japón.</p>

2008	Asamblea General de la ONU: Debate temático sobre seguridad humana	Debate para reflexionar sobre el alcance multidimensional de la seguridad humana y para explorar en mayor profundidad la manera de hacer un seguimiento de su mención en el Documento Final de la Cumbre Mundial.
------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla recuperada de la Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas (2009, p.62) en *Teoría y Práctica de la Seguridad Humana, Aplicación del concepto de seguridad humana y el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos*.

Como se puede observar en la tabla, no sólo se dio un reconocimiento a la seguridad humana a nivel internacional, sino que también se institucionalizó. Lo anterior permitió la capacidad de reconocer amenazas y la promoción del estudio y conocimiento de la materia así como la posibilidad de poner en práctica la teoría de la SH. Se puede observar lo anterior en los proyectos financiados por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana. Por ejemplo, uno de los proyectos fue llevado a cabo en una de las regiones más vulnerables de El Salvador y se denominó “*Fortalecimiento de la seguridad humana mediante la promoción de una coexistencia pacífica y la mejora de la seguridad ciudadana*”. El proyecto tuvo como objetivo reducir las amenazas interconectadas de violencia, crimen organizado, desigualdad de género e inseguridad social a través de medidas de protección y empoderamiento de comunidades vulnerables, el proyecto contribuye a la consecución de la seguridad humana (Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, 2009)

1.1.3 Amenaza de Seguridad Humana

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) y la PNUD (2012, p. 37) definen las amenazas como la posibilidad de que ocurra un hecho potencialmente desastroso, en determinado momento y en un sitio dado; las amenazas pueden:

- ser directas (como actos violentos) o indirectas (como reducción del presupuesto);
- ser intencionales o no;
- provenir de la violencia estructural (como la pobreza);
- ser objetivas (por ejemplo, el número de homicidios por habitantes) o subjetivas (la

percepción de inseguridad).

Existen diversas amenazas a la seguridad humana, sin embargo hay personas que son más vulnerables a ciertas amenazas que otras. El contexto social, político, económico y cultural son factores que determinan la vulnerabilidad de una persona a una amenaza. De acuerdo con el IIDH y el PNUD, la vulnerabilidad se entiende de la siguiente manera:

“Es la susceptibilidad o tendencia de las personas a ser perjudicadas por una amenaza, lo cual está vinculado a su capacidad de respuesta. En ese sentido, la vulnerabilidad de una persona o un grupo depende de su capacidad para anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza. Los grupos especialmente vulnerables son aquellos para los que es más difícil sobrevivir y reconstruir sus vidas después de que la amenaza se concrete. Existen diferentes clases de vulnerabilidad que siempre se manifiestan de manera combinada e interdependencia: social, económica, política, institucional y cultural” (2012, p. 37)

Por lo tanto, al estudiar las amenazas en un grupo determinado de personas, es necesario identificar sus vulnerabilidades previamente. Por otro lado, el Informe sobre Desarrollo Humano reconoce siete dimensiones de la seguridad que categorizan las diferentes amenazas dentro de la seguridad humana (PNUD, 1994):

Tabla 2. Tipos de seguridad

Tipo de seguridad	Ejemplos de principales amenazas
1. Seguridad económica	Pobreza persistente, desempleo
2. Seguridad alimentaria	Hambre, hambruna
3. Seguridad sanitaria	Enfermedades infecciosas mortales, alimentos no seguros, desnutrición, falta de acceso a cuidados sanitarios básicos
4. Seguridad ambiental	Degradación medioambiental, agotamiento

	de recursos, desastres naturales, contaminación
5. Seguridad individual	Violencia física, delitos, terrorismo, violencia doméstica, mano de obra infantil
6. Seguridad comunitaria;	Tensiones étnicas, religiosas o causadas por otras entidades
7. Seguridad política.	Represión policial, abusos de derechos humanos

Tabla recuperada de Unidad de Seguridad Humana-ONU en Teoría y práctica de la seguridad humana (2009).

Es necesario tomar en cuenta que los tipos de seguridad están interrelacionados entre ellos ya que se refuerzan mutuamente y se vinculan de dos maneras. La primera se debe a un efecto dominó, ya que una amenaza a una seguridad puede serlo también en otra; la segunda parte de que estas amenazas pueden extenderse a nivel regional e incluso internacional (Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, 2009). Para la presente investigación se enfocará en la seguridad sanitaria, ya que el aborto es un tema de salud pública. Sin embargo, es necesario destacar que este tema podría abordarse desde todos los tipos de seguridad.

La seguridad sanitaria se refiere a lo relacionado con la salud de las personas. La Comisión de Seguridad Humana (CSH) (2003, p. 96) define a la salud como “no solamente la ausencia de enfermedades, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social”. En este sentido, la salud es tanto el bienestar físico objetivo como el bienestar psicosocial subjetivo (CSH, 2003, p. 96). Así mismo, explica que esta perspectiva de la salud es instrumental a la dignidad y seguridad humana, debido a que permite a las personas elegir, buscar oportunidades sociales y planificar su futuro (CSH, 2003, p.96). De igual manera, la CSH reconoce cuatro criterios que influyen en la fuerza de los vínculos entre la salud y la seguridad humana (2003, p.97):

1. La magnitud de la carga de morbilidad ahora y en el futuro
2. La urgencia de acción

3. La profundidad y el alcance del impacto en la sociedad
4. Las dependencias independientes o externalidades que pueden ejercer un efecto dominó más allá de determinadas enfermedades, personas y lugares.

El PNUD (1994) explica que las principales amenazas a la seguridad humana sanitaria varían dependiendo del país, debido a que las condiciones, el gasto público que otorga cada gobierno, el acceso y la calidad de los servicios son sumamente diversos. No obstante, señala que la situación de la mujer es particularmente difícil en todos los estados y explica que:

“Uno de los riesgos más graves que enfrentan es el parto: más de 3 millones de mujeres mueren cada año de causas relacionadas con el parto. La mayoría de esas muertes se podrían prevenir mediante el acceso a planificación de la familia en condiciones económicamente accesibles y seguras, así como mediante apoyo básico en el hogar durante el embarazo y el parto, con la posibilidad de remitir a clínicas u hospitales a las mujeres que tuvieran complicaciones evidentes.” (PNUD, 1994, p. 32).

Adicionalmente, la CSH añade que las mujeres en países en desarrollo son más vulnerables por diversas razones:

“La primera es la falta del acceso a planificación familiar y servicios para abortos seguros. El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que satisfacer las necesidades de planificación familiar en los países en desarrollo reduciría las muertes y lesiones maternas en un 20%. Los abortos inseguros representan casi el 15% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. En segundo lugar, muchas mujeres no reciben ningún tipo de atención prenatal debido a que más de la mitad de los nacimientos en países en desarrollo no son asistidos por personal capacitado. (...) Los factores que impiden el acceso de las mujeres a muchos de estos servicios de salud reproductiva incluyen la accesibilidad de las clínicas, el costo de los servicios, el control de los recursos dentro de los hogares, el poder de decisión dentro de las

unidades familiares, el aislamiento social y las limitaciones de tiempo.” (2003, p. 100).

Por lo tanto, el acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual está limitado y condicionado por factores sociales, políticos, culturales y económicos. La CHS (2003) reconoce que las mujeres son discriminadas no sólo en el acceso a la educación, comida, empleo, recursos financieros, sino que además sufren discriminación en los servicios de salud. Para evitar lo anterior, la Comisión menciona que es indispensable la participación política y social de las mujeres en las instituciones para mejorar el acceso a la salud reproductiva.

En ese sentido, es necesario considerar la violencia del contexto, ya que esta puede exponer las vulnerabilidades que viven las mujeres en el acceso a servicios de salud al impactar desde a nivel macro (como en la economía y en las instituciones) hasta a un nivel micro generando violencia física, sexual, psicológica, doméstica y autoinflingida (CHS, 2003).

Por otro lado, las amenazas a la seguridad humana también pueden identificarse con los siguientes componentes: la libertad respecto del miedo (*freedom from fear*) y la libertad respecto de la necesidad (*freedom from want*). Posteriormente, en 2005, se reconocerá también la libertad de indignidad (*freedom from indignity*) en el informe *In Larger Freedom* del Secretario General de las Naciones Unidas, Koffi Annan. Estas libertades se definen de la siguiente manera:

“La libertad frente al miedo se refiere a proteger a las personas de las amenazas dirigidas a su seguridad e integridad física e incluye diversas formas de violencia que pueden surgir de: Estados externos, los actos de un Estado contra sus ciudadanos, los actos de un grupo contra otros y los actos de individuos contra otros individuos. La libertad de la necesidad se refiere a la protección de las personas para que puedan satisfacer sus necesidades básicas y los aspectos económicos, sociales y ambientales

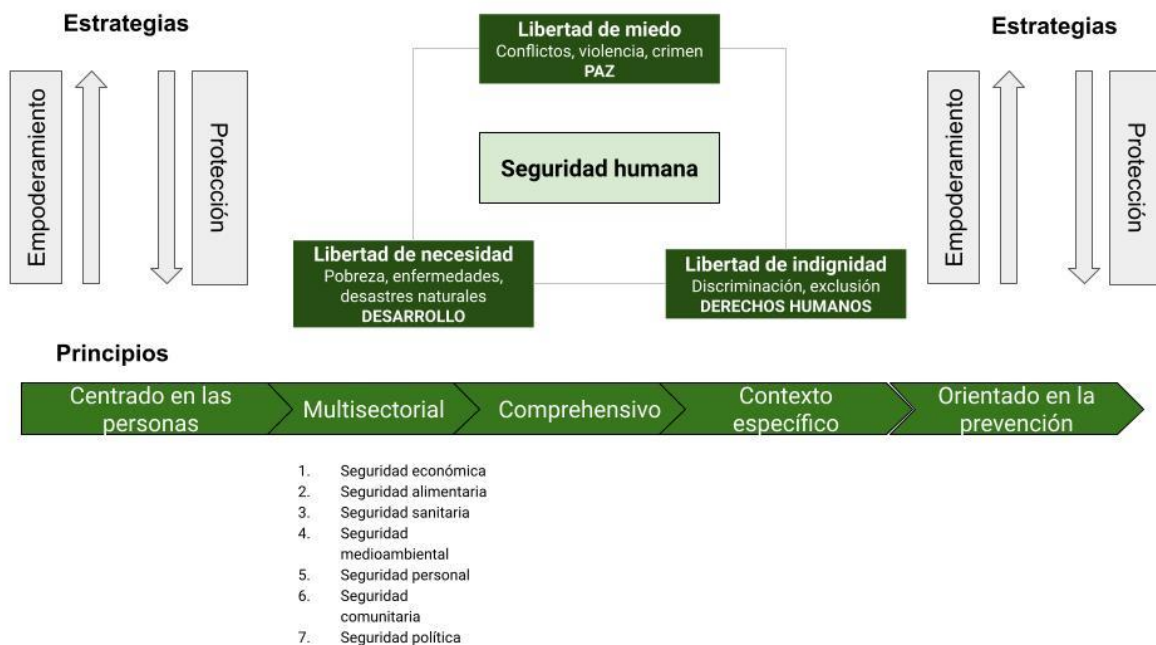
de la vida y los medios de subsistencia. La libertad de la indignidad se refiere a la promoción de una mejor calidad de vida y una mejora del bienestar humano que permite a las personas tomar decisiones y buscar oportunidades para empoderarse”. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2021, p. n/d)

Atentar contra estas libertades puede ser una amenaza a la seguridad humana. Para asegurarlas, la CSH (2003) menciona que son necesarias dos estrategias: la protección y el empoderamiento. La protección se refiere a las “estrategias establecidas por los estados, las agencias internacionales, las ONG, y el sector privado para proteger a las personas”(CSH, 2003, p.10). Esta es de carácter “descendente” ya que reconoce que las personas se enfrentan a amenazas que escapan de su control (como desastres naturales, crisis económicas, conflictos) y los estados tienen la responsabilidad de implementar estructuras que aseguren su protección de una forma sistemática, integral y preventiva (Unidad de Seguridad Humana, 2009, p. 8). Por otro lado, el empoderamiento será definido como “las estrategias que permiten a las personas desarrollar su resistencia a situaciones difíciles” (CSH, 2003, p.10) y este

“implica un enfoque “ascendente”. Pretende desarrollar las capacidades de las personas y las comunidades para que puedan tomar decisiones informadas y actúen por sí mismas. Al empoderar a las personas, no sólo se les permite desarrollar todo su potencial, sino que también se posibilita que encuentren formas de participación y que busquen soluciones que garanticen su propia seguridad humana y la de los demás.”(Unidad de Seguridad Humana, 2009, p.8).

Por lo tanto, la protección y el empoderamiento son complementarias, se refuerzan entre sí y deben ser garantizadas por el Estado. Los anteriores conceptos están relacionados y en conjunto conforman lo que se entenderá por seguridad humana, para una mejor comprensión se puede observar el siguiente diagrama:

Diagrama 1. Seguridad Humana



Fuente: adaptación de Mostafavi, Mehrnaz, Human Security Unit, OCHA at the CMC Finland organized Human Security Training el 21 de abril de 2009, citado en el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2021.

Una vez entendido el concepto de seguridad humana y de amenaza surge la pregunta de cómo abordar las amenazas. Como se ha mencionado previamente, la seguridad humana se centra en las personas, considerando su supervivencia, su dignidad y su calidad de vida. Por lo tanto, para la operacionalización del concepto de seguridad humana, es necesario entender que éste:

“(…) tiene por objeto tratar situaciones complejas de inseguridad mediante medidas colaborativas, sostenibles y reactivas que estén (i) centradas en las personas, que sean (ii) multisectoriales, (iii) integrales, (iv) específicas para cada contexto, y que estén (v) orientadas a la prevención.” (Unidad de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, 2009, p. 13).

Considerando lo anterior, esta investigación busca reconocer las necesidades y las vulnerabilidades en materia sexual y reproductiva en Honduras y explicar por qué la

penalización de la IVE es una amenaza para la seguridad humana sanitaria. De igual forma, se buscará responder cómo el Estado puede cumplir con la protección y el empoderamiento de las mujeres y niñas hondureñas.

1.1.4 Estudios de seguridad humana con un enfoque de género

Al momento de establecer las bases del estudio de la seguridad humana, diversas politólogas e internacionalistas especializadas en género y en feminismo realizaron una crítica a la conceptualización de la seguridad humana, en la que destacaron diversas limitaciones de ésta. Fue en la década de 1980, junto con la tercera ola del feminismo, que comenzaron a analizar el papel de las mujeres en las relaciones internacionales y la masculinización de la construcción de las políticas (Donoso, 2016). Las teóricas de la seguridad cuestionaron los fundamentos académicos y políticos de la inseguridad, revelando jerarquías de género en la teoría y fomentando visiones alternativas (Donoso, 2016).

Una de las críticas parte de que la violencia hacia las mujeres puede estructurarse al no crear instituciones ni políticas con una perspectiva de género. Ali Tripp (2013) menciona que al examinar la estructura de las relaciones de género se puede observar cómo las instituciones fomentan violencia de género en diferentes maneras. Por lo tanto, es necesario considerar las dinámicas de género al proponer soluciones en materia de seguridad humana. Además señala que las mismas inseguridades afectan de forma diferente a los hombres y a las mujeres y pueden crear nuevos tipos de violencia si no son abordadas correctamente. Un ejemplo de lo anterior sería que al buscar erradicar la inseguridad económica, se creen programas para generar empleos, pero al no considerar la brecha laboral de género, en estos se contraten únicamente a hombres. Lo anterior generaría una reducción de la inseguridad laboral pero sólo para un sector de la población y adicionalmente, aumentaría la dependencia económica de las mujeres.

Otra crítica para la seguridad humana es la invisibilización de las mujeres, ya que el término “humano” no considera la interseccionalidad y sólo incluye a un grupo específico de

personas. Las investigadoras feministas de seguridad cuestionan: ¿la seguridad *de quién* es protegida? y aseguran que existe un vacío de las mujeres en la creación de políticas públicas de seguridad internacional, consecuencia de una masculinización del estado y de las agencias de seguridad nacionales e internacionales (Tripp, 2013, p. 9). Un ejemplo de lo anterior se puede observar en el reporte *Seguridad Humana Ahora* (Human Security Now) (CSH, 2003), en el que diversas activistas abogan que la Comisión de Seguridad Humana excluyó a las mujeres al usar únicamente el término “humano” y que invisibilizó las diferentes necesidades que tienen las mujeres.

Charlotte Bunch, una de las principales activistas en destacar la invisibilización de las mujeres en la seguridad humana, argumenta que como consecuencia de que el reporte *Human Security Now* no preste particular atención a la mujer como un sujeto, hay áreas claves donde estas quedan al margen del informe, en particular aquellas que tienen que ver con la integridad corporal: derechos reproductivos y la violencia contra las mujeres de la familia (Bunch, en Tripp, 2013). Adicional a lo anterior, Tripp menciona que no sólo se invisibilizó, sino que se posicionó a la mujer como un actor vulnerable que “necesita ser salvado” y lo explica de la siguiente manera:

“*Human Security Now* no logró articular lo que significa la seguridad humana para las mujeres y lo que constituye violencia de género. Las mujeres fueron mencionadas en el informe, en una agrupación junto con los niños de una manera infantilizante como personas que necesitan protección especial en tiempos de conflicto, hambruna y crisis económica. Este tipo de referencia a la “protección especial” históricamente ha perjudicado a las mujeres...” (2013, p. 12).

La infantilización forma parte de otra crítica a la seguridad humana que explica que los gobiernos necesitan que sus ciudadanos acepten discursos establecidos de género que vulneran y convierten en víctima a la mujer (Wibben, 2010). Este discurso se logra a partir de una dicotomía del protector y el protegido, en la que el segundo pierde autonomía y depende completamente del protector, quien definirá tanto qué es, qué no es una amenaza y cómo debe

abordarse (Wibben, 2010). Este reduccionismo de la mujer como víctima genera que no pueda participar en la construcción de políticas y como consecuencia, los estudios de seguridad humana se masculinizan ya que sólo los hombres abordan y determinan cómo se debe proteger a la mujer.

Por su parte, V. Spike Peterson argumenta que el enfoque de seguridad nacional, como discurso masculino, construye la seguridad basada en el interés nacional de los estados y ve a los hombres como los únicos proveedores de protección y concedores de las cuestiones de seguridad, mientras que las mujeres son consideradas como meros receptores pasivos de esa protección y son completamente ignorantes de la seguridad (Peterson, 1992 citado en Donoso, 2016, p. 27). Por lo tanto, se genera una marginalización de las experiencias y necesidades de las mujeres, lo que produce que sus inseguridades sean invisibilizadas o abordadas desde una perspectiva masculina. Donoso (2016) explica lo siguiente:

“Es importante prestar atención a las concepciones de seguridad utilizadas en escenarios específicos, porque no todas contribuyen a la seguridad de las mujeres. Estos discursos masculinos y construcciones de seguridad crean un sistema de jerarquía y dominación en el que la masculinidad como ideología reproduce inseguridades estructurales, incluida la centralización del poder político en los hombres y la división explotadora de género del trabajo y la identidad.” (p.27)

Considerando lo anterior, las investigadoras feministas señalan que el estado funciona a partir de ciertas premisas de género que no sólo provocan una inseguridad estructural sino que la refuerzan (Cohn, Enloe, 2003, et al. citado en Wibben, 2010). Lo anterior se puede observar dentro de los estudios de paz con enfoque feminista. Por ejemplo, Zorica Msrevic en 2004 realizó un estudio en el que cuestiona: ¿la guerra civil (...) genera e incrementa la violencia doméstica o la violencia doméstica genera la guerra?” (Msrevic, citado en Wibben, 2010, p. 87). Msrevic concluyó que la prevalencia y la tolerancia hacia la violencia doméstica y las violaciones por parte del Estado en Yugoslavia generaron que los hombres se convirtieran en

perpetradores de violencia ya que “la violencia no fue sólo tolerada, sino motivada” (Msrevic, citado en Wibben, 2010, p. 87). Por lo tanto, el Estado puede no sólo permitir circunstancias que pongan en peligro a las mujeres, sino que incluso puede reforzar la violencia estructural basándose en las premisas de género que terminarán por aumentar los riesgos y las vulnerabilidades de las mujeres.

Adicionalmente, las investigadoras feministas defienden que la seguridad tradicional es capaz de crear inseguridades en actores no estatales, como en este caso las mujeres, con tal de salvaguardar la seguridad del estado. Por ello, un enfoque feminista de la seguridad desmantela la comprensión general de la seguridad e incluye las explicaciones de las mujeres sobre cómo los gobiernos controlan su trabajo, sus esperanzas y su fe (Enloe, citado en Donoso, 2016, p. 26).

A partir de los anteriores descubrimientos, se establecieron generaciones de investigadoras de la seguridad humana con enfoque de género. La autora Claudia Donoso (2016) hace una recopilación de los diferentes aportes a la seguridad humana:

Tabla 3. Generaciones, autoras y aportaciones de la seguridad humana con enfoque de género

Generación	Principales autoras	Principales aportaciones
Primera generación	Cynthia Enloe (1989), Ann Tickner (1992), V. Spike Peterson (1992), Christine Sylvester (1994)	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestionan los sesgos ocasionados por la masculinidad y la omisión de la mujer en los estudios de seguridad. ● Argumentan que la teoría de la seguridad tradicional está basada en un discurso masculinizado. ● Defienden que la seguridad tradicional sufre una “ceguera” de género debido a que invisibiliza y excluye las experiencias de las mujeres. ● Cuestionan el estatocentrismo y la dependencia del positivismo en el conocimiento.

Segunda generación	Christine Chin (1998), Elisabeth Prügl (1999), Charlotte Hooper (2001), Ann Tickner (2001), V. Spike Peterson (2003)	<ul style="list-style-type: none"> ● Buscan visibilizar a las mujeres en las Relaciones Internacionales al utilizar el género como una categoría de análisis. ● Usan metodologías sociológicas (basadas en la identidad), interpretativas y lingüísticas. ● Reconocen la exclusión de las mujeres en la seguridad tradicional y las incluyen en el marco teórico. ● Buscan demostrar cómo se puede realizar una investigación que utiliza el género como categoría analítica y cómo esa investigación transforma nuestra comprensión de la política global.
Tercera generación	Shepherd (2010), V. Spike Peterson (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ● Defienden que no es suficiente agregar a las mujeres a las investigaciones sino que también es necesario reestructurar el significado del género. ● El género forma e influye en las prácticas de las políticas globales por lo que es necesario enfocarse en deconstruir los conocimientos teóricos tradicionales previamente establecidos y proponer una nueva forma de interpretar el género y las relaciones internacionales.

Elaboración propia basada en información encontrada en *Feminist Critical Human Security: Women's (in) security and smuggling on Ecuador's borders*, Donoso, 2016.

En conclusión, el enfoque de género en la seguridad humana otorga no sólo una nueva perspectiva sino que pone en tela de juicio lo establecido de la seguridad. Este enfoque considera las experiencias, los roles y las percepciones de las mujeres ya que una característica que es indispensable destacar del estudio feminista, es que más que cualquier otra teoría política se fundamenta en la práctica de la vida diaria (Stokes, 2015). Adicionalmente, el punto de conexión de las diferentes investigadoras feministas se encuentra en sus compromisos metodológicos:

“... ellas (1) hacen preguntas de investigación feministas, (2) basan su investigación

en las experiencias de las mujeres, (3) adoptan una postura autorreflexiva y (4) tienen una agenda emancipadora” (Tickner, citado en Wibben, 2010, p. 85).

Por lo tanto, la importancia de los estudios de seguridad con un enfoque de género no es únicamente el de visibilizar y reconocer las diferentes maneras en que la seguridad tradicional vulnera a las mujeres, sino también de incluirlas en las agendas políticas como actores activos y no únicamente como actores pasivos. Tomando en cuenta lo anterior se pueden destacar las siguientes críticas:

1. las inseguridades abordadas sin un enfoque de género pueden generar otras inseguridades para las mujeres;
2. el uso de la palabra “humano” excluye a la mujer como actor, ya que no considera interseccionalidades ni sus necesidades específicas;
3. el estudio de la seguridad humana está masculinizada debido a que responde a premisas de género que fomentan y refuerzan discursos que alimentan violencia estructural;
4. la seguridad humana ha abordado a las mujeres bajo una dicotomía del protector-protegido, en el que reduce a la mujer a víctima y la vulnera al considerarla como actor pasivo.

No obstante, es necesario señalar que el estudio de la seguridad humana ha propiciado un espacio conceptual para presionar a los estados a adoptar políticas públicas con un enfoque feminista (Tripp, 2013, p.11). Por ejemplo, la Red de Mujeres, Paz y Seguridad [Women, Peace and Security Network] ha tenido éxito en el uso del marco de seguridad humana para hacer que la transversalización de género sea relevante en el área de seguridad internacional (Hudson citado en Tripp, 2013, p. 11).

Finalmente, es necesario agregar que para hacer un estudio de seguridad humana, aunque el investigador no cuente con la intención de hacer un estudio de género debe tener en cuenta la siguiente pregunta: ¿dónde están las mujeres en la seguridad y qué rol tienen como actores activos? Lo anterior con el fin de evitar reproducir o reforzar discursos de inseguridad

estructurales. En cuanto a la presente investigación, se busca evidenciar la ausencia del reconocimiento de la capacidad de las mujeres para ser actores autónomos y activos al momento de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. La falta de este reconocimiento perpetúa dinámicas que vulneran y ponen en riesgo a las mujeres al grado de atentar contra su seguridad humana.

1.2 La interrupción voluntaria del embarazo

1.2.1 Definición de la interrupción voluntaria del embarazo y aborto

Se tomará la definición de la interrupción voluntaria del embarazo del *Propuesta de un glosario para la discusión del aborto* de Carmen Astete, Juan Pablo Beca y Alberto Lecaros (2014), quienes la definen como la intervención instrumental y/o con medicamentos para poner fin a un embarazo. La consecuencia de dicha intervención es el aborto si es antes de la viabilidad fetal, o la inducción de un parto prematuro si se realiza después. El término de aborto no es el mismo a IVE, ya que el aborto puede ser voluntario o involuntario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995) define el aborto como “la interrupción de un embarazo antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (p.10).

La diferencia entre aborto y parto prematuro parte del tiempo de gestación. Según la definición de la OMS, parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas (Donoso, Oyarzún, 2012). Es decir, posterior a las 22 semanas y previo a las 37 semanas, ya no será considerado aborto, sino parto prematuro. Sin embargo, otros estudios explican que el límite de viabilidad depende del progreso médico, que puede ser a las 23 semanas de gestación o a los 500 gr. de peso al nacer (Astete, Beca, Lecaros, 2014). En el glosario de la Centro de Bioética de Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (2014) se reconoce la viabilidad fetal hasta las 22 semanas de gestación, y explica que después de esta edad de gestación la inducción ya es de parto y no aborto.

En cuanto a la diferencia entre embrión y el feto, el primero es el producto de la concepción en su fase inicial de desarrollo, desde la etapa de cigoto hasta las ocho semanas después de la fecundación; el segundo, es el producto de la concepción en desarrollo, desde las ocho semanas después de la fecundación hasta el momento del parto en que se convierte en un recién nacido (Astete, Beca, Lecaros, 2014).

1.2.2 Tipos de aborto

Principalmente, la OMS (1995) hace la diferencia entre “aborto espontáneo”, como aquel que no ha sido provocado, y “aborto inducido”, el cual se lleva a cabo deliberadamente. El primero, también se denominará en materia legal como “aborto imprudencial o culposo”, y este corresponde al aborto que se produce por un accidente o como resultado de una conducta en la que no se tenía la intención de provocar el aborto, sobre todo cuando no se sabía que la mujer estaba embarazada (Trejo, 2007). Para la presente investigación se hará referencia a la interrupción voluntaria del embarazo como todo aborto inducido por la voluntad de la madre sin importar las razones para llevarlo a cabo.

Con el paso del tiempo, se han creado nuevas categorías en torno al aborto dependiendo de la causa por la que se produjo. Dentro de los abortos inducidos, existen diversos términos médicos. Uno de ellos es el de aborto eugenésico, el cual se define como el aborto inducido con la intención de evitar el nacimiento de un niño portador de una anomalía fetal incompatible con la vida post-natal, o de un niño severamente malformado y estos casos se definen equívocamente como “aborto por feto inviable” (Astete, Beca, Lecaros, 2014).

De igual manera, como un aborto inducido, la OMS (1995) reconoce el aborto terapéutico como “el aborto realizado por indicación médica para mujeres cuya vida o salud se ve amenazada por la continuación del embarazo o cuando la salud del feto se ve amenazada por factores congénitos o genéticos” (p.10). Un ejemplo del aborto terapéutico se encuentra en los casos de embarazos altamente riesgosos, como lo son los ectópicos o extra-uterinos, en los cuales el embrión se implanta fuera de la cavidad uterina, usualmente en la trompa de Falopio (Centro de Bioética de Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, 2014), siendo una situación que puede causar la muerte a la madre. Por otro lado, se encuentra el aborto indirecto, que se refiere al que ocurre como consecuencia de una intervención cuyo fin es tratar una patología materna aunque la pérdida fetal, sin ser buscada, se hubiere previsto (Astete, Beca, Lecaros, 2014).

Otro tipo de aborto es el aborto séptico, el cual ocurre cuando se desarrolla una infección en el material fetal o placentario o en el revestimiento del útero (endometrio) (Hospital Internacional de Colombia, 2021). Es necesario destacar que este puede suceder como consecuencia de un aborto mal practicado ya que este tipo de aborto puede ocurrir si partes del tejido fetal o placentario permanecen en el útero después de un aborto incompleto (Hospital Internacional de Colombia, 2021).

En términos de seguridad, la OMS (2014) reconoció el concepto de “aborto inseguro” como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. Para poder diferenciar entre aborto seguro e inseguro, la OMS explica que “debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actual de la OMS” y destaca los siguientes factores:

“Los determinantes inmediatos de los riesgos de un aborto provocado, como el método utilizado para la interrupción del embarazo y la edad gestacional, se ven influidos, a su vez, por determinantes sociales subyacentes: es decir, el contexto jurídico, la disponibilidad de servicios de aborto sin riesgos, el nivel de estigmatización que rodea el aborto, el grado de acceso de la mujer a información sobre el aborto, así como la edad de la mujer y su situación socioeconómica.” (OMS, 2014).

Por otro lado, el aborto seguro se produce cuando el aborto lo realiza un personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados, y es por lo general un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad (Trejo, 2007).

1.2.3 Métodos de la interrupción voluntaria del embarazo

La viabilidad de los métodos de aborto depende principalmente del tiempo de gestación y de la salud y cuerpo de la madre, aunque se pueden considerar otros factores, como el

económico y la accesibilidad de estos. Los métodos que pueden utilizarse hasta las 12 o 14 semanas desde la fecha última de menstruación pueden ser la aspiración de vacío manual o eléctrica, o la combinación de mifepristona seguida de misoprostol, o bien, el uso de dosis repetidas de misoprostol, según las recomendaciones de la *Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2012) de la OMS. Dentro de esta guía se menciona otro método: la dilatación y curetaje (DyC), en la cual se dilata el cuello uterino con dilatadores mecánicos o agentes farmacológicos y se usan cubetas de metal filosas para raspar las paredes del útero.

La OMS explica que la DyC es menos segura, más dolorosa para la mujer y los índices de complicaciones son hasta tres veces más altos que otros métodos, por lo que recomienda reemplazar el método por la aspiración de vacío. Por otro lado, la dilatación y evacuación es otro método que se utiliza después de las 12 o 14 semanas del embarazo, y de acuerdo a la OMS, si se cuenta con personal capacitado, es la técnica quirúrgica más eficaz y segura para embarazos avanzados. Otro método es la histerectomía, sin embargo sus costos y morbilidad son más altos que los otros métodos de aborto por lo cual este método sólo es recomendable si la mujer cuenta con afecciones que justifiquen esta operación (OMS, 2012).

Dentro de estas recomendaciones, la OMS explica que posterior a las 20 semanas de gestación se debe considerar la inducción de la muerte fetal antes del procedimiento (OMS, 2012, p.40). Es necesario destacar que esta organización hace incapie en no realizar cirugías mayores como métodos principales de aborto.

Adicionalmente, la OMS (1995) reconoce dos categorías en torno a la asistencia médica. La primera es la “asistencia del aborto de emergencia” y hace referencia a la atención médica para salvar la vida de las mujeres debido a complicaciones al momento de realizar un aborto, y debe estar disponible en todos los sistemas de salud. Menciona que la mayoría de los diagnósticos de las mujeres al llegar a un hospital por esta causa, es un aborto incompleto que puede provocar hemorragia, shock, septicemia y la muerte, por lo que debe recibir tratamiento inmediato para evacuar completamente el útero y las complicaciones que

esto implique (OMS, 1995). La segunda es la “asistencia al aborto voluntario”, y la OMS lo define como el aborto realizado por la decisión de la mujer o por recomendación de su doctor. La mayoría de los abortos inducidos legales entran en esta categoría.

No obstante, existen otros métodos de aborto tradicionales no reconocidos por la OMS que han sido aplicados a lo largo de la historia. Principalmente, se encuentran los métodos con plantas, ya sea en mezclas o infusiones, como la: ruda, jengibre, zanahoria silvestre, corteza de la raíz de algodón, perejil, etc. (Quezada, 1975). No obstante, diversos autores explican que muchos de estos conocimientos herbales se perdieron con la “cacería de brujas” en la Edad Media, ya que se consideraban estas prácticas como hechicería. Adicionalmente, se encuentran otros métodos más agresivos y menos seguros como baños vaginales, introducción de objetos, o incluso golpes en el estómago hasta ocasionar el aborto. De acuerdo a una encuesta de opinión sobre la práctica del aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, llevada a cabo por el AGI en 1992, los métodos de aborto que destacan son los siguientes:

Tabla 4. Métodos de IVE

Método	Ejemplos
Trauma voluntario	Caídas, golpes, actividad física excesiva, etc.
Productos naturales ingeridos por vía oral o aplicados por la vagina	Algas marinas, verduras/hortalizas, semillas Tés e infusiones preparadas de hierbas y de verduras/hortalizas
Productos fabricados ingeridos por vía oral o aplicados por la vagina	Cerveza, vino, vinagre Sustancias jabonosas

	Sustancias cáusticas, que incluyen blanqueadores, tintes, sales de potasio
Objetos físicos introducidos en el útero	Catéter (tubo de goma) Catéter utilizado para regar líquidos tóxicos Objetos puntiagudos como alambre, agujas de tejer y varas
Productos farmacéuticos administrados por la vía oral o por la vagina	Misoprostol, prostaglandinas, estrógenos, laxantes, quinina, oxitocinas, etc
Técnicas médicas	Dilatación y legrado Succión o aspiración al vacío

Tabla recuperada de “El panorama general del aborto clandestino en América Latina” de The Alan Guttmacher Institute (2001)

1.2.4 Historia de la interrupción voluntaria del embarazo

Hasta mediados del siglo XVIII, el aborto era aceptado y no estaba penalizado porque se consideraba al feto como una parte de la madre, e incluso como uno más entre los procesos fisiológicos típicamente femeninos, potencialmente verificables en el cuerpo de la mujer, como las menstruaciones (Galeotti, 2004). Inicialmente, la maternidad, la gestación y las prácticas en torno a estas se encontraban en un plano exclusivamente de mujeres, ya que eran las parteras y las comadronas las que recibían a los nacidos y las que llevaban a cabo los abortos. A pesar de ser los sujetos principales en torno a la práctica, las mujeres no tenían participación al momento de escribir y hablar sobre el tema, por lo que se desconoce una gran parte de la historia en torno al aborto, ya que las principales fuentes son de hombres filósofos, religiosos, juristas, moralistas y posteriormente, doctores.

En su genealogía, Galeotti (2004) destaca que, en las antiguas culturas, este tema permanecía en el ámbito privado ya que la mujer sabía del embarazo al sentir los

movimientos del feto o con la falta de la menstruación, por lo que la mujer era la primer persona en saber de su embarazo y podía decidir interrumpirlo o no sin necesidad de decirlo (lo cual cambia con la implementación de ecografías o ultrasonidos). Adicionalmente, menciona que se realizaban diversos abortos voluntarios de manera involuntaria como consecuencia de operaciones practicadas para “normalizar” las menstruaciones. Es decir, a menudo las menstruaciones se interrumpían y se desconocían las razones, por lo que se les daba a las mujeres mezclas para “desbloquear” el flujo y estas terminaban ocasionando un aborto, aunque no fuera la finalidad de esta práctica y las mujeres desconocían que se encontraban embarazadas.

En el período grecorromano, considerado de la Antigüedad hasta el siglo XVIII, el aborto estaba ampliamente difundido en todas las clases sociales, era moralmente aceptado y jurídicamente lícito (Galeotti, 2004 p.19). Los primeros testimonios griegos en torno al aborto aparecen en el s.V a.C (Galeotti, 2004, p.19). Las comadronas y las mujeres embarazadas eran las que llevaban a cabo la práctica y se documentaron los fármacos, “cantinelas mágicas”, ejercicios físicos violentos o instrumentos mecánicos como los medios para realizarlos. Aunque la práctica se consideraba exclusiva de las mujeres y no había leyes punitivas al respecto, eso no implicaba la libertad absoluta de las mujeres al practicarlo ya que era necesaria la voluntad del *kyrios*, marido o dueño (Galeotti, 2004, p. 20). Incluso, Galeotti menciona que si la mujer perdía la vida en el procedimiento solo se imponían penas si el hombre lo requería.

Galeotti (2004) explica que la aceptación se debía a que se consideraba al feto como parte del útero. Esta creencia estaba influida por los estoicos, quienes a pesar de considerar el inicio de la vida en el nacimiento, estaban en contra de las prácticas por “interrumpir” el curso de la naturaleza. No obstante, menciona que existían críticas en torno a esta práctica, aunque no eran muy reconocidas, por lo que se comenzaron a introducir ciertas limitantes para la práctica. Por ejemplo, Aristóteles en su escrito *Política*, explica que para el Estado ideal se debe fijar el límite máximo de procreación y si se supera el número, es necesario procurar el aborto (Galeotti, 2004, p. 21). Dentro del mismo texto explica que se debe llevar a

cabo “antes de que en el feto se hayan desarrollado la sensibilidad y la vida, porque la sensibilidad y la vida son quienes determinan la conciencia y la no conciencia del acto” (Galeotti, 2004, p. 21). En cuanto a la percepción romana en torno al aborto, explica que no fue considerado un acto ilícito hasta el período clásico ya que el feto, denominado jurídicamente *mulieris portio vel viscerum*, era, al igual que el cuerpo femenino, considerado propiedad del hombre (Galeotti, 2004). Existían diversas posturas en torno a la aceptación del aborto, un ejemplo se encuentra en el filósofo Epicteto (siglo I) quien creía “*era equivocado llamar estatua al cobre en estado de fusión y hombre al feto*” (Galeotti, 2004, p. 22). Por otro lado, su maestro Musonio Rufo, condenaba la práctica, pero no por ser un delito contra el feto, sino contra el bien común, el matrimonio, la familia, la naturaleza y una ofensa para los dioses.

Por otro lado, el hebraísmo brindó una percepción diferente en torno al aborto, comenzando a aumentar la criminalización y la penalización de la práctica. La cultura hebrea tenía como principio la población de la tierra con el fin de defender su supervivencia y consideraba la concepción como un acto divino y una bendición (Galeotti, 2004). No obstante, la vida de la madre se priorizaba en caso de que fuera un embarazo riesgoso, ya que si no se llevaba a cabo la interrupción del embarazo se consideraba como suicidio, lo que tampoco estaba aceptado (Galeotti, 2004). De igual manera, Galeotti (2004) explica que con la versión de la Biblia de los *Setenta*, la cultura hebrea comienza a castigar a la mujer que lleve a cabo un aborto si el embrión ya está formado, haciendo al diferencia entre “feto formado” y “no formado”. Adicionalmente, con la Torah se tiene el primer texto legislativo que declara a los efectos penales, como homicidio [...] al aborto inducido en los términos indicados (Nardi E., sf citado en Galeotti, 2004, p.29).

La completa penalización y criminalización de esta práctica surge con el cristianismo, ya que a diferencia de las anteriores culturas y religiones, reconoce al feto como ser humano, haciendo equivalente el aborto a un homicidio. Galeotti (2004) explica el origen de esta nueva concepción en torno al aborto:

“El documento cristiano más antiguo de condena al aborto es la Doctrina de los doce apóstoles (o Didaché), el primer ordenamiento de las comunidades cristianas primitivas que nos es conocido, datable alrededor del año 100 y estructurado en torno al esquema de las dos vidas, la vida y la muerte. En la primera se limita a prohibir la práctica y en la otra surge el motivo de la prohibición: el aborto es un pecado contra Dios porque es destruida una de sus criaturas.” (p. 31)

Adicionalmente, el autor explica que era considerado un pecado de inmoralidad sexual y una forma de suicidio. Por lo tanto, corresponde a la Biblia la exclusiva invención configurativa de un nuevo delito: el aborto provocado o aborto criminal (Caiza, 2015). No obstante, el debate en torno a si el feto contaba con alma o no seguía siendo relevante. Por ejemplo, se produjo un cambio en la percepción del aborto con la idea de animación demorada, es decir, que la infusión del alma se daba al nacer, ya que primero se formaba el cuerpo y posteriormente el alma (Galeotti, 2004). Esta postura se sostuvo por San Agustín y San Juan Crisóstomo. De esta manera surge una corriente de pensamiento que afirma la animación inmediata (es decir que el feto cuenta con alma antes de la concepción) y la animación postergada (la cual surge posteriormente y afirma que el alma se da al momento de la concepción).

A medida que pasa el tiempo, se comienzan a establecer normas a través de los concilios y fue hasta el año 1100 que se comienza la formación de la ley canónica que codifica los diversos cánones, en la cual se penalizaba el aborto pero excluía la existencia del delito si el feto moría por causas naturales (Galeotti, 2004). Posteriormente surge otra variable en torno a la permisibilidad de la práctica del aborto: el sexo del feto, creando dos delitos distintos. Se creía que para el desarrollo del feto masculino se requerían cuarenta días, y noventa días para el femenino, basándose en textos de Aristóteles (Caiza, 2015). Tomando en cuenta lo anterior, los castigos contra las mujeres que abortaban comenzaron a ser diversos, y no responsabilizaron en ningún momento al hombre. Por ejemplo, en el reino de los visigodos (un asentamiento en una parte de la actual Francia y la península Ibérica) las penas de abortar iban desde doscientos latigazos si era esclava o reducir a esclavitud si era mujer libre (Galeotti, 2004). Fue en la unión del derecho canónico y el derecho civil en el

s.XIII lo que estableció una regulación en torno al aborto que reconoció que la práctica será homicidio si se realiza voluntariamente cuando el cuerpo y el alma se unen, haciendo la distinción entre fetos formados o el corpus formatum (que podía recibir el alma, convirtiéndose en feto animado) y no formado o corpus informatum (que no había llegado a ese estado) (Caiza, 2015).

Posteriormente, los descubrimientos científicos transformaron completamente la percepción en torno al aborto en el s.XVII y s.XVIII. Se replantea la función de la mujer como gestante y se separa del feto, comenzando a considerarse como una entidad autónoma y diferente a la madre. De igual manera cambian las prácticas en torno a cómo abordar el embarazo y el parto. Lo anterior se debe a diversas razones, desde el impulso de la iglesia católica a la investigación y enseñanza anatómica como la invención de diferentes artefactos, como el microscopio óptico en 1590, y la introducción de nuevos instrumentos obstétricos (Galeotti, 2004). Con este último y los experimentos posteriores, se replantea el embarazo en su totalidad, gracias a la posibilidad de observar directamente el cuerpo de la mujer y de los fetos.

Previamente eran las experiencias de las mujeres y las creencias religiosas y filosóficas las que habían determinado todo el conocimiento en torno al embarazo. Dentro de los principales descubrimientos que cambiaron la forma de abordar la interrupción del embarazo, resaltan: la diferencia biológica entre embrión y feto así como los “testículos femeninos” (refiriéndose a los ovarios) que determinará la capacidad gestante de la mujer en la sociedad, siendo ella la que cuenta con el poder generativo y no el hombre (Galeotti, 2004).

Como consecuencia del nuevo conocimiento del desarrollo fetal, surgen nuevos métodos de parto: las cirugías. Lo anterior fue un punto de quiebre en los conocimientos relativos al embarazo. Como consecuencia de lo anterior, por ejemplo, Galeotti menciona que en 1715 el anatomista turinés Giambattista Bianchi montó un “museo de abortos” (Galeotti, 2004). Posteriormente, fueron el descubrimiento de la auscultación del latido cardíaco fetal

de Jacques-Alexandre Lejumeau de Kergaradec en 1815 y los rayos X a finales del s.XXI los que transformaron las dinámicas en torno al embarazo (Saraví, 2014). Con todo lo anterior, el embarazo deja de ser un tema completamente privado y ya no será la madre la única que puede saber o anunciar su embarazo. Incluso médicos como el irlandés John Creery Ferguson comenzaron a considerar la detección del latido fetal como el único signo seguro de detección del embarazo. Este médico incluso diagnosticó, por auscultación, gestaciones en mujeres que no sospechaban estar embarazadas, o negaban vehementemente estarlo (Saraví, 2014). Lo anterior es sumamente importante ya que convierte al embarazo en un tema público, que puede comprobarse, lo que limitará la capacidad de las mujeres para mantener en privado embarazos que buscarían interrumpirse posteriormente. Saraví (2014) explica que “los casos de madres solteras preocupaban a Ferguson porque el estigma social resultante podía llevar a las mujeres al suicidio o al infanticidio” (p.19). El siguiente gran descubrimiento fue hasta el s.XX con el ultrasonido.

Como consecuencia de lo anterior, diversos autores mencionan que surge un importante cambio en la percepción del embarazo. Por primera vez existía una participación del hombre en los embarazos y los partos, la cual previamente le pertenecía a las comadronas y parteras. Lo anterior generó una sustitución de las mujeres en el ámbito y un mayor intervencionismo por parte de los hombres, al ser los únicos con acceso a educación. Los conocimientos que tenían las mujeres en torno a cómo abordar el parto fueron invisibilizados y sustituidos por los que la “ciencia” impuso, minimizando y reduciendo su participación a la asistencia. Galeotti (2004, p. 69) menciona que “por primera vez son las mujeres quienes aprenden de los hombres, por medio de ilustraciones, los saberes del parto”. Por lo tanto, se va perdiendo aún más la capacidad de las mujeres de decidir si continuar o no su embarazo de manera secreta para evitar represalias.

El siguiente punto de inflexión en torno a la percepción y a los intereses en torno a la interrupción voluntaria del embarazo surge a partir de los intereses demográficos y de un discurso nacionalista, principalmente en los estados europeos. En primera instancia, las guerras, pestes y descubrimientos geográficos serán cruciales para estos cambios. Gracias a la

propaganda previa y posterior a la Revolución francesa se comienza a transmitir la idea de la cantidad de habitantes como factor de poder de los estados, Galeotti (2004) explica que:

“En la nueva ideología de la fecundidad masculina y femenina (para la cual el hombre prolífico es un héroe, puesto que enriquece a la nación, mientras que el impotente es un ser despreciable porque no contribuye al aumento numérico de la ciudadanía), todo niño y, antes aún, todo feto es una potencial fuente de riqueza y de poder que, bien atendido, procurará beneficio al Estado. Todo nacimiento se convierte así en un acontecimiento políticamente relevante, cada vida es un bien precioso y la tutela de la salud del individuo, un interés público.(...)A esta naturalidad ahora viene a agregarse una nueva pieza, la maternidad entendida como acto de patriotismo.” (p. 66)

Esta nueva percepción en torno al feto resulta contraproducente con el aborto voluntario, ya que “la mujer embarazada ya no es más la simple mujer del ciudadano, sino que en cierto modo es propiedad del Estado” (Frank, sf. citado en Galeotti, 2004, p.67). Como consecuencia de lo anterior, no sólo la penalización y represión de la práctica aumentó, sino también la persecución a las mujeres que los llevaban a cabo o ayudaban a otras a realizarlo. De la Revolución francesa hasta la segunda mitad del s.XX será el feto la prioridad para el Estado y el principal tutelado con una reapropiación autónoma y vivida (Galeotti, 2004).

Como consecuencia de lo anterior, aún cuando la controversia del aborto ha existido y ha sido criticada desde siglos anteriores, fue en el s. XIX en el que se comienza a calificar y definir el aborto como un delito en las legislaciones con penas altamente severas, primero en Europa y posteriormente en América Latina. La penalización partirá en dos ejes: el aborto como acto lesivo de la vida de quien va a nacer y el aborto como ofensa a un interés de la colectividad, sin referencia alguna a la persona, y como un atentado contra la seguridad interna y externa del Estado (Galeotti, 2004). Lo anterior no sólo criminalizará la práctica del aborto, sino también el uso de los métodos anticonceptivos, los cuales fueron mayormente producidos y difundidos en la segunda mitad del s.XIX.

En el s. XX se puede rastrear otro punto de quiebre, sin embargo, esta etapa resulta más diversa y con diferentes perspectivas como consecuencia de la Primera y Segunda Guerra Mundial. Estos dos eventos tuvieron múltiples consecuencias que influyeron en torno a la práctica, como por ejemplo: una mayor participación de las mujeres en el ámbito público y un debilitamiento religioso, generando la separación del Estado y la Iglesia. Sin embargo, el principal punto de quiebre se puede rastrear en los sesenta con un evento histórico: la aprobación de la venta de la píldora anticonceptiva Enovid en 1960 (Galeotti, 2004, p. 98). Este acontecimiento cambió la dinámica ya que las mujeres eran ahora capaces de controlar de una forma más segura y sencilla su salud reproductiva. Aparecen diversos movimientos feministas, específicamente en Europa y Estados Unidos de América, que comienzan a cuestionar las políticas del cuerpo y a demandar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por lo tanto, el aborto se comienza a reclamar como un derecho civil. La primera legislación que permitió el aborto legal y gratuito fue la de Unión Soviética con el mandato de Vladimir Lenin en 1920. Las posturas en torno a esta práctica tanto de médicos como de políticos fueron a favor. Por ejemplo, el médico ruso A. Rivkin escribe en un folleto publicado en 1922 “Una mirada moderna sobre el aborto involuntaria”: solo por el hecho de que la mujer es capaz de dar a luz, el Estado no puede exigir que la mujer dé a luz, no la puede convertir en una máquina de hacer bebés (Rivkin citado en Gaido, 2018, p. 40).

De igual manera, Lenin describe:

“ Se debe exigir la abolición absoluta de todas las leyes contra el aborto o contra la difusión de literatura médica sobre medidas anticonceptivas. Semejantes leyes no muestran sino la hipocresía de las clases dominantes (...) Libertad para la propaganda médica y la protección de los derechos democráticos elementales de los ciudadanos, hombres y mujeres” (Lenin, 1913, p. 480 citado en Gaido, 2018, p. 30).

En América Latina, el primer país en despenalizar el aborto (dentro del primer trimestre) fue Cuba en 1965. Como consecuencia, en esta década surge una “revolución sexual” internacional. Bellucci (2014) explica que uno de los factores que permitió esta coyuntura

histórica fue la expansión del crecimiento económico que provocaría una entrada masiva de las mujeres al mercado formal de trabajo y a las universidades. Adicionalmente, con la píldora anticonceptiva, se resignificó el rol de la mujer en torno al embarazo y por primera vez en la historia se separa a la mujer de la procreación como único fin, y se reapropia de su sexualidad. Por ejemplo, Bellucci menciona que incluso los médicos soviéticos desde la década de 1930 se adelantan a esta premisa y explican que:

“...el motivo esencial del crecimiento en el número de abortos no era la penuria económica entre las mujeres sino la prueba de que ante todo desean el placer sexual, independientemente de la procreación” (Reich, citado en Bellucci, 2014, pág. 36).

Por lo tanto, se comienza a cuestionar el rol reproductivo de la mujer y se le comienza a reconocer como una persona con derechos sexuales, y no únicamente reproductivos (es necesario destacar que esto sólo incluía a las mujeres blancas clase media alta y alta). Lo anterior fue fundamental para dar comienzo a la denominada Segunda Ola del feminismo, en la cual se llevaron a cabo diversas manifestaciones y movimientos sociales en protesta por la despenalización del aborto. De igual manera, en 1970 por primera vez se comienza a plasmar en textos publicados el aborto como una preocupación femenina, como en la *Revista Sur*, *Para la liberación del segundo sexo*, y *Las mujeres dicen basta* (Bellucci, 2014). Gracias a esta presión social, a partir de la segunda mitad del s.XX se comienzan a cambiar las leyes en diversos países permitiendo la práctica del aborto con ciertas condicionantes, generando una tendencia regresiva en torno a la despenalización del aborto que no llegaría a América Latina hasta el s. XXI.

En el s. XXI, el siguiente punto de inflexión en torno al debate del aborto se encuentra en el movimiento de la Marea Verde, que surge en Argentina con la representación del pañuelo verde y con la lucha para el acceso a abortos legales, seguros y gratuitos en América Latina. No obstante, a la par surgieron nuevos movimientos sociales conservadores, y principalmente religiosos, que lucharon por la penalización de esta práctica. En el caso latinoamericano, el sociólogo Julio Córdoba (2014) distingue cuatro etapas de la presencia

evangélica en espacios políticos de América Latina: a) la lucha por la libertad de conciencia a fines del siglo XIX y principios del XX; b) la polarización ideológica en las décadas de 1960 y 1970; c) la emergencia de «partidos políticos evangélicos» en la redemocratización de los años 80 y 90; y d) los movimientos «profamilia» y «provida» de principios del siglo XXI. Estos últimos movimientos surgen de la oposición a diferentes movimientos que tiene su auge a finales del s.XX y de la defensa del concepto de “familia tradicional”. No obstante, es necesario tomar en cuenta que el pensamiento “pro vida” latinoamericano es influido por un corte fundamentalista proveniente del sur de Estados Unidos de América denominado “la nueva derecha cristiana” que surge como respuesta a las protestas en torno a una mayor autonomía de la mujer y de los derechos de la comunidad LGBTTTQ (Córdoba, 2014). Sin embargo, para que el movimiento llegara y tomará fuerza en América Latina, fue necesario lo siguiente:

“Tuvieron que producirse dos fenómenos para que el discurso evangélico estadounidense de «defensa de la familia tradicional» fuera asumido por los actores evangélicos conservadores de América Latina. Primero, a partir de los 80 y 90 se intensificó la conversión de estabilización que busca «restaurar» la estabilidad familiar perdida durante la crisis económica. Por el otro, a partir de la Conferencia de la Organización de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y sobre Mujeres en Beijing (1995), los derechos sexuales y reproductivos ingresaron en las agendas legislativas, mediáticas y educativas de América Latina. En este contexto, los nuevos conversos evangélicos, involucrados en la construcción de universos simbólicos orientados a restaurar la familia nuclear, heterosexual y basada en la subordinación de la mujer, se sintieron amenazados por los cambios culturales y normativos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y apelaron a una orientación política afín al discurso de la derecha cristiana estadounidense. Al comienzo del siglo XXI, se multiplican en América Latina organizaciones evangélicas «provida» y «profamilia», que tienen como objetivo fundamental frenar el avance de la «agenda gay» (familia homoparental) y de la «ideología de género» (despenalización del aborto) en las legislaciones de cada país. Estas élites locales

evangélicas mantienen una estrecha relación con organizaciones y líderes de la derecha cristiana de EEUU. (...)” (Córdoba, 2014)

Por lo tanto, el movimiento “pro vida” aparece como antagonista del movimiento pro aborto, con una base conservadora y religiosa, limitando e incluso evitando completamente la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo debido a que ha logrado posicionarse con mayor fuerza en diversos estados latinoamericanos y ha marcado una agenda política que es defendida por múltiples grupos sociales.

1.2.5 Interrupción voluntaria del embarazo en América Latina

Respecto a la penalización en los marcos jurídicos de América Latina, se destaca su naturaleza prohibicionista, comparada con otras regiones. Bermúdez (1997) señala que se puede ubicar el origen de las legislaciones en torno a la IVE a partir de las independencias de los estados latinoamericanos en la primera mitad del s.XIX, ya que una vez independizadas y reconocidas las naciones, se establecen los códigos penales. No obstante, el principal antecedente a estas normas jurídicas es el Código Penal de Napoleón de 1810, importado a América Latina a través de las normas y codificaciones españolas (Bermúdez, 1997, p.14).

La penalización se da por dos principales motivaciones: castigar el acto sexual como un delito contra la familia y la moralidad pública, y proteger al embrión concebido. Un ejemplo de la primera motivación es la creación de la causal “honoris causa” o “por causa de honor”, que se refiere al aborto que se realizaba con la finalidad de salvaguardar el honor de la mujer y/o familia. Este tipo de aborto no solo podía atenuar la pena, sino que también podía ser un motivo para el perdón judicial (Bermudez, 1997). Esta causal estaba enfocada principalmente en mujeres solteras o mujeres que tuvieran un embarazo fuera del matrimonio. Asimismo, Bermudez (1997) explica que la codificación de las legislaciones en torno al aborto en el s.XIX, tienen como principales causales:

1. El consentimiento de la mujer (como en las legislaciones de Bolivia, 1834; Colombia, 1837; Ecuador, 1837; Chile, 1850; El Salvador, 1859; Perú, 1863;

- México, 1871 y Uruguay, 1889).
2. La moral familiar (como en las legislaciones de Bolivia, 1834; Colombia, 1837 y 1890; El Salvador, 1859; Ecuador, 1872; Perú, 1863; México, 1871 y Uruguay, 1889).
 3. Razones terapéuticas (como en las legislaciones de Uruguay, 1889 y Colombia, 1890)
 4. El aborto atenuado, el cual es producido como consecuencia de violencia física contra la mujer (como en las legislaciones de Colombia de 1837 y de 1890; de Chile, 1874; Ecuador, 1872; El Salvador 1859 y 1880.)
 5. Los casos agravados, en los que se castigaba a los personales de salud que lo ejercieran o a las personas que vendieran las medicinas abortivas (como en las legislaciones de Colombia de 1837 y 1873; Ecuador, 1837 y 1872; El Salvador, 1859; Perú, 1863; Bolivia, 1834; El Salvador 1859 y 1880).

Posteriormente, en las codificaciones del s.XX se amplían las causales para la despenalización del aborto en algunos países, aunque las legislaciones continúan con un carácter conservador. Uno de los principales cambios es la eliminación progresiva del aborto “honoris causa”. Adicionalmente, se agregan los supuestos del aborto terapéutico, el eugenésico, el ético y el aborto social. Bermudez (1997) destaca que los castigos para el personal médico que realizaba los abortos continúan durante este siglo y además, menciona que el consentimiento de la mujer es un elemento clave para la reducción o el agravamiento de la pena de quien lo practicaba. Los movimientos conservadores se fortalecieron y generaron un fuerte impacto para evitar la despenalización de la práctica. Adicionalmente de los movimientos que cada país tenía, se destaca la influencia de Estados Unidos y el Vaticano. Un ejemplo de lo anterior se puede observar en el caso de El Salvador:

“En abril de 1997, por la presión del Vaticano y con la participación activa de grupos católicos de derecha, diputados de los partidos políticos Alianza Republicana Nacionalista (ARENA) y Partido Demócrata Cristiano (PDC) votaron un proyecto de ley que derogaba las excepciones al aborto del Código Penal (CRLP, 2000). Además,

aumentaron las sanciones por abortar e introdujeron el delito de "inducción o ayuda al aborto". No sólo eso: en febrero de 1999, como producto de una campaña masiva liderada por la Iglesia católica salvadoreña, se aprobó una reforma constitucional en la que se reconoce como persona al óvulo fecundado desde el momento de la concepción. Y también se introdujo la tipificación penal "lesiones en el no nacido", que penaliza a quien "cause lesiones o enfermedad a un feto, perjudicando su desarrollo o provocando una grave tara física o psíquica"(Lamas, 2008, sin pag).

Por lo tanto, diversos movimientos comienzan a tomar fuerza en las agendas políticas, tanto en favor como en contra de la despenalización. Se puede observar en el reconocimiento del 25 de marzo como el "Día de los No nacidos", declarado "oficialmente" en Argentina, Costa Rica, Chile, República Dominicana, Guatemala, Ecuador, Nicaragua y El Salvador (Lamas, 2008). Esta fecha fue una iniciativa del ex Presidente de Argentina, Carlos Saúl Menem y fue celebrada por primera vez en 1999. En contraste, también se establece el "Día por el Derecho al Aborto de las Mujeres de América Latina y el Caribe" el 28 de septiembre, como resultado del *V Encuentro* en Argentina en 1990, en el *Taller sobre Aborto* organizado por la Comisión por el Derecho al Aborto de ese país y por las Católicas por el Derecho a Decidir de Uruguay, con la participación de feministas procedentes de Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Perú y El Salvador (Lamas, 2008).

Posteriormente en el s.XXI, la despenalización de la IVE comienza a tomar fuerza y se comienza a debatir, incluir en agendas y a cuestionar en las esferas tanto nacionales como internacionales. En estas últimas, se destacan la gran cantidad de casos de la Corte Interamericana en torno a esta práctica, y en los diversos instrumentos internacionales (que se mencionarán más adelante). Un factor indispensable es la fuerza que adquiere el movimiento de la Marea Verde en pro de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en América Latina. En la actualidad, la codificación en torno al aborto es diversa y se pueden observar en la siguiente tabla las causales para la legalidad de la práctica:

Tabla 5. Despenalización del aborto por causales en países de América Latina y el Caribe ordenados de menor a mayor prohibición.

País	Causales permitidas					
	Para salvar a la madre	Por violación	Por incesto	Salud física o mental de la madre	Viabilidad del feto	Condición socioeconómica
Cuba	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Guyana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Guyana francesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Uruguay	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Puerto Rico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Argentina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bolivia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Colombia*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Santa Lucía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ecuador	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Belice	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Chile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
México**						

Barbados	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Brasil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Panamá	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Costa Rica	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
Perú	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
Trinidad y Tobago	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		
Venezuela	<input checked="" type="checkbox"/>					
Paraguay	<input checked="" type="checkbox"/>					
Guatemala	<input checked="" type="checkbox"/>					
Surinam						
Haití						
República Dominicana						
Nicaragua						
Honduras						
El Salvador						
Granada*** *						
Dominica**						

*						
Bahamas**						
**						
Antigua y Barbuda***						
Jamaica***						
San Vicente y las Granadinas***						

*En Colombia también se incluye la causal de “inseminación forzada”

**En México el aborto está despenalizado sin importar las causales en los estados de Oaxaca y Ciudad de México. Cada estado cuenta con su propia legislación y causales específicas en torno al aborto.

***En este país no se encontró información.

****La constitución establece que “cualquier acto que se realice, de buena fe y sin negligencia, con el propósito de tratamiento médico o quirúrgico de una mujer embarazada es justificable, aunque cause o tenga la intención de causar aborto o aborto espontáneo, parto prematuro o muerte del niño. .”

Elaboración propia a partir de información recuperada en Global Abortion Policies Database de la Organización Mundial de la Salud, consultada el 17 de junio de 2021.

Como se puede observar en la tabla, la zona de Centroamérica se caracteriza por su completo prohibicionismo mientras que en Sudamérica existen diversas causales. De igual forma, la principal causal aceptada es para salvar la vida de la madre, y la segunda es la de viabilidad del feto.

1.2.6 Instrumentos internacionales y regionales en torno a la IVE

A finales del s. XX y en el s. XXI han existido múltiples esfuerzos internacionales en torno a

la despenalización de la IVE. Dos antecedentes que pueden rastrearse son: la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (CIPD) (ONU, 1994b) en El Cairo, Egipto, y *La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (1995) en Beijing, China. Estos dos instrumentos fueron esenciales para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como un tema de salud y justicia social, abriendo paso a nuevos tratados regionales e internacionales en torno a estos temas. Con lo anterior, se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos y se comienza a hablar del aborto como un tema de salud de las mujeres (Zampas y Gher, 2008).

En el caso de la CIPD se destaca el llamado a los gobiernos a considerar el impacto del aborto inseguro o “aborto en malas condiciones” y sus consecuencias en la salud de las mujeres, sin aceptar la práctica del aborto y teniendo como objetivo la reducción de esta. En el Plan de Acción (ONU, 1994b) se menciona:

“En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia,

educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.” (p.56)

Por lo tanto, la CIPD no promoverá la IVE como método de planificación, aunque hace hincapié en la necesidad de atender y orientar a las mujeres y a capacitar al personal de salud para evitar las muertes maternas o los daños permanentes a la salud de las mujeres. En cuanto a los países en los que la práctica es legal, menciona que el procedimiento debe ser seguro y accesible. En conclusión, los principales aportes del CIPD en la IVE parten de la vinculación de la práctica como un tema de salud y del reconocimiento de que, aunque la práctica este penalizada, los gobiernos deben asegurar el acceso a servicios de salud cuando se hayan realizado abortos. Posterior al CIPD, 30 países modificaron su legislación, liberalizando el aborto (Center for Reproductive Rights, 2019 citado en Cedeño, 2020).

De la misma manera, la *Declaración y Plataforma de Beijing* de las Naciones Unidas, publicada en 1995, resalta el peligro que representan los abortos inseguros para la salud de las mujeres y menciona que la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada (ONU, 2014). Al igual que la CIPD, no reconoce el aborto como un método de planificación familiar y sostiene la importancia de reducir esta práctica con la implementación de programas y servicios de educación sexual y planificación familiar. No obstante, sostiene la obligación de los estados de brindar atención médica post-aborto y servicios de salud para las complicaciones relacionadas con la IVE, aunque este penalizada.

Por otro lado, surgieron diversas organizaciones internacionales que abogan por la despenalización del aborto. Una de ellas es la Organización Defensora de los Derechos Humanos (Human Rights Watch) que promueve la legalización del aborto en diferentes países argumentando que la penalización del aborto tiene consecuencias negativas para la salud y vida de las mujeres, pues no les permite acceder libremente a un lugar seguro para realizarse este procedimiento. (Caiza, 2015, p.16).

Adicionalmente, diversos comités internacionales expresaron su postura en cuanto a la despenalización del aborto. Por ejemplo:

“Organismos internacionales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y el Comité de Derechos Humanos señalan que las leyes que penalizan el aborto o niegan el acceso a los servicios de salud son discriminatorias” (Recomendación 24, citado en Cedeño, 2020, p.22).

La CEDAW explica que lo anterior se debe a que las mujeres y los hombres cuentan con diferencias biológicas que deben tomarse en cuenta al momento de hacer políticas públicas, ya que, a fin de cuentas, el aborto es un procedimiento clínico requerido sólo para mujeres y la CEDAW, en su Recomendación General sobre Mujer y Salud, expresa que la negación de procedimientos clínicos requeridos sólo por las mujeres es una forma de discriminación en su contra (Humans Rights Watch, 2005).

Adicionalmente, la CEDAW ha recomendado que los estados eliminen todas las medidas punitivas hacia las mujeres que han interrumpido un embarazo o hacia los médicos que ofrecen estos servicios, que revisen las legislaciones y han solicitado la legalización del aborto en ciertos casos como violación, malformaciones o por cuestiones de salud (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2015, citado en Cedeño, 2020, p.22). Otro señalamiento que ha realizado la CEDAW parte del limitado acceso de las mujeres a los servicios e información en materia de salud reproductiva, criticando los factores que entorpecen la asistencia médica a las mujeres, tales como la influencia religiosa, la privatización de la salud y las restricciones presupuestarias (Humans Rights Watch, 2005).

En ese sentido, de acuerdo a Humans Rigths Watch (2005), la CEDAW en sus diversos informes ha vinculado el derecho al aborto con otros derechos humanos, los cuales son:

- Derecho a la salud y a la atención médica

- Derecho a la vida
- Derecho a la no discriminación; derecho a la igualdad
- Derecho a la seguridad personal
- Derecho a la libertad
- Derecho a la privacidad
- Derecho a la información
- Derecho a no ser sometido a trato cruel, inhumano y degradante
- Derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos
- Derecho a gozar de los beneficios del progreso científico
- Derecho a la libertad religiosa y de conciencia

Por otro lado, cabe resaltar que el principal pronunciamiento en torno al aborto como un derecho es el *Protocolo de Derechos de las mujeres en Africa (Africa Women's Protocol)*, adoptado por la Unión Africana en 2003, el cual expresa:

“Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:
 ...c) proteger los derechos reproductivos de las mujeres autorizando el aborto con medicamentos en los casos de agresión sexual, violación, incesto, y donde la continuación del embarazo pone en peligro la salud mental y física de la madre o la vida de la madre o del feto.” (Artículo 14, apartado c, citado en Center for Reproductive Rights, 2006).

Por ello, el Protocolo se convierte en el primer y único instrumento internacional en reconocer explícitamente el aborto como un derecho humano (Center for Reproductive Rights, 2006). Aún cuando la ratificación e implementación resulta un reto en el continente africano, este reconocimiento permite la vinculación del derecho del aborto con otros derechos, como lo son el derecho a la salud, a la vida, a la privacidad, a la libertad, a la integridad física y a la no discriminación, dando un paso significativo a la evolución de la interpretación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Zampas y Gher, 2008).

En el caso europeo se puede destacar el reporte *Acceso al aborto legal y seguro en Europa* de 2008 del Comité Consultivo para la Igualdad de Oportunidades, que se pronuncia a favor a la despenalización del aborto y hace un llamado a los estados europeos a eliminar las restricciones que obstaculizan *de jure* y *de facto* el acceso al aborto, asimismo, insta a los estados a adoptar estrategias y políticas de salud sexual y reproductiva (Zampas y Gher, 2008). Este pronunciamiento, a pesar de no ser vinculante, resulta ser uno de los instrumentos más progresistas en torno a la decriminalización del aborto.

Respecto a América Latina, un avance fundamental fue el *Consenso de Montevideo* de 2013 que fue negociado y firmado por los 38 países participantes. Este es un documento elaborado en la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina que establece que se debe:

“Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos. (Párrafo 42) (...) Preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.” (IPAS, 2015, pág. 20)

Otro recurso que resulta indispensable para la protección de las mujeres y niñas en América Latina es la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia*

contra la Mujer (1994), o también conocida como la *Convención de Belém do Pará*, aprobada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) que aboga por la protección de la mujer y señala que el Estado es capaz de perpetrar violencia contra la mujer. Adicionalmente, por primera vez propone el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como puntos clave para luchar contra la violencia física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad (OEA, 2021).

Finalmente, otros instrumentos que deben considerarse son los casos y las resoluciones de las cortes internacionales. Uno de ellos es la jurisprudencia del Caso Artavia Murillo y otros Vs. Costa Rica, en el cual Mario Alberto Azuara (2015) explica que la Corte Interamericana llegó a dos conclusiones:

1. Considerando que la concepción ocurre dentro del cuerpo de la mujer se puede concluir que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada dado que la defensa del no nacido se realiza a través de la protección de la madre (artículo 4.1 de la convención americana)
2. No es procedente otorgar el estatus de persona al embrión.

Estas conclusiones dan como resultado que la Corte Interamericana reconozca a la mujer como sujeto de derecho sobre el embrión, otorgándole a la madre la protección y la capacidad de decisión en torno a su cuerpo.

Otro caso que puede reconocerse fue el de K.L Vs. Perú, en el cual una menor de 17 años solicitó el acceso al aborto ya que se le informa que el feto es anencefálico y moriría al nacer. El Estado negó la solicitud obligándola a continuar el embarazo y a amamantar al bebé por cuatro días hasta que falleció por causas naturales. Como consecuencia:

“En el año 2005, el Comité de Derechos Humanos de la ONU determinó que el sufrimiento causado a K.L. había sido perfectamente previsible y constituía un trato cruel, inhumano y degradante. Esta fue la primera vez que un organismo internacional

de derechos humanos hizo responsable a un Estado por no garantizar el acceso al aborto legal, estableciéndose expresamente que se habían violado los derechos a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la intimidad de la persona y a la especial protección debida al menor” (Azuara, 2015, p. 20)

Ambos casos son antecedentes de cómo se ha defendido en materia legal que la penalización IVE puede violar los derechos humanos de las mujeres y las niñas. A continuación se muestra una tabla de los principales derechos humanos, así como los tratados y documentos que los respaldan, en los juicios en torno a la IVE:

Tabla 6. Cuadro comparativo de los derechos humanos protegidos por los tratados internacionales.

Derechos humanos protegidos	Tratados Internacionales					Documentos de conferencias		
	Declaración Universal	Pacto de Derechos Civiles y Políticos	Pacto de Derechos Económicos y Sociales	CEDAW	Convención del Niño	Viena	Cairo	Beijing
El derecho a la vida, libertad y seguridad	Art. 3	Art. 6.1 Art. 9.1			Art. 6.1 Art 6.2		Ppio. 1 Par. 7.3 Par. 7.17 Par. 8.34	Par. 96 Par. 106 Par. 108
El derecho a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	Art. 5	Art. 7			Art. 37	†Par. 56		
El derecho a estar libre de discriminación por género	Art. 2	Art 2.1	Art 2.2	Art. 1 Art. 3		*Par. 18	Ppio. 1 Ppio. 4	Par. 214

El derecho a cambiar costumbres que discriminan contra la mujer				Art. 2 Art. 5	Art. 24.3	*Par. 18 †Par. 38 †Par. 49	Par. 5.5	Par. 224
El derecho a la salud, salud reproductiva y planificación familiar			Art. 10.2 Art. 12.1 Art. 12.2	Art. 10 Art. 11.2 Art. 11.3 Art. 2.1 Art. 14.2	Art. 24.1 Art. 24.2	†Par. 41	Ppio. 8 Par. 7.45	Par. 89 Par. 92 Par. 267
El derecho a la privacidad		Art. 17.1			Art. 16.1 Art. 16.2		Par. 7.45	Par. 106 Par. 107
El derecho al matrimonio y a fundar una familia	Art. 16.1	Art. 17.1 Art. 17.2 Art. 23.2 Art. 23.3	Art. 10.1	Art. 16.1 Art. 6.2			Ppio. 9	Par. 274
El derecho a decidir el número e intervalo de hijos				Art. 16.1			Ppio. 8	Par. 223
El derecho a estar libre de asalto y explotación sexual				Art. 6	Art. 19.1 Art. 34	*Par. 21 †Par. 38 †Par. 48	Ppio. 11 Par.4.10	

*La declaración de Viena

†Programa de Acción de Viena

Tabla tomada de “Legislación Internacional y Derecho Comparado del Aborto”, Trejo, 2007, p. 11-12

Los anteriores derechos humanos son los principales que han sido utilizados al defender el acceso a la IVE en cortes internacionales, sin embargo no son los únicos. De igual forma, es indispensable recordar que estos documentos no han sido ratificados ni han entrado en vigor

en todos los países. Sin embargo, aunque no haya instrumentos en Latinoamérica que defiendan directamente el acceso a un aborto seguro y legal, existen otros documentos que pueden interpretarse para abogar por este basándose en los derechos humanos. Un ejemplo es lo establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos en el Artículo 1: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (ONU, 2015, p. 4). Tomando en cuenta lo anterior, se entiende que es el nacimiento el momento en el que comienza el acceso a la dignidad y los derechos humanos. Por su parte, el autor Copelon señala:

“De la revisión de los trabajos preparatorios de la Declaración, se desprende que existió una discusión importante en torno a la inclusión o no de la voz “nacen” en el mencionado artículo. Si bien existieron propuestas para entenderla como una alusión a la prohibición de la esclavitud de nacimiento (Siria), el debate giró en torno a dos ejes principales: (i) las implicancias filosóficas iusnaturalistas que tenía el reconocimiento del carácter innato de los derechos (...); y (ii) una propuesta de enmienda que buscaba eliminar la voz “nacimiento”, justamente para remarcar que los derechos humanos comenzaban desde la concepción, y no desde el nacimiento. Esta última propuesta fue finalmente rechazada, lo que parece confirmar el tenor literal de la disposición: la protección de la vida consagrada en la DUDH no reconocería derechos a los no nacidos” (Copelon y otras, citado en Meza-Lopehandía, 2016, p. 5)

Lo anterior sucede de igual forma con El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), ya que se propuso una enmienda para incluir que el derecho a la vida era inherente a la persona humana desde el momento de su concepción y que debía ser protegido por la ley, sin embargo, fue rechazada, lo que indicaría que el instrumento no extiende el derecho a la vida a los no nacidos (Copelon, en Meza-Lopehandía, 2016).

Por lo tanto, es indispensable analizar detenidamente cada fuente internacional para su interpretación al momento de estudiar el tema de la IVE y considerar que diversos tratados

pueden ser utilizados para abogar por la despenalización. Específicamente, El Cairo, Beijing, Belém do Pará y CEDAW son los principales instrumentos que defienden la seguridad reproductiva y sexual de las mujeres y niñas latinoamericanas y, aunque no expresan explícitamente la completa despenalización de la IVE, protegen y aseguran el acceso a un aborto seguro y a servicios de salud.

Capítulo 2. Caso de estudio: Honduras

2.1 La interrupción voluntaria del embarazo en Honduras

2.1.1 Análisis del marco jurídico de la IVE en Honduras

El 12 de marzo de 1985 entró en vigor la ley que penaliza completamente el aborto en Honduras, ya que previamente estaba permitido por tres causales: para preservar la vida y la salud de las mujeres, cuando existía incompatibilidad con la vida extrauterina por parte del feto y en casos de violencia sexual (García, Lozano, Arias, 2020). Con este cambio en la legislación, se daría inicio a una serie de políticas en torno al aborto cada vez más restrictivas. Actualmente, no se reconocen causales para la IVE, por lo que esta práctica está completamente penalizada en Honduras y existen seis legislaciones que regulan la prohibición del aborto (García, Lozano, Arias, 2020, p.10):

1. “El Código Penal de Honduras de 1984, actualmente vigente hasta el 5 de Noviembre de 2019, establece en el artículo 126 la potestad punitiva del delito de Aborto;
2. El Código de la Niñez y la Adolescencia en el artículo 12 define la protección declarativa del derecho a la vida desde el momento de la concepción;
3. El Código Civil en el artículo 52 habla sobre la protección declarativa del que está por nacer debido a la existencia del no nacido;
4. La Constitución de la República en el artículo 67 establece la protección declarativa del que está por nacer, considerándolo nacido;
5. Las normas nacionales para la atención materno-neonatal de Agosto del 2010 contiene 32 normas protocolarias sobre cómo atender amenazas de abortos, abortos inminentes, abortos consumados o abortos incompletos y
6. La Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras en su Art. 105. Sobre los deberes del médico en los casos de Gineco-Obstetricia: “Al médico le está terminantemente prohibido, por la moral y la ley, la interrupción del embarazo...” y Art. 106. Sobre la “necesidad absoluta de la interrupción del embarazo” [...] “con el consentimiento de la paciente”.

Específicamente, el Código Penal de Honduras en el Decreto n. 144-83 del 23 de agosto de 1983 en el Capítulo 2 determina lo siguiente en torno al aborto:

ARTÍCULO 126. El aborto es la muerte de un ser humano en cualquier momento del embarazo o durante el parto. Quien intencionalmente cause un aborto será castigado:
1. Con tres (3) a seis (6) años de reclusión si la mujer lo hubiese consentido; 2. Con

seis (6) a ocho (8) años de reclusión si el agente obra sin el consentimiento de la madre y sin emplear violencia o intimidación; 3. Con ocho (8) a diez (10) años de reclusión si el agente emplea violencia, intimidación o engaño.

ARTÍCULO 127. Se impondrán las penas señaladas en el artículo anterior y la de multa de quince mil (L.15,000.00) a treinta mil (L.30,000.00) Lempiras al médico que, abusando de su profesión, causa o coopera en el aborto.

Las mismas sanciones se aplicarán a los practicantes de medicina, paramédicos, enfermeros, parteros o comadronas que cometan o participen en la comisión de aborto.

ARTÍCULO 128. La mujer que produzca su aborto o consienta que otra persona se lo cause, será sancionada con reclusión de tres (3) a seis (6) años.

ARTÍCULO 132. Quien por actos de violencia ocasiona el aborto sin el propósito de causarlo, constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con reclusión de cuatro (4) a seis (6) años.” (Poder Judicial de Honduras, s/f, p. 34)

Tomando en cuenta lo anterior, se entiende que el Estado Hondureño reconoce al feto como un ser humano. No obstante, García, Lozano y Arías (2020) realizan un análisis jurídico e identifican tres incongruencias en el reconocimiento constitucional como bien jurídico del “no nacido”, “ recién nacido” o “feto hijo”. En primer instancia, explican que la contradicción surge al sostener la protección de la vida del no nacido en “cualquier momento del embarazo” o “durante el parto”, ya que no se hace la diferencia entre el nacimiento y el parto por lo que considera como un delito de aborto todos los abortos involuntarios, espontáneos o incompletos en el segundo trimestre del embarazo que requieren de una evacuación o inducción al trabajo de parto (p.28). La segunda contradicción se encuentra al definir el aborto incluyendo las palabras “muerte” y “ser humano” ya que:

“Sometiendo este concepto a escrutinio de la definición consignada en las Normas Nacionales para la Atención Materna Neonatal de Honduras se identifica que lo que para el Código Penal es “muerte”, para las Normas es “interrupción del embarazo”; lo que para el Código Penal es “ser humano” para las Normas es “feto” y lo que para el Código Penal es “en cualquier momento del embarazo o durante el parto”, para las Normas es “antes de que el feto haya alcanzado viabilidad” es decir hasta aproximadamente 22 semanas de embarazo.” (p. 28)

Por lo tanto, el Código Penal se encuentra en discrepancia con las Normas Nacionales para la

Atención Materna Neonatal de Honduras. El tercer dilema de esta consideración del aborto como delito parte de que, de acuerdo al Código Penal de Honduras, los delitos deben ser necesariamente dolosos o culposos (Título II, artículo 13, Código Penal Vigente de la República de Honduras, 2018 citado en García, Lozano, Arias, 2020, p. 29). Lo anterior significa que el delito de aborto, solo puede ser punible si se comprueba la intencionalidad o cuando el hecho resulten del descuido o desprecio a tomar precaución, negligencia u omisión de precauciones o diligencias (García, Lozano, Arias, 2020, p.29).

En conclusión, las autoras explican que se genera un *fraus legis facta* o “fraude a la ley” al encontrar incongruencias en el reconocimiento de este bien jurídico y la norma punitiva del Código Penal al criminalizar a las mujeres por emergencias obstétricas sin tomar en cuenta las consideraciones médicas que se pueden suscitar en los embarazos. Como resultado de lo anterior, “el Estado de Honduras omite la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud pública de las mujeres que atraviesan emergencias obstétricas por razones naturales, patológicas y/o producto de abortos inseguros” (García, Lozano, Arias, 2020, p. 31). Esta legislación al considerar al feto como un bien jurídico asume que todos los embarazos son viables, pero ¿qué sucede con la muerte fetal? Esta ley no considera que los embarazos pueden desarrollarse con muerte fetal intrauterina, con el hecho de que el “que está por nacer” no tenga signos vitales, ni considera los abortos espontáneos ni las emergencias obstétricas, ni el desprendimiento prematuro de la placenta, ni las amenazas de partos pretérmino o la ruptura temprana de la membrana, considerando todos los casos como el delito del aborto.

Otra consideración al estudiar el marco jurídico en torno al aborto parte del hecho de que es necesario una denuncia para ser investigada. El 64% de las denuncias de las mujeres enjuicadas por el delito de aborto entre 2006 a 2019 fueron realizadas por proveedores de servicios de salud como los doctores, enfermeros o trabajadores sociales de los hospitales públicos y el 100% de estos proveedores obtuvieron la información de la víctima durante o después de los procedimientos clínicos (García, Lozano, Arias, 2020). Lo anterior es particularmente alarmante ya que es una violación al secreto profesional y al derecho al acceso a servicios de salud. El secreto profesional médico es reconocido como derecho por diversos organismos internacionales, como la OMS, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en La Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Adicionalmente, la Constitución de Honduras (en el Decreto 131-82. Artículos 68, 70, 76, 100) y la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras reconocen el derecho a la intimidad:

“Artículo 111. (...) los médicos, practicantes y técnicos médicos, enfermeros y enfermeras y otros auxiliares están en el deber de conservar como secreto todo cuanto

vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión o fuera de su ministerio y que no debe ser divulgado” (Colegio Médico de Honduras, 1962, n/d)

No obstante, el artículo 116 menciona que “el médico, sin faltar a su deber, delatará los delitos que tenga conocimiento en el ejercicio de profesión”. Aun tomando en cuenta el artículo 116, los proveedores de servicios de salud no tienen la obligación de denunciar al recibir a una paciente con indicios de un aborto inducido y tampoco pueden violar el secreto médico. García, Lozano y Arias (2020) mencionan que gran parte de la razón por la que los médicos denuncian es para no tener represalias legales de acuerdo al artículo 127 constitucional mencionado anteriormente. Como consecuencia de lo anterior, dentro de las recomendaciones que mencionan en el informe, se hace hincapié en informar y asesorar legalmente a las y los doctores para que ejerzan el derecho al secreto médico.

Adicionalmente, las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE) están prohibidas en el estado hondureño. El uso de las PAE era legal desde 1999, sin embargo, posterior al Golpe de Estado, el 21 de octubre de 2009, la Secretaría de Salud dictaminó la prohibición de la promoción, uso, venta y compra de la PAE en el Acuerdo ministerial 2744-2009 que establece:

“Prohibir la promoción, el uso, venta y compra relacionada con la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), así como la distribución pagada o gratuita y comercialización de fármacos de anticoncepción de emergencia, en farmacias, droguerías o cualquier otro medio de adquisición” (Congreso Nacional de la República de Honduras, 2009, artículo 1, párr. 1)

Por consiguiente, “en Febrero de 2012 la Corte Suprema de Justicia de Honduras declaró constitucional el Decreto No. 54-2009 bajo el argumento de que la vida se crea en el momento en que el óvulo y el espermatozoide se unen” (Corte Suprema de Honduras, 2012 citado en Centro de Derechos Reproductivos, 2014, p.2). Como consecuencia de lo anterior, la PAE se considera como abortiva, cuando organismos internacionales han comprobado que no lo es, sino que es un método anticonceptivo. Es necesario destacar que posterior a la aprobación de esta política, cuatro años después Honduras se ubicó como el segundo país con la tasa de embarazo más alta en América Latina (UNFPA, citado en García, Lozano, Arias, 2020). Por lo tanto, penalizar la PAE es una grave violación a los derechos reproductivos ya que es un método anticonceptivo y no un método abortivo. El Centro de Derechos Reproductivos (2014, párr., 5*) explica:

“Los mecanismos de acción de la PAE impiden el encuentro entre óvulo y espermatozoide, al igual que lo hacen otros métodos anticonceptivos como el condón,

mediante la barrera “física” o la anticoncepción oral regular que inhibe la ovulación. Pero la PAE no tiene la capacidad de interrumpir un embarazo en curso, toda vez que no tiene efecto anti-implantatorio para los óvulos ya fertilizados; científicamente está comprobado que la PAE no es un mecanismo abortivo, de ahí que la OMS la incluya en la guía Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos y en la Lista de Medicamentos Esenciales que todo sistema público de salud debe garantizar.”

Considerando lo anterior, la PAE no es método abortivo, sino un método de anticoncepción de emergencia o anticoncepción poscoital, lo que se refiere a:

“...métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días posteriores a la relación sexual. Establecidas para situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, la falta o el uso incorrecto de otros anticonceptivos y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas, la anticoncepción de emergencia solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual antes de la salida del ovulo del ovario y antes de la fertilización por un espermatozoide, no puede interrumpir un embarazo establecido o dañar al embrión en desarrollo.” (Alas, Calix, Velázquez, Bejarano, 2016)

Por lo tanto, aunque la PAE no sea un método abortivo, su prohibición absoluta es consecuencia de las políticas en contra del aborto. Resulta alarmante encontrar ambas legislaciones juntas, aquella que prohíbe el acceso a la PAE y la que prohíbe la IVE, ya que incluso en casos que las personas embarazadas sean niñas o que la persona sea víctima de violación, el resultado será la maternidad forzada.

En suma, el 21 de enero de 2021, el Congreso de Honduras aprobó una enmienda constitucional al artículo 67 para blindar la ley que prohíbe la IVE denominada *Escudo contra el Aborto en Honduras*. Esta enmienda busca impedir que se legalice el aborto en el futuro y surge como respuesta a las diversas y recientes despenalizaciones de la práctica en América Latina. La iniciativa fue aprobada en un solo debate y fue presentada el 11 de enero de 2021 por el vicepresidente del Parlamento hondureño, Mario Pérez, diputado del gobernante Partido Nacional (BBC, 2021). Previamente, el artículo 67 expresaba: “Al que está por nacer se le considerará nacido para todo lo que le favorezca dentro de los límites establecidos por la Ley” (Lara, 2021). Con la reforma, se incluye la penalización de la IVE en dicho artículo para evitar “lagunas legales” que puedan permitir la práctica. Posterior a la ratificación de esta enmienda, el artículo 67 expresa lo siguiente:

“ARTÍCULO 67.- Al que está por nacer....

Se considera prohibida e ilegal la práctica de cualquier forma de interrupción de la vida por parte de la madre o un tercero al que está por nacer, a quien debe respetársele la vida desde su concepción.

Lo dispuesto en este Artículo y en el Artículo 112 de la presente Constitución, sólo podrán reformarse por una mayoría de tres cuartas partes de los miembros del Pleno del Congreso Nacional, sus disposiciones no perderán vigencia o dejarán de cumplirse cuando sea supuestamente derogado o modificado por otro precepto constitucional.

Serán nulas e inválidas las disposiciones legales que se creen con posterioridad a la vigencia del presente Artículo que establezcan lo contrario.” (Diario Oficial de la República de Honduras La Gaceta, citado en La Tribuna, 2021, n/d)

Por lo tanto, este blindaje constitucional no sólo incluye la penalización dentro de la Constitución, también impide que el aborto pudiera legalizarse en el futuro. La reforma fue condenada por diversas organizaciones no gubernamentales, como Médicos Sin Fronteras, Oxfam y Human Rights Watch, ya que constituye una amenaza a la salud sexual y reproductiva de las mujeres hondureñas. La ONU (2021b) a través de un comunicado de prensa manifestó:

“... esta reforma constitucional contraviene las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, pues impide el abordaje de un problema de salud pública que la penalización del aborto en todas sus modalidades ya provoca. De igual modo, dicha reforma podría aumentar la situación de desigualdad y discriminación por razones de género en el país.” (párr. 3)

Adicionalmente, la Relatoría Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes expresó: “La existencia de leyes muy restrictivas, que prohíben los abortos incluso en casos de incesto, violación, deficiencia fetal o cuando está en riesgo la vida o la salud de la madre, vulneran el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tortura o malos tratos.” (ONU, 2021b, párr. 4).

En conclusión, la política hondureña no aborda los derechos sexuales y reproductivos considerando cuestiones médicas ya que, como se mencionó a lo largo del apartado, la legislación cuenta con diferentes contradicciones con las normativas médicas tanto nacionales como internacionales. Como consecuencia de lo anterior, la penalización del aborto crea condiciones que limitan, niegan o incluso ponga en riesgo la salud y libertad de la mujer si busca atención médica por abortos involuntarios como involuntarios. Además, la prohibición de la PAE es por si misma una violación a los derechos sexuales y reproductivos, siendo esta

una consecuencia de la penalización de la IVE. Por lo tanto, o se forzará a la mujer o menor que no desee continuar su embarazo (ya sea por cuestiones médicas o personales) a parir, generando una maternidad forzada; o se forzará a la mujer o menor a realizar un aborto en la clandestinidad.

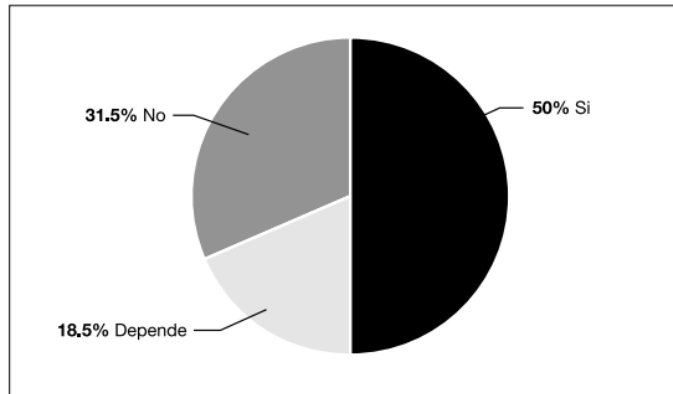
2.1.2 Percepción de los prestadores de servicios de salud en torno a la IVE

La IVE es un tema de salud pública, por lo que es indispensable tomar en consideración la perspectiva médica en torno a esta, específicamente de la comunidad sanitaria hondureña. A continuación se destacarán los principales descubrimientos de la *Encuesta de Opinión entre Gineco-Obstetras en Honduras (2004)* en torno al aborto realizado por el Centro de Derechos de las Mujeres (CDM) en colaboración con diversas organizaciones feministas como *CESADEH, CIPRODEH, ADP y CEM*.

Las encuestas fueron realizadas en Tegucigalpa y San Pedro Sula. Inicialmente, es indispensable destacar que, en 2004, se identificaron un total de 291 médicas y médicos con la especialidad de gineco-obstetricia en todo el país (Centro de Derechos de las Mujeres, 2004). Para seleccionar la muestra se buscó tener la mayor representatividad posible y para ello, se realizó una selección aleatoria del 50%, por lo que se obtuvo una muestra de 182 Gineco-Obstetras de todo el país, es decir, más del 62% del total de especialistas. No obstante, es necesario destacar que solo el 20% de la muestra estuvo compuesta por mujeres Gineco-Obstetras debido a que sólo el 21% del total de estos/as especialistas son mujeres y por tanto, las posibilidades de salir seleccionadas en una muestra aleatoria era menor que las probabilidades que tenían los varones. De ese total se pudo localizar a 133 Gineco-Obstetras (73%) (es necesario destacar que no se localizaron a las 49 personas de la muestra debido a dificultades de las entrevistadoras), 108 de ellas/os optaron por llenar la encuesta, lo que corresponde a 37% del universo, que se puede tomar como valor representativo.

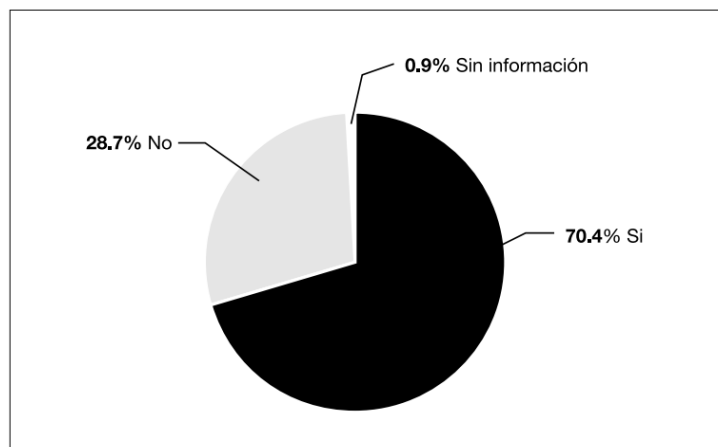
Los resultados arrojaron que el 99.1% de las/os Gineco-Obstetras dijo haberse encontrado con abortos incompletos y/o complicaciones de abortos en su práctica médica. El CDM (2004) define “complicaciones” como las secuelas de un aborto, tales como rupturas uterinas que provocan sangrados o hemorragias o infecciones. Por otro lado, “aborto incompleto” hace referencia a la situación que sucede cuando quedan en la matriz restos del producto que causan dolores o sangrados a la mujer. A continuación se muestran los principales resultados obtenidos en gráficas:

Gráfica 1. Distribución de opiniones sobre el cáncer como indicación médica para un aborto en porcentaje



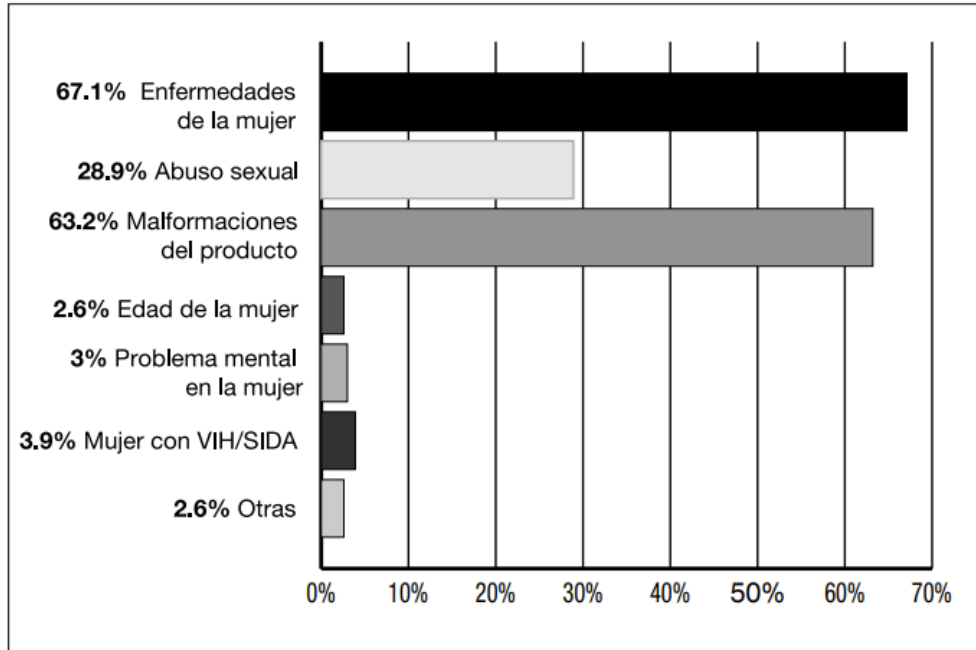
Base: 100% de la muestra

Gráfica 2. Distribución de las opiniones de Gineco-Obstetras sobre si debe haber otras indicaciones médicas para la interrupción de un embarazo



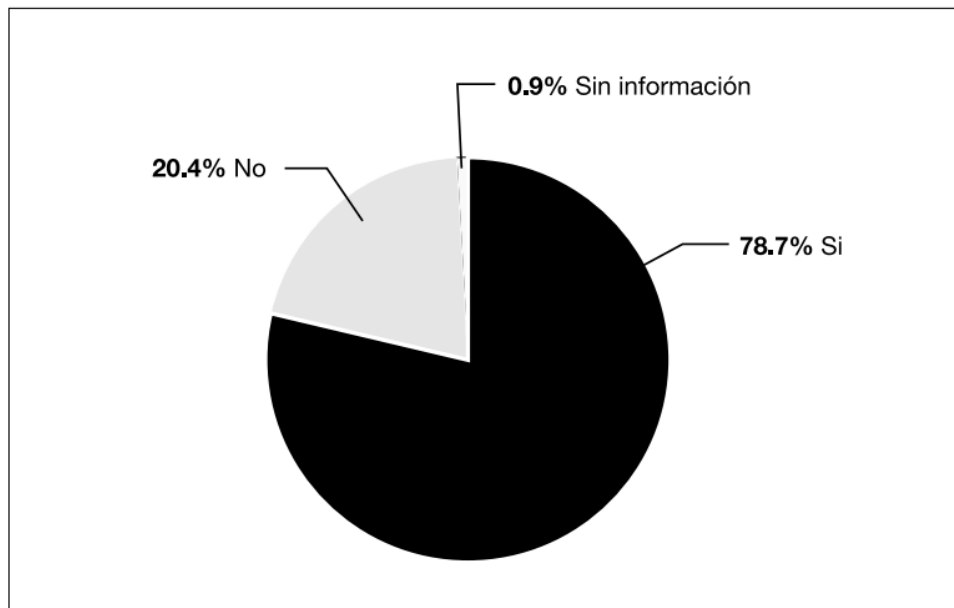
Base: 100% de la muestra

Gráfica 3. Distribución de las razones por las que podría haber indicación médica para la interrupción de un embarazo (en porcentajes)



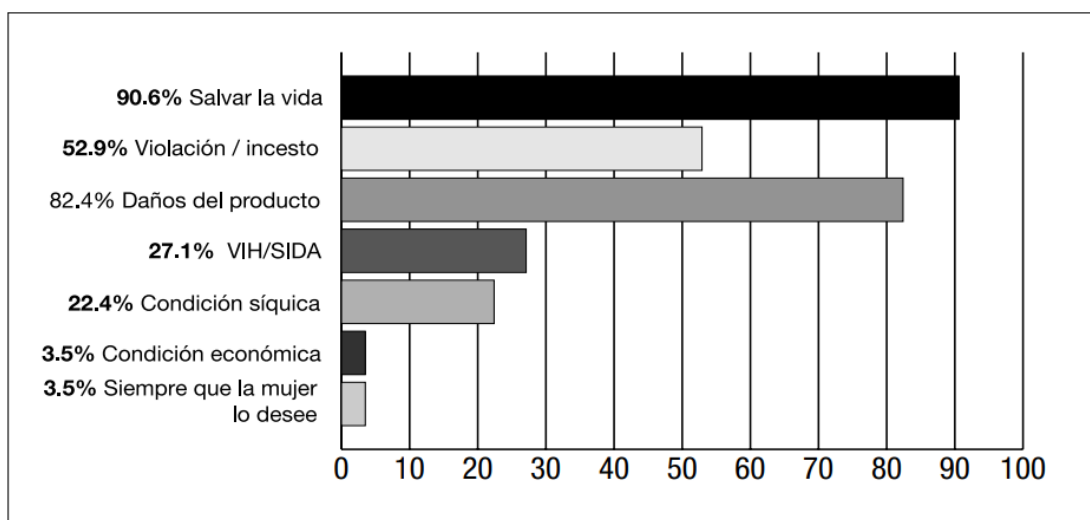
Base: 70,4% de la muestra que respondió que hay otras razones

Gráfica 4. Distribución de opiniones de Gineco-Obstetras sobre la despenalización del aborto en la legislación al menos por una razón (en porcentajes)



Base: 100% de la muestra

Gráfica 5. Distribución por razón de despenalizar la interrupción del embarazo en porcentaje



Base: 78,7% que respondió afirmativamente a la pregunta

Tabla 5. Opiniones médicas sobre despenalización por sexo en porcentaje

Sexo	Si	No	Sin información	Total
Mujeres	18,5	7,4	–	25,9
Hombres	60,2	13,0	0,9	74,1
Total	78,7	20,4	0,9	100

Base: 100% de la muestra

Con base en los anteriores resultados, el Centro de Derechos de las Mujeres (2004) determina las siguientes conclusiones en torno a las opiniones sobre indicación médica y despenalización del aborto:

“El 80,6% de las/os Gineco-Obstetras dijo que debe haber alguna indicación médica para interrumpir un embarazo. Este 80.6% está formado por 75% que a la vez está a favor de una despenalización y un 4,6% que está en contra de la despenalización del aborto. El 78,7% de las/os Gineco-Obstetras que dijo estar de acuerdo con la despenalización de alguna o varias razones para despenalizar un aborto en la legislación de Honduras (ver párrafo 6). De estas 78,7%, el 75% opina que debe haber

indicaciones médicas que justifiquen la interrupción de un embarazo. 3,7% de ellas/os no piensan que existen indicaciones médicas. El 75% de las/os Gineco-Obstetras favorece a la vez una despenalización y opina que hay indicaciones médicas para un aborto.” (p.33)

Como se puede observar, existe una aceptación médica en torno a la IVE y su despenalización por diferentes causales. Otro recurso que es indispensable de mencionar es el *Pronunciamiento a la Reforma de Ley Artículo 67* de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras⁵ publicado el 25 de enero de 2021. Este pronunciamiento surgió como respuesta al blindaje constitucional del aborto mencionado anteriormente y expresan lo siguiente:

“1.-Como Sociedad de Ginecología y Obstetricia nos manifestamos de forma categórica en contra de la interrupción deliberada e insegura del embarazo. Sin embargo, existen tres causales importantes para considerar la finalización del embarazo: malformaciones congénitas incompatibles con la vida, enfermedades maternas que incrementan el riesgo de muerte durante el embarazo, y embarazos producto de violación o estupro en niñas, que favorecen la realización de procedimientos clandestinos que pueden conducir a complicaciones y muerte.

2.-Las reformas constitucionales aprobadas están basadas en serios errores conceptuales sobre la finalización del embarazo desde el punto de vista científico, bioético y por causales médicas. Lamentablemente estos errores están incluidos en el código penal aprobado en la cámara legislativa.

3.- Esta reforma de ley viene a incrementar el deterioro en la salud y la vida de mujeres y niñas., provocando un retroceso en el derecho a la salud reproductiva e impactando aún más en las ya desbordantes cifras de mortalidad materna en nuestro país.

⁵ “La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras es una organización científica, sin fines de lucro, a favor de la vida, dedicada a promover el cuidado de la salud integral de la mujer y la vida del no nacido durante el período de gestación”

4.-Con estas reformas el personal de salud, especialmente los responsables del cuidado de las mujeres, nos vemos involucrados en acciones que van en contra de nuestra ética y formación médica, acciones que abonan al detrimento del ejercicio de la medicina con fundamento en la evidencia científica, e impiden salvaguardar la vida de las pacientes en situaciones mencionadas en el inciso 1.

5.-Hacemos un llamado a respetar y escuchar las voces calificadas, que, con criterio científico y bioético, podemos contribuir en la reforma correcta y responsable de las leyes que involucran la salud de las mujeres hondureñas.

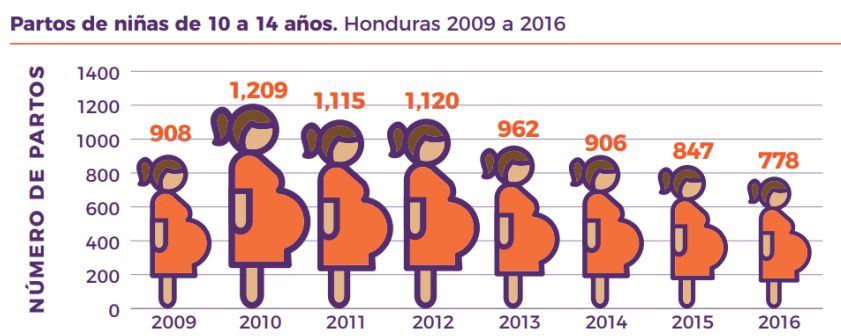
6.-Nuestra sociedad se pone a la orden de los legisladores y del pueblo hondureño para orientar de manera científica en todo momento. ” (p.1)

Las encuestas realizadas por el CDM y el pronunciamiento brindan un acercamiento a la postura médica hondureña en torno a la despenalización del aborto. Cabe resaltar que en ambos casos se menciona el impacto negativo que esta legislación genera en la salud de las mujeres y niñas hondureñas. Como se puede observar en las encuestas, el 78.1% de las y los médicos entrevistados consideran que es necesario reconocer por lo menos una causal. Lo anterior es sumamente importante ya que, como descubrieron las investigadoras García, Lozano y Arias (2020), en el 64% de las denuncias de las mujeres enjuicadas por el delito de aborto entre 2006 a 2019 fueron realizadas por los proveedores de servicios de salud. Entonces, ¿por qué si hay los prestadores de servicios médicos consideran que debe despenalizarse en ciertas causales son los que más denuncian? Lo anterior se debe principalmente al miedo a recibir represalias legales, pues con base en la Constitución, se les puede imponer sanciones de hasta 10 años de prisión y multas de hasta 30,000 lempiras. Por lo tanto, la penalización de esta práctica también impacta en el actuar de los médicos, pues como lo menciona el posicionamiento, esta ley provoca que se vean involucrados en acciones que van en contra de su ética y formación médica.

2.1.3 Datos de la IVE en Honduras

De acuerdo a la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012*, el 24 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, bien sea porque están gestando por primera vez (5%) o porque ya son madres (19%). El porcentaje que ya son madres es bajo en las mujeres de 15 a 16 años y se incrementa hasta llegar al 28% a los 18 años y 36% a los 19 años. De igual forma, la ENDESA demostró que si se divide geográficamente, en varios departamentos alrededor de una tercera parte de los adolescentes ya son madres o están embarazadas del primer hijo, de los cuales destacan: Gracias a Dios con un (35%), Colón (34%), Copán (33%), Olancho (31%) y Lempira (35%). A continuación se muestra una tabla de los partos de niñas de 10 a 14 años entre el periodo de 2009 a 2016:

Gráfica 6. Partos de niñas de 10 a 14 años.



Recuperado en el Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2018a) *Embarazo y la maternidad infantil forzados*. Hoja informativa

En cifras más recientes, en 2017, se estima que 101 de cada 1000 de los nacimientos fueron en mujeres de 15 a 19 años y se registraron 819 nacimientos en niñas menores de 14 años (IPAS Centroamérica y México, 2020). En 2018, 843 niñas menores de 14 años se convirtieron en madres en 2018 (13 tenían 9 años, 24 tenían 10 y 16 niñas tenían 11 años de edad) (IPAS Centroamérica y México, 2020). Estos datos son alarmantes debido a que posicionan a Honduras como el país con la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes en América Latina al alcanzar el 30% en algunas zonas (ONU, 2021a).

Por otro lado, la ENDESA también abordó el interés de las mujeres hondureñas en tener hijos. La encuesta demostró que sólo el 33% de las mujeres que se encuentran en unión desean no tener más hijos (y si se agrega el porcentaje de las entrevistadas que se realizaron la esterilización, el porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos llega al 56%). El deseo de no tener más hijos aumenta rápidamente con la cantidad de hijos que se tienen, y va desde el 2% entre las mujeres que no tienen hijos y hasta el 87% con las que tienen seis o más hijos. Esto demuestra que hay un gran número de mujeres hondureñas que no desean tener más hijos debido a que ya tuvieron previamente. Como consecuencia de lo anterior, pueden surgir diversos embarazos no deseados con o sin el uso de métodos anticonceptivos.

En cuanto a planificación familiar, ENDESA arrojó que el 73% de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos. Por otro lado, el 71% de las mujeres no unidas que son sexualmente activas no usan ningún método anticonceptivo. Es necesario recordar que el uso de métodos anticonceptivos no es una garantía de que no se vaya a dar un embarazo o de que haya un uso y conocimiento correcto de estos. Por ejemplo, la encuesta reflejó que 3 de cada 4 encuestadas que utilizan el método del ritmo (basado en no tener relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo menstrual de la mujer) lo usan de forma incorrecta. Adicionalmente, hay un desconocimiento en cuanto a los efectos secundarios, pues sólo el 43% de mujeres afirmaron conocer los posibles efectos secundarios de los métodos que utilizan.

Ahora bien, aún cuando hay planificación familiar, hay factores que no se pueden controlar que provocan embarazos riesgosos. La ENDESA arrojó que sólo el 33% de los nacimientos que ocurrieron 2006 a 2011 no estaban en ninguna categoría de riesgo reproductivo. Uno de los riesgos es si la madre es menor, y de acuerdo a la encuesta, 11% de los nacimientos se dieron cuando la madre tenía menos de 18 años en el momento de nacimiento, con un riesgo de muerte de los recién nacidos de casi 50% mayor. De igual manera, si la madre no se encuentra en edad reproductiva también puede generar un embarazo riesgoso. En Honduras, 7% de los nacimientos se encuentran en riesgo porque las madres son mayores de 34 años y el orden de nacimiento del niño es 3 o más con un riesgo de

morir del 20% mayor que los nacidos que no entran en ninguna categoría de riesgo. Adicionalmente, la encuesta demostró que el 47% de las mujeres unidas se encuentran en categorías de riesgo reproductivo elevado.

La ENDESA también abordó el acceso a servicios de salud, tema particularmente relevante para la investigación. El 71% de las mujeres consideran que tienen al menos un problema en el acceso a servicios de salud. Esta percepción aumenta con el número de hijos vivos (de 69% entre las mujeres con apenas un hijo hasta 83% entre aquellas con 5+) y disminuye con el nivel de educación de la mujer (desde 86 en mujeres sin educación hasta 48 a aquellas con educación superior); disminuye a medida que aumenta el quintil de riqueza (del 85 en el quintil inferior al 57 en el superior). Existen diversas causas que impiden el acceso a servicios de salud, la causa más importante expresada por las mujeres es el dinero para pagar tratamientos (52%) y la distancia de los servicios de salud (37%) y el no querer ir sola (36%).

Además del acceso a servicios de salud, otra limitante al ejercer los derechos reproductivos y sexuales es el acceso a la educación sexual. Para 2017 se contaban con 1,055 centros educativos del nivel básico y 17,672 estudiantes beneficiados con la implementación de las *Guías Cuidando Mi Salud y Mi Vida* en 3 departamentos del país (CLADEM, 2018a). Lo anterior significa que solo el 4.06% de los centros educativos implementan estas guías de educación en sexualidad (CLADEM, 2018a).

Otro tema relevante al estudiar el contexto hondureño son los índices de violencia sexual. De acuerdo a la ENDESA, para 6 de cada 10 mujeres casadas o unidas han experimentado violencia y el actual esposo/compañero fue quien ejerció la violencia. En cuanto a abuso infantil, los índices son particularmente elevados. La mayor parte del abuso sexual después de los 12 años ocurre antes de los 20 años: el 40% entre los 12-14 años y el 42% entre los 15 y 19 años de edad. En 2017 se registraron 2,664 casos de violencia sexual contra mujeres, de los cuales 83% de las víctimas son menores de edad (IPAS Centroamérica y México, 2020b). Además, es necesario tomar en cuenta que no se realizan investigaciones

cuando una menor llega embarazada a un centro de salud, y cuando se llevan a cabo por parte de denuncias, hay un índice de la impunidad de 9 de cada 10 de estos hechos (CLADEM, 2018).

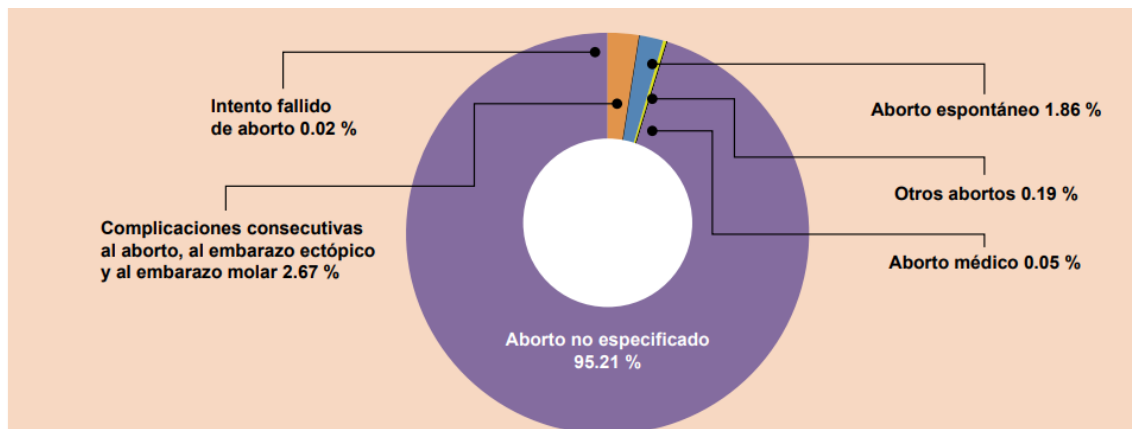
En cuanto a la cantidad de abortos realizados, es un reto contar con estadísticas reales debido a las repercusiones legales que las mujeres y niñas pueden tener al realizarse un aborto. En 2017 se registraron 10,298 egresos hospitalarios por aborto en Honduras (IPAS Centroamérica y México, 2020b). Sin embargo, la ONU afirma que el número de abortos inseguros en Honduras podría ser de entre 51.000 y 82.000 por año (ONU, 2021a). Adicionalmente, se estima que el 12% de las muertes maternas en Honduras fueron por abortos inseguros (IPAS Centroamérica y México, 2020b). Lo anterior permite un acercamiento a la realidad de las mujeres hondureñas que han practicado un aborto, pues:

“Aun cuando no hay datos totalmente confiables, se pueden hacer estimaciones a partir de los registros hospitalarios de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social. En 2013 egresaron de los hospitales públicos del país 11,354 mujeres con diagnóstico de aborto y otras 2,338 lo hicieron de los hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social. No se puede afirmar que todas ellas tuvieron un aborto voluntario pero tampoco se puede afirmar que todas las que sí lo hacen terminan en un hospital.” (Centro de Derecho de Mujeres, 2016, p.2).

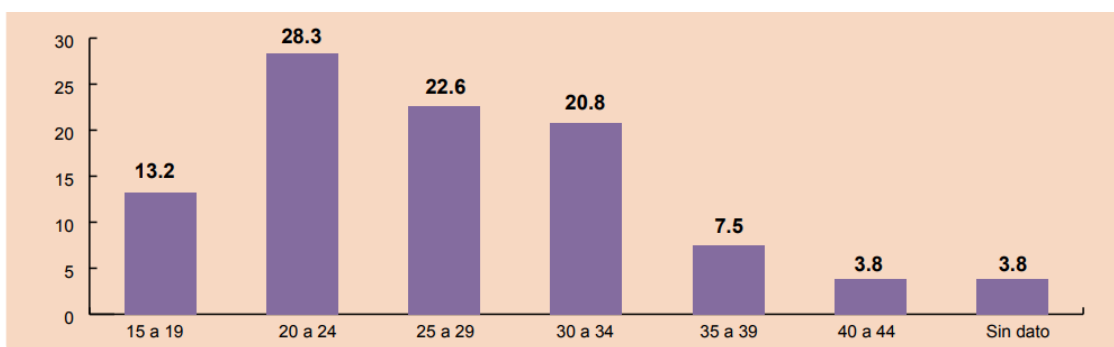
Como lo explica el Centro de Derecho de Mujeres, no se puede asegurar que los números que se estiman en IPAS y en la ONU sean de IVE o sean resultado de abortos espontáneos. Asimismo, tampoco se pueden contabilizar los abortos llevados a cabo en la clandestinidad.

Al no contar con datos duros que reflejen por completo la situación en Honduras, el Centro de Derechos de Mujeres (2016) realizó una serie de entrevistas con el fin de obtener un acercamiento al perfil de las mujeres que han realizado un aborto en dicho país. Se entrevistaron a 53 mujeres que se realizaron un aborto entre 2012 y 2014 y se obtuvieron los siguientes resultados:

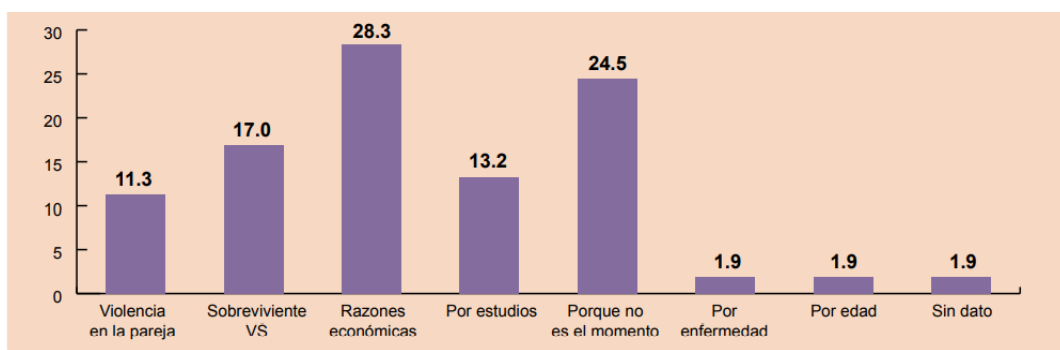
Gráfica 7. Egresos hospitalario según diagnóstico de aborto en Honduras (2013)



Gráfica 8. Edad de las mujeres entrevistadas que abortaron en Honduras (2013)



Gráfica 9. Razones manifestadas por las entrevistadas para decidir realizar un aborto (2013)



Gráficas recuperadas en Centro de Derechos de Mujeres (2016) *Secreto a voces: una reseña sobre el aborto en Honduras*. Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres.

De las tablas se destaca que el 95% de los abortos son no especificados, por lo que se demuestra que es sumamente difícil identificar los tipos de aborto que se llevaron a cabo y si fueron voluntarios o involuntarios. Las tres principales causas de realizarse un aborto son: por razones económicas (28.3%), por estudios (13.2%) y por ser sobreviviente de violencia sexual (17%). Adicionalmente, dentro de los hallazgos que se encontraron en las entrevistas es necesario destacar las siguientes:

“Aun cuando la mayoría de las mujeres entrevistadas manifestaron tener convicciones religiosas, todas aseguraron sentirse aliviadas después de lograr la interrupción del embarazo. Ello no implica que a algunas no les generara malestares emocionales, especialmente la sensación de culpa y de miedo antes de realizarse el aborto.(...) Ninguna mencionó sentir temor porque la ley lo penaliza, con lo cual se reafirma el hecho de que la penalización no es un mecanismo disuasivo para tomar esta decisión. (...) Dos de cada tres mujeres entrevistadas que decidieron abortar lo realizaron en soledad, es decir que aunque en casi todos los casos al menos otra persona sabía de la decisión, al momento de llevarla a cabo lo hicieron sin compañía(.) La mitad de las entrevistadas tenía uno o más hijos y la otra mitad aún no había sido madre.” (Centro de Derechos de Mujeres, 2016, p.5)

Como consecuencia de lo anterior se puede observar que las mujeres no fueron disuadidas ni por cuestiones religiosas ni legales para no llevar a cabo la IVE.

2.1.4 Experiencias de mujeres que han practicado una IVE en Honduras

Existen diversos estudios que buscan brindar un acercamiento a la realidad de las mujeres hondureñas que han practicado un aborto. En este apartado se mencionan dos investigaciones: la primera realizó entrevistas para recabar testimonios de mujeres que practicaron un aborto; y la segunda, analiza el contexto de mujeres que llevaron un proceso penal por un aborto. Lo anterior con la finalidad de obtener un acercamiento al contexto de las mujeres hondureñas sin y con represalias legales, siendo el primer estudio un análisis cualitativo y el segundo, cuantitativo.

En primer instancia, el CDM realizó la investigación “Nunca antes lo había hablado” con la finalidad de documentar cualitativamente la experiencia de las mujeres hondureñas que se han practicado un aborto. Para el estudio se realizaron 13 entrevistas, de las cuales se eligieron 12 para el estudio. Es necesario destacar que una de las limitantes que mencionan en la investigación fue encontrar a mujeres que estuvieran dispuestas a hablar del tema por cuestiones legales o por el estigma y rechazo social que esto genera, limitantes que también tuvo la presente investigación. En cuanto a los casos que se analizaron “...en cinco de ellos el embarazo no deseado ocurrió en la primera relación sexual. Hay tres casos de violación, tres casos en los que el método anticonceptivo no resultó, y tres calificaron la razón para el embarazo no deseado como descuido.” (CDM, 2005, p. 10). A continuación, se muestran fragmentos de los testimonios seleccionados de la investigación previamente mencionada:

Testimonio de María

“En el caso mío, resulta que yo salgo embarazada a los 18 años. Yo viví en mi pueblo con mi padre, mi madre y mis hermanos y hermanas. El niño era de mi papá. Mi padre me dijo que eso era normal, que siempre las hijas tenían que vivir con el papá primero y después tenían que casarse con el que él quería. (...) La otra cosa que yo también intenté cuando yo estaba embarazada fue quitarme la vida. Esas son cosas que lo llevan a uno a mejor desaparecerse. Yo intenté dos veces de quitarme la vida.(...) Me obligaban al aborto – bueno, en ese entonces yo ni sabía cómo se hace un aborto. No fue con médicos, sino con una partera que me dio líquidos. Mi padre me llevó a una finca y llegó una señora y me dio tres botellas a tomar. Yo no sabía qué son estos líquidos.(...) Yo no habría preferido tener ese niño. Pero yo no decidí, aún así, no fue mi decisión abortar. Porque yo tenía miedo al aborto. Pero jamás habría tenido ese hijo, jamás le hubiera tenido cariño a algo que no es deseado. (...) Cuando yo hablé con mi mamá, de todo lo que había pasado, y que por eso yo no iba a volver a la casa, ella me dijo: ‘Yo voy a platicar con tu papá. Si me encontrás muerta, ya sabes por qué.’(...)” (p.11-12)

Testimonio de Miriam:

“Fui a una clínica clandestina, las que no tenemos dinero tenemos que ir a una clínica de ese tipo. Realmente fue una experiencia muy desagradable. Yo pasé años para poder superar eso. (...) Te maltratan emocionalmente, vas a una clínica con el miedo de que la policía va a llegar. Cuando yo estaba en la clínica pasó una patrulla, y nos escondieron en unos cuartos oscuros como una hora. Eran como 12 mujeres las que esperaban. De toda clase. Yo pensaba tal vez solamente las de escasos recursos económicos que no podemos mantener un bebe llegan allí. Pero llegaba gente en carros de lujo, que llevaban muchachitas a practicarse un aborto. Llegaban parejas. Todas sabíamos a qué íbamos y todas estábamos con miedo. (...) Abren el cuello de la matriz con el espéculo y con unas tijeras, tal vez quirúrgicas ... no sé, estaba tan nerviosa que no vi exactamente con qué era. Pero si, cuando lo hacen se siente, se siente que te están cortando algo. Cortan por dentro. Yo pienso que lo que hacen es cortar el bebe para que te salga. Yo pienso que así fue, la verdad que en ese momento no me di cuenta. Te hacen un desgarré sin anestesia, sin el menor cuidado, sin guantes, sin nada. Yo no sé a cuántas mujeres le habían hecho con el mismo aparato la inducción del aborto. Después de eso pasé haciéndome exámenes de sida cada 6 meses. Todavía hoy le doy gracias a Dios que estoy viva. Y nada más te dicen: ‘Vienes pasado mañana, cuando ya has expulsado todo, que te hagamos un legrado.’-Una enfermera que ni siquiera ha recibido clases de enfermería. Regresé como al segundo día para hacer un ... ellas dicen que es un legrado, pero la verdad es que hacen un raspado a sangre viva, sin anestesia, nada. No se lo deseo a ninguna mujer. Es un dolor espantoso. Es algo muy traumático. Al final, te dan los restos en una bolsa, y te dicen que te tienes que deshacer de esto vos sola. (...) Mientras yo estaba allí, una muchacha se murió. Lo que hacen es que la suben a un carro y las van a dejar en una fosa. No pueden ir y decir: ‘Mira, cuando le provoqué un aborto la muchacha se murió.’ Entonces la suben a un carro y la botan en algún lugar. Te das cuenta de eso y te amenazan. Es muy muy peligroso. (...) Yo creo que lo peor que te

pueda pasar cuando te has practicado un aborto es que la gente te vea como una asesina, que mataste a alguien, incluso que sos una cualquiera. (...) Las secuelas después de esto fueron graves, tuve que realizar tratamientos especiales porque la enfermera dañó mi vagina, pude haber quedado estéril sin el tratamiento. Yo pasé muchos años de mi vida pensando que nunca voy a poder tener hijos, por la forma en que lo hicieron y los tratamientos después, constantes infecciones vaginales de nada. Pero los doctores después se portaron muy bien conmigo. Según mi experiencia, no te juzgan, porque yo he tenido dos o tres ginecólogos. Lo tomaron de lo más natural. Tal vez no pueden poner una cara de horror delante de una paciente.” (p.12-15)

Testimonio de Norma

“Pensaba que no estoy en el momento, porque no ganaba dinero para sostenerlo. No tenía un trabajo muy seguro. Por otro lado mi novio tampoco. Y bueno, en el primer momento dije: ‘Como lo voy a hacer?’ Porque quería tenerlo, te lo digo honestamente. Me encantaría tenerlo. Quería mucho a mi pareja. Y si, me gustaría ser mamá, siempre he sentido que me encanta ser mamá. Se sentía tan dulce que yo pudiera estar embarazada. Yo creo que la decisión es lo más horrible que me pasó, porque me habría gustado tenerlo. Pero sabía que no era el momento para mi. (...) No era ilegal en ese país. Aquí, yo creo que el escenario es totalmente distinto. Pero el momento y el lugar donde estaba, yo vi: hay centros especializados con todas las condiciones, es superlegal y hay médicos que se especializan en eso. Yo estuve estudiando toditos los métodos para ver cuál me convendría. Escogí el método de succión.(...)” (p.15-17)

Testimonio de Patricia

“En este momento vivía en otro país, estaba en condiciones difíciles. Con mi compañero teníamos un hijo en condiciones graves de salud y otra hija; no pude tener mucho contacto con mi familia; apenas sobrevivíamos. Estaba tomando pastillas

anticonceptivas, porque ya no quería otros hijos o hijas, y de repente estaba embarazada! Salí embarazada y lógicamente no quería tenerlo. Fue una situación como de desesperación.(...) Inmediatamente, de manera desesperante, sentí una necesidad vital de interrumpir ese embarazo. Por las condiciones económicas, psicológicas, biológicas, en todo sentido. No había ninguna disposición en mí. No hubo una conexión, como ocurre cuando vos sabes que estas embarazada con todas las condiciones que puedas tener. Hay una necesidad de tenerlo, hay una decisión de tenerlo. No la hubo en mí, de ninguna manera. No teníamos las condiciones. Y por otro lado mi deseo de no tener más hijos.(..)Fui atendida en un centro de mujeres, en condiciones de mucha limpieza, y el trato emocional fue bien, yo no era una clienta cualquiera sino que fui atendida con calidad humana. Era un ambiente con mujeres que entendían y manejaban el problema. (...) Creo que seamos cristianos o no, es probable que para las más creyentes sea más doloroso, pero el aborto siempre es una agresión al cuerpo y al alma. Porque puede ser agresivo un aborto, pero es más agresivo estarle dando vida a algo que no queremos - lo digo por mi experiencia.” (p. 17-19)

Los testimonios de María y Miriam reflejan el peligro de la clandestinidad, el miedo y la violencia que viven, no sólo al tener el embarazo, sino también al interrumpirlo ya que no se encontraban en condiciones sanitarias dignas, de calidad y con personal capacitado. Incluso se puede observar el desconocimiento del método que emplearon para el aborto, con una nula o muy poca noción de cómo funcionaba y qué efectos tendría en su cuerpo. Con un completo desconocimiento de cómo es el procedimiento, se exponen a situaciones de vida o muerte. Por otro lado, se encuentran los casos de Norma y Patricia, las cuales realizaron el aborto en países distintos a Honduras, donde el aborto es legal y se puede observar la diferencia en los servicios de salud que recibieron en comparación con los primeros dos casos.

Estos testimonios reflejan la complejidad de los embarazos no deseados, desde la violación, el incesto, el fallo de los métodos anticonceptivos o la falta de capacidad económica. De igual forma, se puede observar que es un proceso sumamente difícil y que a

pesar de no recibir represalias legales recibieron represalias sociales y un nulo acceso a servicios de salud dignos. CDM (2005) menciona que estas entrevistas reflejan el descontrol absoluto que tiene la entrevistada sobre su cuerpo, su sexualidad y su vida (p. 11).

Otra de las cuestiones a considerar es que la necesidad de la interrupción del embarazo se encuentra presente en mujeres que ya son madres que incluso toman en cuenta o se preocupan por sus hijos antes de tomar la decisión, como en el caso de Isabel:

“Entonces yo tomé eso y me bajó fuerte, me agarraron hemorragias, hemorragias hasta me desmayé. Todo el mundo se daba cuenta porque yo ya iba a morir. Porque si uno llega a morir, los niños ¿con quién se quedan? (Isabel citado en CDM, 2005, p. 31).

Estos testimonios permiten tener un acercamiento a cómo la penalización de la IVE influye en el acceso a servicios de salud reproductivos ya que no genera que las mujeres se abstengan de practicar un aborto, sino que lo realicen en espacios insalubres y con personas no calificadas. Explican que:

“La prohibición legal y social causa un ambiente muy hostil, pero no impide que ellas interrumpen el embarazo que no desean. Al contrario, llama la atención que la prohibición legal y por tanto penalización en Honduras no aparece en casi ninguno de los relatos. Las mujeres evalúan sus razones, condiciones económicas, las vidas de sus otras/os hijas/os, el apoyo o no del hombre involucrado, sus planes para sus vidas, pero la penalización casi nunca aparece como factor. Si aparece, no es determinante para su decisión.” (p.38)

Adicionalmente, mencionan que “las que tuvieron los recursos – económicos o de conocimiento/conexiones - para obtener un método seguro con medica/o u otro personal calificado quedaron sin secuelas físicas” (p.21). Considerando lo anterior se puede concluir que la penalización genera un contexto de inseguridad social y sanitario que repercute

directamente en la salud de las mujeres y crea una desigualdad entre las mujeres con base en sus capacidades económicas. De igual forma, los testimonios permiten entender las diferentes cuestiones que se intersectan con la IVE, como la violencia sexual, violencia doméstica o la falta de estabilidad económica. Todas estas cuestiones generan un panorama que vulnera a las mujeres, y al no contar con un acceso a servicios de salud, se encuentran doblemente vulneradas. Dentro de las conclusiones, la investigación explica lo siguiente:

“El miedo a morir y marcar la vida se entrelazan en el análisis. El miedo a morir se refiere por un lado a las condiciones peligrosas en las cuales interrumpen sus embarazos. Pero el miedo a morir va más allá de la amenaza física, porque también lo mencionan mujeres que tuvieron una interrupción en condiciones seguras. El miedo a morir se refiere al sentimiento de hacer algo que contradice los valores éticos y sociales que ellas aprendieron y que son vigentes en la sociedad, algo que es valorado como lo más bajo, abominable, horrible que una persona puede hacer. Es el miedo de morir socialmente por desafiar la imagen de la mujer como madre. “ (p.37)

Por lo tanto, la prohibición del aborto penaliza a las mujeres por una cuestión relacionada con el rol de género, la investigación menciona:

“Las premisas del ser mujer y la decisión de no seguir con un embarazo significan una contradicción. Si el valor máximo de una mujer es ser madre, interrumpir un embarazo significa una transgresión de su rol de género, de lo que está visto como la máxima expresión del ser mujer. Ellas mismas sienten esta divergencia entre lo que se espera de ellas y sus propias necesidades. Transgredir el rol de género significa abrir el camino de la ruptura con este rol, atravesar el orden y salirse de él, estar fuera de ese orden político, simbólico, de valores y creencias. Realizarse la interrupción de un embarazo significa la transgresión de los límites del rol social asignado a las mujeres de ser madre. “ (p.20)

Con lo anterior, se puede observar desde una perspectiva de género cómo afectan este tipo de legislaciones a las mujeres, ya que si no recibes represalias legales, se recibe una pena social, y el castigo es poner en riesgo la salud de las mujeres. De igual forma, este rol de género no considera la autonomía sexual y reproductiva, ya que evitar un embarazo significa aceptar el placer sexual por encima de la reproducción (p. 24).

Por otro lado, la segunda investigación que se mencionará en este apartado es la de Erika García, Grecia Lozano y Marcela Arias (2020), quienes realizaron un análisis del proceso penal y los criterios jurídicos sobre los casos de mujeres judicializadas por abortar de 2006 a 2019 en Honduras. Conformaron un listado de 62 casos de mujeres enjuiciadas por el delito de aborto, aunque sólo tuvieron acceso al expediente de 47 casos. A continuación, se mencionan los principales hallazgos encontrados en esta investigación.

De las mujeres judicializadas, el 81% se encuentran entre los 18 y 28 años, el 8.5% entre los 20 y 39 años, 4% son menores de 18 años y un 2% son mujeres de 40 años o más. En cuanto a la ocupación, el 40% son empleadas domésticas con y sin remuneración, el 20% estudiaba la secundaria al momento de detención y el 13% se encontraba en el sector público y privado (no se puede identificar la ocupación del 27% de los casos). Cabe señalar que el 11% de las mujeres enjuiciadas ya tenían entre 1 a 3 hijos o hijas al ser detenidas. Un hallazgo relevante es el pico de mayor frecuencia de casos de criminalización entre las mujeres con menos de 12 semanas de gestación (García, Lozano, Arias, 2020).

Como se mencionó anteriormente, un descubrimiento de la investigación fue que el 47% de los procesos penales iniciaron con la denuncia del doctor, enfermera o trabajadora social que prestaron servicios de salud en hospitales públicos y el 100% de ellos obtuvieron la información durante o posterior a la práctica de procedimientos clínicos (García, Lozano, Arias, 2020, p.23). Esto viola el derecho de secreto profesional y genera que el asistir a un hospital público por asistencia médica se vuelva peligroso para las mujeres y niñas. Por lo tanto, los hospitales fueron el lugar donde se realizaron la mayor cantidad de detenciones (García, Lozano, Arias, 2020) y las investigadoras descubrieron que las declaraciones

obtenidas por parte del personal médico fueron obtenidas con engaño o violencia obstétrica e institucional, pues en su rol médico presionaban a las mujeres a confesar si fue un aborto voluntario o involuntario.

Otro descubrimiento valioso de la investigación es que, para determinar el “peligro que la imputada representa para la sociedad” como requisito para no tomar una acción penal, la fiscalía solicitó que las mujeres demostraran evidencia de posesiones inmuebles, cuentas bancarias con ahorros y estudios escolares o universitarios, generando una criminalización de la pobreza por parte de Honduras, pues las mujeres y niñas que no cuentan con educación o poder adquisitivo fueron consideradas en su mayoría “un peligro para la sociedad”, a diferencia de las mujeres que sí tenían (García, Lozano, Arias, 2020).

Adicionalmente, las investigadoras descubrieron que en los juicios de mujeres que cuentan con algún trastorno mental no se investiga ni castiga en ningún momento al padre del feto, a pesar de que en uno de los casos estudiados hubo pruebas de violencia sexual. Por lo tanto, concluyen que “los criterios utilizados se ubican en el borde delicado entre la discriminación por la negación del derecho a decidir de las mujeres con enfermedades mentales y la certeza de su incapacidad para decidir” (García, Lozano, Arias, 2020, p.46).

En suma, explican que la fiscalía y los jueces tienden a tener un sesgo al abordar los casos de aborto debido a que la fiscalía ha omitido el fundamento de la no persecución y hay “una tendencia del Ministerio Público en el tratamiento de los delitos de aborto es la interposición del requerimiento fiscal, en vez de aplicar las medidas no-judicializadoras permitidas por la ley penal hondureña” (p.32). De la misma manera, menciona que no se examinan las pastillas ni se cuentan con pruebas científicas del uso de estas para inducir un aborto al momento de enjuiciar:

“De acuerdo a los expedientes analizados sometidos al procedimiento abreviado, todos tienen como factor que en los hechos que relata el Ministerio Público se señala el “hallazgo de pastillas”, la “ingesta de pastillas” o una confesión expresa de la mujer

respecto a haber “utilizado pastillas” o de haber “consumido pastillas”. De acuerdo a los expedientes analizados, se puede comprobar que automáticamente a partir de que el Ministerio Público señala el uso de pastillas, la mujer criminalizada se verá sometida a declararse culpable. Esto es especialmente relevante a partir del hecho que, en ninguno de los 47 expedientes analizados, se acredita científicamente el uso de pastillas como medio probatorio, a la vez que identificamos un único caso en el cual esta razón es utilizada por la Defensa Pública exitosamente como argumento para obtener el otorgamiento de sobreseimiento definitivo” (García, Lozano, Arias, 2020, p.31).

Finalmente concluyen lo siguiente:

“El 40% del total de los casos analizados no posee una sentencia, son casos que están para próxima audiencia o tienen una declaración de rebeldía de la imputada con una orden de captura o que quedaron solamente en solicitudes del Ministerio Público de convalidación y extracción de muestras (sangre, orina y otros) o que se encuentran ya fenecidos. El 60% del total de los casos analizados si poseen sentencia, y en el 57% de ellos se les impuso a las mujeres un tipo de condena. Cabe destacar que en el 21% de esos casos en los que existe una condena contra mujeres, fue por la vía de un procedimiento abreviado. Es decir, son mujeres jóvenes que viven en medio de un contexto de violencia, empobrecidas, sin acceso a una educación integral en sexualidad, que acuden a los hospitales públicos en busca de atención ante una emergencia de salud, pero se encuentran en cambio con una denuncia, con un proceso penal, con la recomendación de su abogado de que la “mejor opción” es declararse culpables de un delito para obtener una pena menor. Esta es la cruda representación del abandono y criminalización del Estado en contra de las mujeres hondureñas” (p.50)

En cuanto a la condena, la investigación demostró que la pena promedio interpuesta a las mujeres que fueron condenadas vía proceso ordinario y abreviado por el delito de aborto es de 3.5 años (García, Lozano, Arias, 2020, p.32).

La investigación de García, Lozano y Arias brinda un acercamiento al contexto de la aplicación de la ley hondureña en materia de aborto y demuestra que el Estado vulnera el derecho y el acceso a servicios de salud de las mujeres y niñas. Se prioriza la captura y la persecución de mujeres y niñas que realizaron un aborto y se les castiga, sin abordar la violencia de la que pueden ser víctimas y sin considerar sus necesidades sexuales y reproductivas.

2.1.5 Resoluciones de organismos internacionales en torno a las políticas de la IVE en Honduras

En materia internacional, Honduras ha ratificado y se ha adherido a diferentes tratados internacionales que implican el monitoreo y revisión por parte de comités especializados. Diversos de estos se han pronunciado en contra de la legislación hondureña al penalizar todas las causales del aborto y prohibir la píldora anticonceptiva, ya que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos establecidos en los tratados. A continuación se realiza una recapitulación de las principales observaciones y recomendaciones que se han hecho a Honduras por parte de diferentes comités.

Tabla 8. Recomendaciones y/o Observaciones realizadas a Honduras por parte de comités internacionales en torno al aborto

Órganos internacionales	Tratado que monitorea el órgano	Observaciones y/o recomendaciones
Comité de Derechos Humanos en su observaciones finales sobre el	Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos	“Si bien el Comité toma nota de los esfuerzos del Estado parte para combatir la mortalidad materna en general, está preocupado por el hecho de que toda interrupción voluntaria del embarazo es ilegal e incurre en penas de hasta diez años de prisión, con

<p>segundo informe periódico de Honduras en 2017</p>	<p>(entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y fue ratificada por el Estado hondureño en 1997)</p>	<p>el resultado de una alta tasa de mortalidad debido a abortos inseguros; la prohibición absoluta de anticonceptivos de emergencia, incluso en los casos de violación e incesto; y las altas tasas de embarazo adolescente no deseado (arts. 3, 6, 7, 17 y 26).</p> <p>El Estado parte debería modificar con carácter urgente su legislación para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados y asegurar que no deban recurrir a abortos clandestinos que pudieran poner en peligro sus vidas y salud. En este sentido, el Estado parte debería asegurar el acceso a un aborto legal y seguro incluyendo en los casos de amenaza a la vida o a la salud de la mujer, violación o incesto, y de feto inviable debido a anomalía, y considerar la descriminalización del aborto. El Estado parte debería eliminar la prohibición de la píldora anticonceptiva de emergencia. Debería también mantener estadísticas precisas sobre el impacto de las restricciones sobre el aborto y la píldora anticonceptiva de emergencia, sobre la vida y la salud de las mujeres y las niñas, y multiplicar los programas que aseguren el acceso pleno a la salud sexual y reproductiva, a los anticonceptivos y a la educación para sensibilizar a hombres y mujeres, y niños y niñas en todo el país.” (p.23)</p>
<p>Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: 2º Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Honduras en 2016</p>	<p>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (entró en vigor el 3 de enero de 1976 y fue ratificado por el Estado</p>	<p>“Preocupa al Comité la criminalización del aborto sin excepciones, así como el impacto negativo que tiene la prohibición del uso y distribución de contraceptivos de emergencia en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva por parte de mujeres y adolescentes (art.12).</p> <p>A la luz de su observación general núm. 22 (2016), sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, el Comité recomienda al Estado parte que:</p>

	hondureño en 1981)	<p>a. Revise la actual prohibición del aborto a fin de hacerla compatible con otros derechos fundamentales como el de la salud y la vida de la mujer, así como con su dignidad, especialmente en el marco de la reforma del Código Penal actualmente en discusión;</p> <p>b. Elimine la actual prohibición a la distribución de contraceptivos de emergencia y tome las medidas necesarias para asegurar su accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad para todas las mujeres y adolescentes en el Estado parte;</p> <p>c. Redoble sus esfuerzos para reducir la alta tasa de embarazos de adolescentes, especialmente entre aquéllas pertenecientes a familias de bajos ingresos, y asegure la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en las zonas rurales;</p> <p>d. Incorpore en los programas escolares de la enseñanza primaria y secundaria para ambos sexos una formación, integral y apropiada a cada edad, sobre salud sexual y reproductiva” (p.34)</p>
El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW) en sus 2º Observaciones finales sobre los informes del cuarto al sexto presentados por el Estado adoptadas el 26 de julio de 2007	La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en contra de las Mujeres (entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 y fue ratificada por el Estado	“El Comité exhorta al Estado Parte a que mejore la información sobre la planificación de la familia y los servicios conexos para las mujeres y las niñas, en particular en materia de salud reproductiva y métodos anticonceptivos asequibles, y a que amplíe los cursos de educación sexual focalizados en los niños de ambos sexos, con especial hincapié en la prevención del embarazo en la adolescencia. El Comité insta al Estado Parte a garantizar que sus políticas y decisiones públicas estén de conformidad con su Constitución, que establece el carácter laico del Estado. El Comité recomienda que el Estado Parte examine la posibilidad de reformar la

	hondureño en 1983).	normativa sobre el aborto con miras a determinar en qué circunstancias se puede autorizar, por ejemplo, el aborto terapéutico y el aborto en casos de embarazo resultante de violación o incesto, y a derogar las disposiciones que penalizan a las mujeres que recurren al procedimiento, en consonancia con la recomendación general 24 del Comité, relativa a la mujer y la salud, y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. El Comité exhorta también al Estado Parte a poner a disposición de las mujeres servicios de calidad para atender las complicaciones derivadas de los abortos peligrosos y a reducir la tasa de mortalidad materna.” (p.61)
CEDAW en las 3º Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Honduras en materia de salud de 2016	La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en contra de las Mujeres (entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 y fue ratificada por el Estado hondureño en 1983).	<p>“El Comité acoge con agrado las iniciativas destinadas a reducir la tasa de mortalidad materna, pero le preocupa que el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva en el Estado parte sea limitado. Además, le preocupan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La penalización del aborto sin excepciones, que conlleva que un gran número de mujeres y niñas recurran a abortos en condiciones de riesgo y supone un aumento de la mortalidad materna; b. La prohibición de la promoción, el uso, la venta y la compra de anticonceptivos de emergencia, así como de toda política o programa relacionado con ellos, y de la distribución gratuita o pagada y la comercialización de fármacos anticonceptivos de emergencia, incluso cuando el embarazo es fruto de la violación o el incesto, y que la Corte Suprema de Justicia declarase la constitucionalidad de esa prohibición en 2012; c. La falta de estudios que evalúen los efectos de la penalización del aborto y de la

		<p>prohibición de la prescripción, venta y uso de anticonceptivos de emergencia, incluso en casos de violación e incesto;</p> <p>d. La falta de acceso suficiente de las mujeres a la información sobre su salud y sus derechos reproductivos y sexuales, que aborde comportamientos sexuales responsables, y el hecho de que las mujeres no puedan acceder, de manera razonable y asequible, a servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos, especialmente en la zonas rurales, donde según las estimaciones el 71% de las mujeres no usan anticonceptivos;</p> <p>e. La información insuficiente sobre medidas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.” (p.84)</p>
Comité contra la Tortura en sus 1º Observaciones finales sobre el segundo informe periódico de Honduras de 2016		<p>“Preocupan al Comité las restricciones al acceso al aborto, especialmente para las víctimas de violación, establecidas en la legislación penal del Estado parte, que solo permite la interrupción voluntaria del embarazo cuando existe riesgo para la vida de la madre. 48. El Comité recomienda al Estado parte que vele por que las mujeres, especialmente las víctimas de violación, que voluntariamente decidan interrumpir su embarazo tengan acceso a abortos legales y en condiciones seguras.” (p. 97)</p>
Comité de los Derechos del Niño y la Niña en sus 3º Observaciones finales sobre el tercer informe presentado por el Estado adoptadas el 19 de enero de	Convención sobre los Derechos del Niño (entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y fue	<p>“a. La tasa elevada de embarazos en la adolescencia y la persistencia de la falta de servicios de salud reproductiva;</p> <p>b. El más elevado riesgo de mortalidad derivada de la maternidad a que se exponen las muchachas que quedan embarazadas, entre otras cosas, debido a que a menudo recurren a formas de aborto clandestinas; (...)” (p,104)</p>

2007	ratificada por el Estado hondureño ese mismo año.)	Y en sus recomendaciones establece que: “d. Despenalice el aborto en todas las circunstancias y examine su legislación con miras a garantizar el acceso de las niñas al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto. En las decisiones relativas al aborto siempre se debe tener en cuenta y respetar la opinión de la niña afectada.” (p.111)
Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su informe Situación de derechos humanos en Honduras publicado el 27 de agosto de 2019	Órgano consultivo de la Organización de Estados Americanos (OEA) y los tratados ratificados de la Convención Americana	“ (...)la Comisión advirtió que la criminalización absoluta del aborto, al imponer una carga desproporcionada en el ejercicio de los derechos de las mujeres, resulta contrario a las obligaciones internacionales que tiene el Estado de respetar, proteger y garantizar los derechos de las mujeres a la vida, a la salud y a la integridad. Como ha señalado la Comisión en ocasiones anteriores, la criminalización absoluta del aborto tiene consecuencias directas en las cifras de morbilidad y mortalidad materna. Sin opciones legales, seguras y oportunas tales como embarazos de riesgo para la vida de la mujer, resultados de violencia sexual, o incompatibles con la vida extrauterina, muchas mujeres han de someterse a prácticas peligrosas e incluso mortales, se abstienen de requerir servicios médicos o tienen emergencias obstétricas sin la necesaria atención médica. La Comisión recuerda que el derecho a la salud reproductiva trata de todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo así como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Para mantener su salud sexual y reproductiva, las mujeres, niñas y adolescentes han de tener acceso a información veraz y oportuna, y a un método anticonceptivo de su elección que sea legal, seguro, eficaz, asequible y aceptable”. (p.97)*

<p>Oficina de país del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH-Honduras) en el informe presentado en su 36° periodo de sesiones y distribuidas el 9 de febrero de 20172</p>	<p>Supervisa la situación en materia de derechos humanos en el país y proporciona capacitación y asistencia técnica a las instituciones del Estados (fue creado en 2015)</p>	<p>“62. El Alto Comisionado: Insta al Estado, y en particular al Congreso, a que reforme la legislación y permita el aborto al menos en los casos de violación o incesto, amenazas a la vida o la salud de la mujer y malformaciones graves del feto, de acuerdo con las obligaciones regionales e internacionales del Estado”(p.17)**</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaboración propia con información recuperada del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de Derechos de las Mujeres (CLADEM) (2018b) *Jurisprudencia sobre Derechos Humanos de las Mujeres 2018 Honduras*.

*Recuperado de IPAS Centroamérica y México (2020a) *El aborto en el sistema internacional de derechos humanos Honduras, 2020*.

**Recuperado de Plataforma Derechos Aquí y Ahora (sf.) *Compilación de recomendaciones dirigidas al estado de Honduras desde mecanismos jurídicos internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos*.

Como se puede observar anteriormente, se insta en diferentes ocasiones al estado hondureño a replantear esta legislación pues se encuentra en discrepancia con los principios de los diferentes comités internacionales y se considera una amenaza a los derechos humanos de las mujeres y niñas hondureñas. Es necesario destacar que:

“Honduras ha ratificado todos los tratados de derechos humanos de la ONU, sin embargo, no ha ratificado algunos protocolos y ha hecho reserva de algunos artículos para no permitir la presentación y conocimiento de denuncias sobre casos individuales, por lo que las recomendaciones u observaciones finales derivadas de los exámenes de país, se convierten en la principal herramienta para el monitoreo del cumplimiento de las obligaciones derivadas de los tratados internacionales de derechos humanos” (Plataforma Derechos aquí y ahora, sf., p.10)

Por lo tanto, es necesario que Honduras considere las recomendaciones de los diferentes mecanismos internacionales para poder aplicar las obligaciones que se compromete al momento de adherirse y firmar tratados internacionales. Considerando lo anterior, se demuestra que la completa penalización del aborto es considerada en el ámbito internacional una violación a los derechos humanos de las mujeres e incluso es considerada tortura por algunos de comités. De igual forma, los diferentes comités hacen énfasis en el impacto en materia de salud de estas legislaciones, coincidiendo en que el aborto más que un tema de moral, es un tema de salud pública.

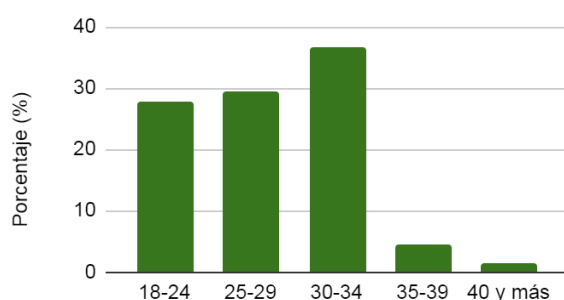
Capítulo 3. Encuestas

Se realizó una encuesta dividida en tres secciones. La primera sección abarca el acceso a servicios de salud pública reproductiva; la segunda se centra en las mujeres que han tenido embarazo; y la tercera busca conocer si las mujeres entrevistadas considerarían realizar un aborto.

Se esperaba obtener una muestra de 50 mujeres, sin embargo, se obtuvieron 68 respuestas de mujeres que radican en diferentes zonas de Honduras. Lo anterior permitió tener una muestra más amplia. Para obtener esta muestra, organizaciones y colectivos en Honduras colaboraron compartiendo la encuesta. De igual forma, se utilizaron los servicios de Alejandra Hernández, periodista y encuestadora hondureña que fue contactada vía LinkedIn. Es indispensable considerar que se compartió un aviso de privacidad de los datos con las mujeres que contestaron la encuesta, asegurando que se usaría la información únicamente para fines académicos y que no se compartirán sus datos de contacto. A continuación se muestran los resultados de la encuesta:

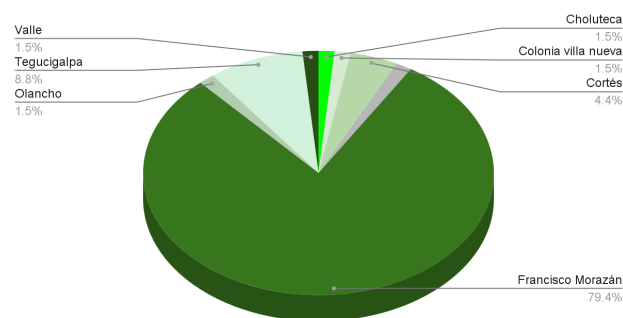
3.1 Acceso a servicios de salud pública reproductiva

Gráfica 10. Edad



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 11. Distrito de residencia (en porcentaje)



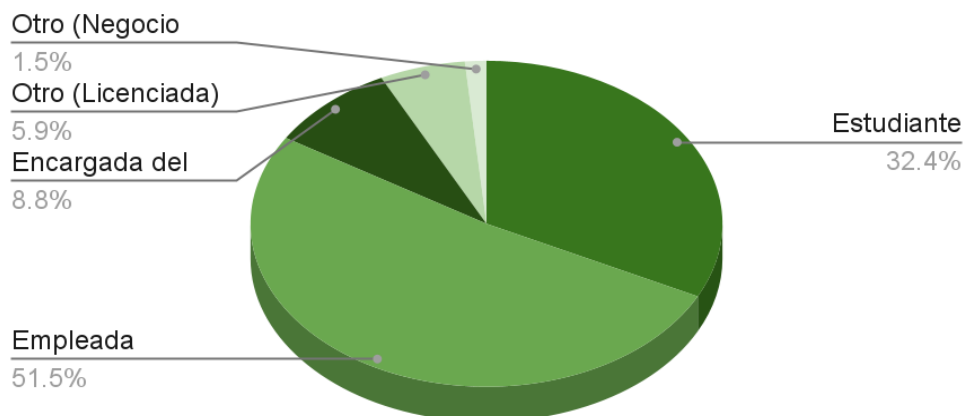
Fuente: Elaboración propia

El rango de edad con el porcentaje más alto es de 30 a 34 años con el 36.8%. Las mujeres con edad de 25 a 29 años representan el 29.4%; de 18 a 24 años representan el 27.9%; y con los porcentajes más bajos, se encuentran las mujeres de 35 a 39 años con 4.4%, y de 40 años en adelante con el 1.5%. En promedio, la edad de las encuestadas es de 27.11 años de edad. La moda es de 30 años de edad y la mediana es 28 años.

Por otro lado, la división territorial de la República de Honduras comprende 18 departamentos. El departamento al que pertenece la mayor cantidad de encuestadas es Francisco Morazán con 79.4% de la muestra, posteriormente se encuentra el distrito de Tegucigalpa (8.8%) y Cortés (4.3%). Adicionalmente, se encuestó a una persona (1.5% cada una) de los siguientes distritos: Choluteca, Colonia Villa Nueva, Distrito Central, Olancho y Valle.

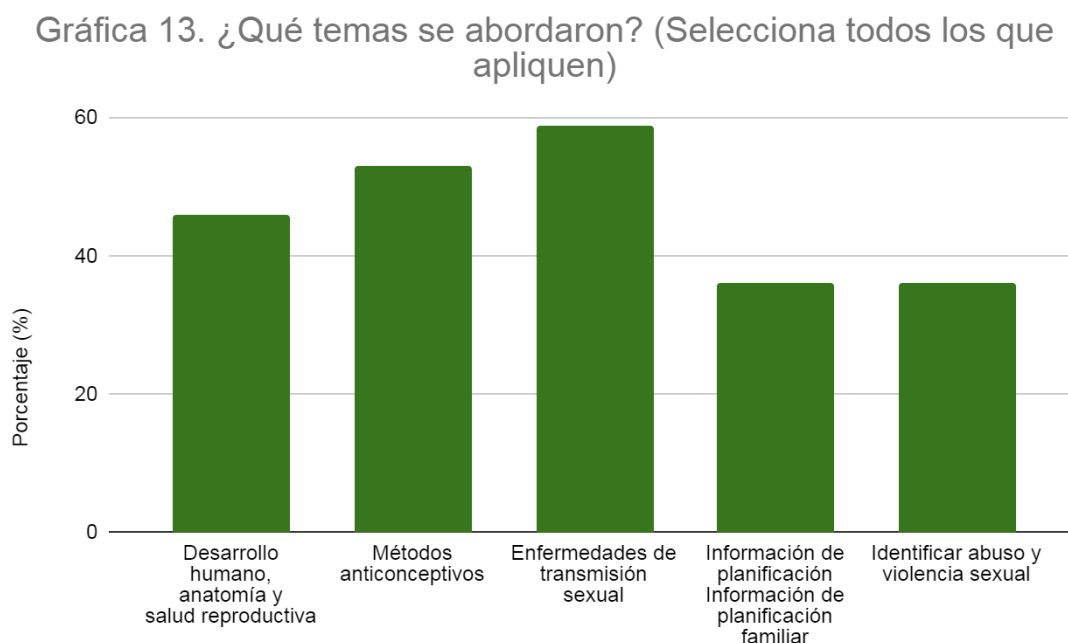
En cuanto a la profesión, 51.5% de las encuestadas son empleadas; 32.4% son estudiantes; 8.8% son encargadas del hogar; 5.9% son Licenciadas y 1.5% cuenta con su negocio propio.

Gráfica 12. Profesión (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia

El 92.3% confirmó haber recibido educación sexual y el 7.4% lo negó. A continuación se pueden observar en la gráfica 13 los temas que se abordaron en dichas clases:



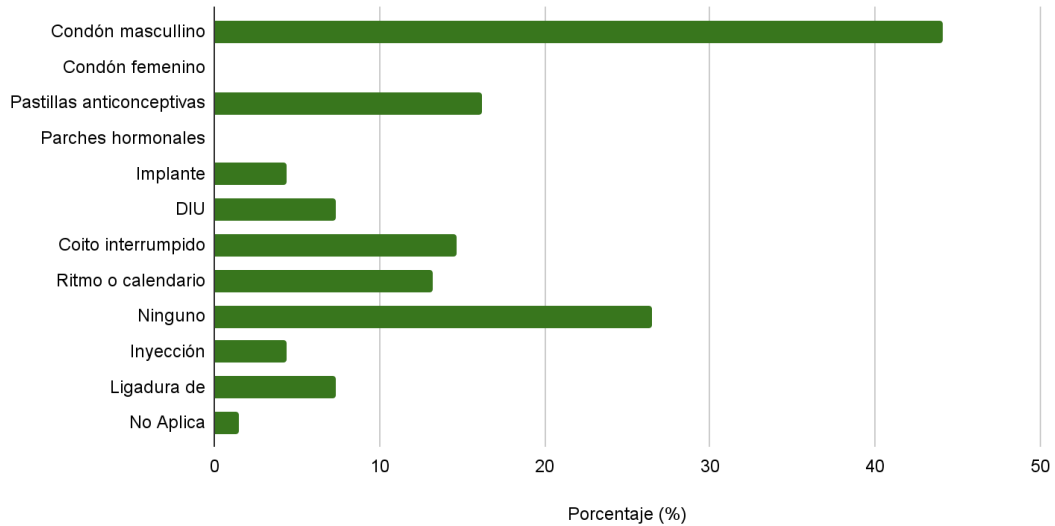
Fuente: Elaboración propia

El 92.6% de las encuestadas afirmó haber recibido educación sexual y el 7.4% no recibió educación sexual. En cuanto a los temas que se abordaron, los que cuentan con mayor frecuencia son: enfermedades de transmisión sexual (94%), métodos anticonceptivos (84%), desarrollo humano y anatomía y salud reproductiva (73%). Por otro lado, con el menor porcentaje (53%) se encuentran: información de planificación familiar y violencia sexual.

Por otro lado, el 67.6% de las encuestadas afirma que no cuenta con una vida sexual activa, y el 32.4% afirma contar con una vida sexual activa. En cuanto al uso de anticonceptivos, se puede observar en la gráfica que predomina el condón masculino (44%) y ninguno (26%). Posteriormente, las pastillas anticonceptivas (16%), el coito interrumpido (15%) y el ritmo o

calendario (13%,) son los más comunes. Es importante resaltar que el 7% (5 mujeres) se realizaron la ligadura de trompas o esterilización. Una encuestada contestó que No Aplica porque no ha iniciado su vida sexual.

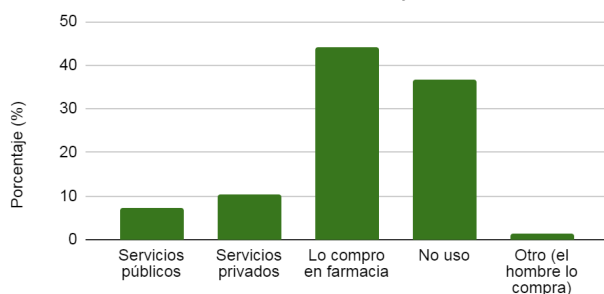
Gráfica 14. ¿Qué método/métodos anticonceptivos usas? Selecciona todas las que apliquen)



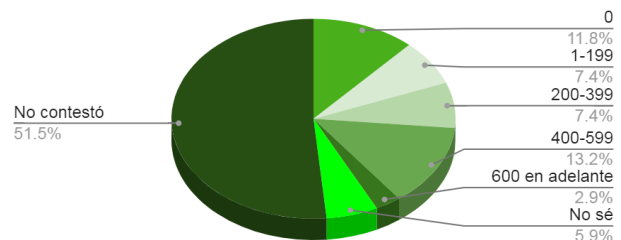
Fuente: Elaboración propia

Considerando la información anterior, las encuestadas contestaron cómo consiguen y cuánto gastan en métodos anticonceptivos. En cuanto a la primera cuestión, 44.1% lo compra en farmacia, 36.8% afirmaron que no usan, 10.3% los consiguen en servicios privados y únicamente el 7.4% los consiguen en servicios públicos. En promedio las mujeres gastan \$258.3 lempiras mensualmente en métodos anticonceptivos.

Gráfica 15. En caso de utilizar, ¿Cómo consigues los métodos anticonceptivos?



Gráfica 16. ¿Cuánto gastas en métodos anticonceptivos mensualmente? (En lempiras)

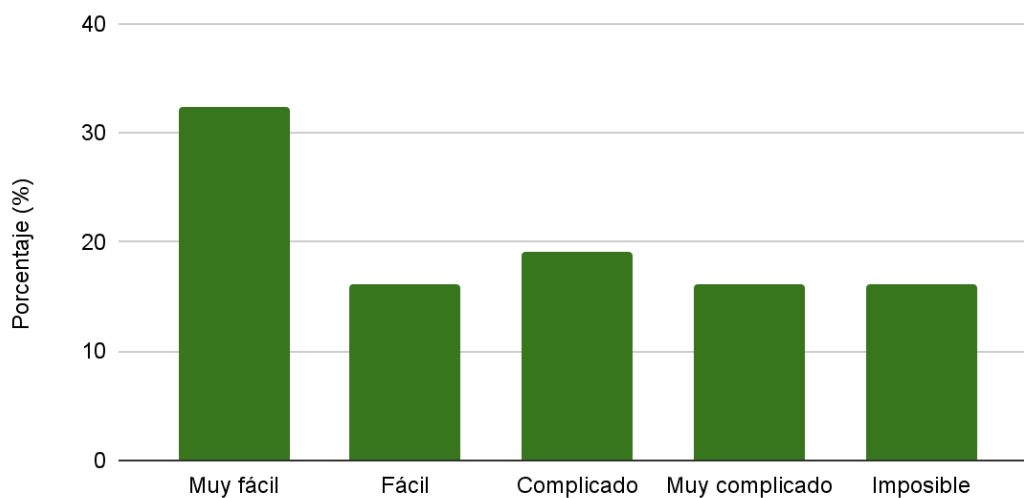


Fuente: Elaboración propia

Fuente: Elaboración propia

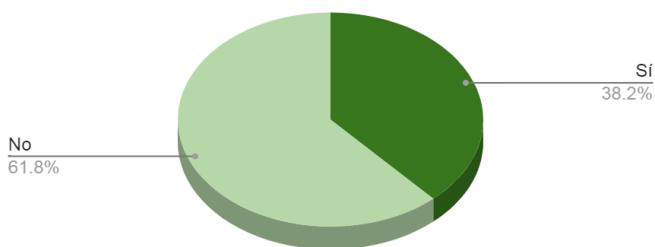
Posteriormente, se preguntó a las encuestas qué tan fácil consideran que es su acceso a métodos anticonceptivos gratuitos y se obtuvieron los siguientes resultados: 32.4% considera que es muy fácil; 16.2% afirma que es fácil; 19.1% afirma que es complicado; 16.2% afirma que es muy complicado; y finalmente, 16.2% consideró que es imposible conseguirlos.

Gráfica 17. ¿Qué tan fácil consideras que es tu acceso a los métodos anticonceptivos gratuitos?



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 18. ¿Cuentas con acceso a atención ginecológica pública? (en porcentaje)

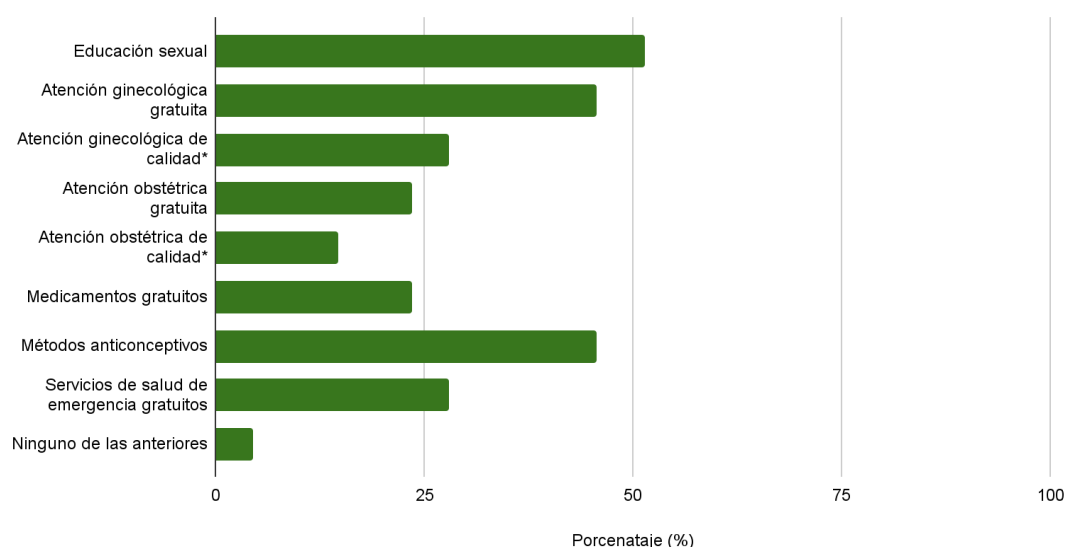


Fuente: Elaboración propia

A continuación, se abordó el acceso a atención ginecológica gratuita. El 38.2% afirmó que cuenta con atención ginecológica gratuita y el 61.8% no cuenta con este servicio. La siguiente pregunta hace referencia a si se han sentido seguras o no al recibir atención ginecológica pública, y únicamente el 14.7% respondió que sí, mientras que el 47.1% respondió que no y el 38.2% no respondió.

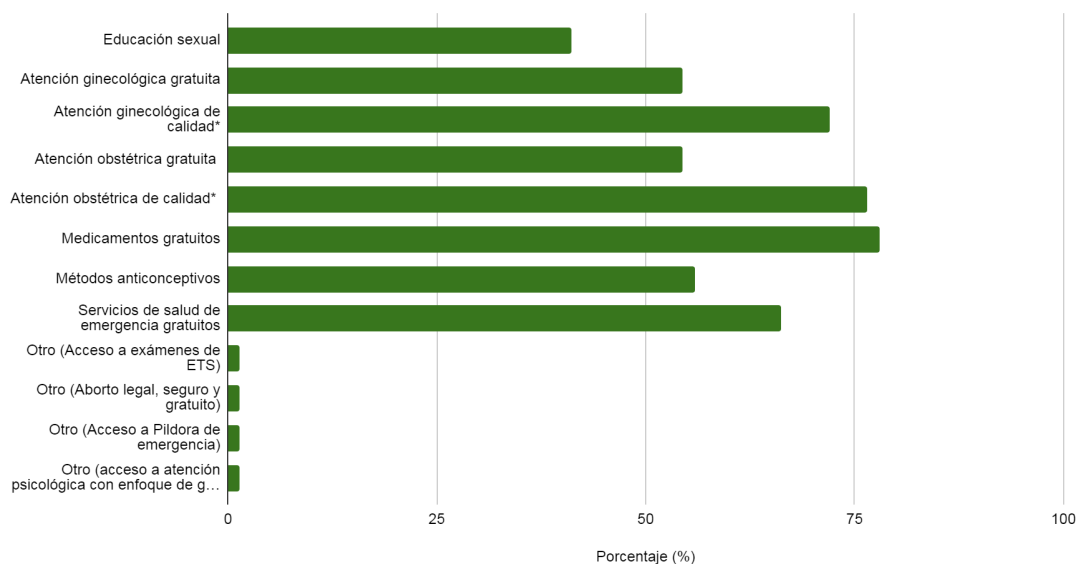
De igual forma, el 11.8% mencionó que le negaron un servicio o atención médica reproductiva. De este 11.8%, los servicios negados fueron los siguientes: planificación y aplicación de métodos anticonceptivos (50%), esterilización (37.5%) y prueba de papanicolaou (12.5%). Para finalizar con esta sección, se abordan las necesidades y vulnerabilidades en torno a la salud sexual y reproductiva y se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfica 19. ¿Cuáles son las necesidades en torno a tus derechos sexuales y reproductivos que consideras están cubiertas? (Selecciona todas las que apliquen)

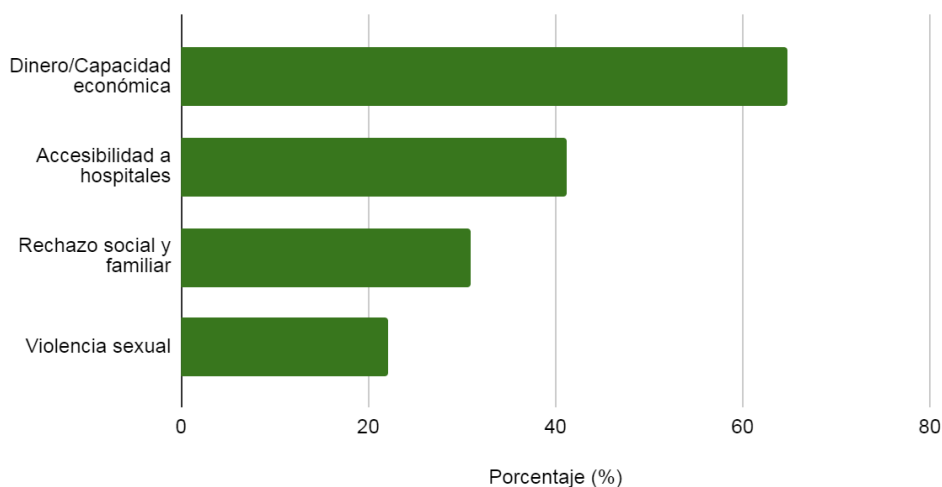


Fuente: Elaboración propia

Gráfica 20. ¿Cuáles son las necesidades en torno a tus derechos sexuales y reproductivos que consideras NO están cubiertas? (Selecciona todas las que apliquen)



Gráfica 21. ¿En qué aspecto te sientes vulnerable en torno a tus derechos reproductivos y sexuales?



Fuente: Elaboración propia

**En la encuesta se especificó que por calidad se entiende lo siguiente: los servicios fueron eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes. Esta definición fue recuperada de lo establecido por la ONU en Servicios Sanitarios de Calidad (2020).*

Como se puede observar en las gráficas, las principales necesidades que están cubiertas son: educación sexual (51%), atención ginecológica gratuita (46%), métodos anticonceptivos (46%), atención ginecológica de calidad (28%) y servicios de salud de emergencia gratuitos (28%). De igual forma, es indispensable destacar que el 4% expresó que ninguna de las anteriores estaban cubiertas.

En cuanto a los servicios que no consideran cubiertos, se destacan los medicamentos gratuitos (78%) y atención obstétrica de calidad (76%). Adicionalmente, las encuestadas agregaron necesidades que no estaban contempladas en la muestra: “exámenes gratuitos de enfermedades de transmisión sexual”, “aborto legal, seguro y gratuito”, “acceso a pildora de emergencia” y “acceso a atención psicológica con enfoque de género”.

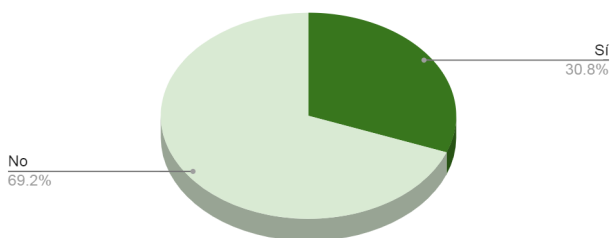
Finalmente, la vulnerabilidad con mayor frecuencia fue el acceso a servicios de salud ginecológica gratuita y de calidad (82%) y servicios de salud obstetricia gratuita y de calidad (72%). De igual forma, el dinero o la capacidad económica representó una vulnerabilidad para el 65% de las encuestadas; la accesibilidad a los hospitales para el 41%; el rechazo social y familiar para el 31%); y la violencia sexual para el 22%.

3.2 Mujeres que han tenido embarazo

La segunda sección abarca a las mujeres que han tenido uno o varios embarazos y tiene la finalidad de brindar un acercamiento en torno a la salud obstétrica de las mujeres hondureñas.

De la muestra total, el 38% (26 encuestadas) afirmaron haber estado embarazadas. El 25% (17 encuestadas) han tenido un embarazo, el 12% (8 encuestadas) han tenido dos embarazos y el 1% (1 encuestada) ha tenido tres embarazos. El 20.6% (14 encuestadas) afirmó tener una hijo/un hijo y el 10.3% (7 encuestadas) afirmó tener dos hijas/hijos. La mediana es cero hijos, al igual que la moda.

Gráfico 22. Durante un embarazo, ¿alguna vez consideraste abortar/interrumpirlo?



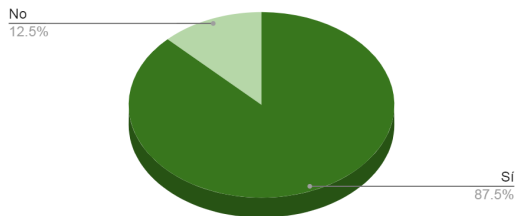
Del 100% de las encuestadas que han tenido un embarazo (es decir, el 18% de la muestra), el 30.8% (8 encuestadas) consideró interrumpir un embarazo mientras que el 69.2% (18 encuestadas) no consideró interrumpirlo.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las razones por las que el 30.8% consideró abortar destacan: el 50% mencionó que no quería continuar el embarazo, el 37.5% mencionó que la razón fue la edad y el 12.5% mencionó que la razón fue la salud del feto.

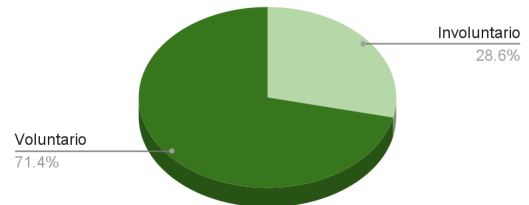
Del 100% de las encuestadas que consideraron realizar un aborto (8 encuestadas), el 87.5% tuvo un aborto, mientras que el 12.5% no tuvo un aborto.

Gráfica 23. ¿Has tenido un aborto?*



Fuente: Elaboración propia

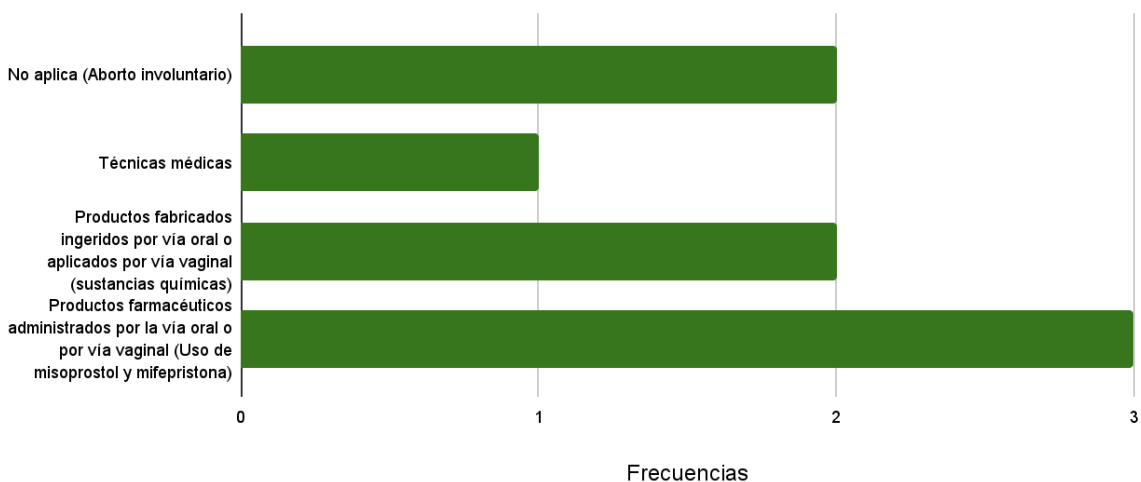
Gráfica 24. ¿Qué tipo de aborto fue?



Fuente: Elaboración propia

De las mujeres que tuvieron un aborto, el 71% (5 encuestadas) tuvieron un aborto voluntario, mientras que el 29% (2 encuestadas) tuvo un aborto involuntario. Es importante considerar que de las dos encuestadas que tuvieron un aborto involuntario, una de ellas no consideró interrumpir el embarazo mientras que la otra sí consideró interrumpirlo y la razón fue porque no quería tenerlo. A continuación se muestra una gráfica de los métodos empleados en los casos de aborto voluntario:

Gráfica 25. En caso de haber realizado una interrupción voluntaria, ¿qué método empleaste?



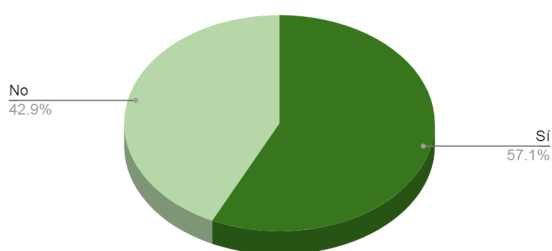
Fuente: Elaboración propia

Los métodos con más frecuencia empleados fueron los productos farmacéuticos administrados por la vía oral o por vía vaginal (misoprostol y mifepristona) con el 37.5%; el siguiente método con mayor frecuencia (25%) fueron productos fabricados ingeridos por vía oral o aplicados por la vagina (sustancias químicas); y finalmente, los métodos con técnicas médicas representaron el 12.5%. El 25% (2 encuestadas) no utilizaron ningún método debido a que fue aborto involuntario. Adicionalmente, una encuestada utilizó dos métodos: productos farmacéuticos administrados por la vía oral o por la vagina (misoprostol y mifepristona), y técnicas médicas (dilatación y legrado, succión o aspiración al vacío).

El 57.1% (4 encuestadas) que tuvieron un aborto sí recibieron atención médica durante el proceso, mientras que el 42.9% (3 encuestadas) no recibió atención médica durante el proceso. Es de suma importancia resaltar que las tres mujeres que no recibieron atención médica tuvieron un aborto voluntario.

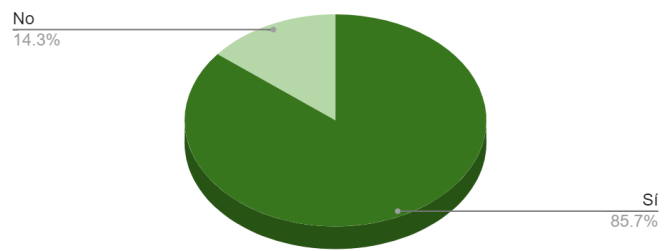
Por otro lado, el 85.7% (6 encuestadas) de las mujeres que tuvieron un aborto recibieron atención médica posterior al aborto, mientras que el 14.3% (1 encuestada) no recibió. De igual manera, es de suma importancia resaltar que en el caso de la persona que no recibió atención médica posterior al aborto, tampoco recibió atención durante el procedimiento, y fue un caso de aborto voluntario, en el cual utilizó el método de sustancias químicas ingeridas vía oral o vía vaginal.

Gráfica 26. ¿Recibiste atención médica durante el aborto/interrupción del embarazo?



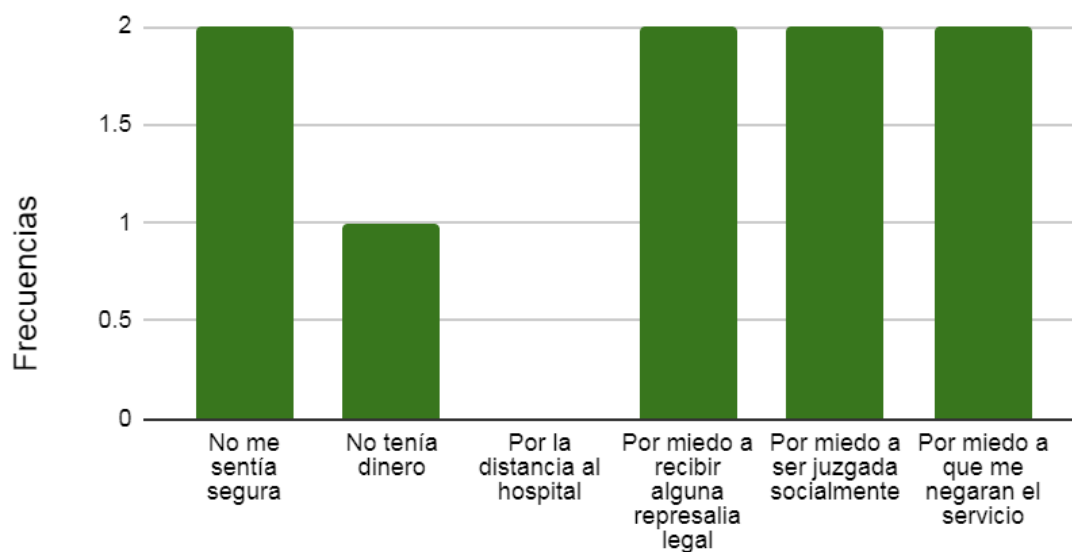
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 27. ¿Recibiste atención médica posterior el aborto/interrupción del embarazo?



Fuente: Elaboración propia

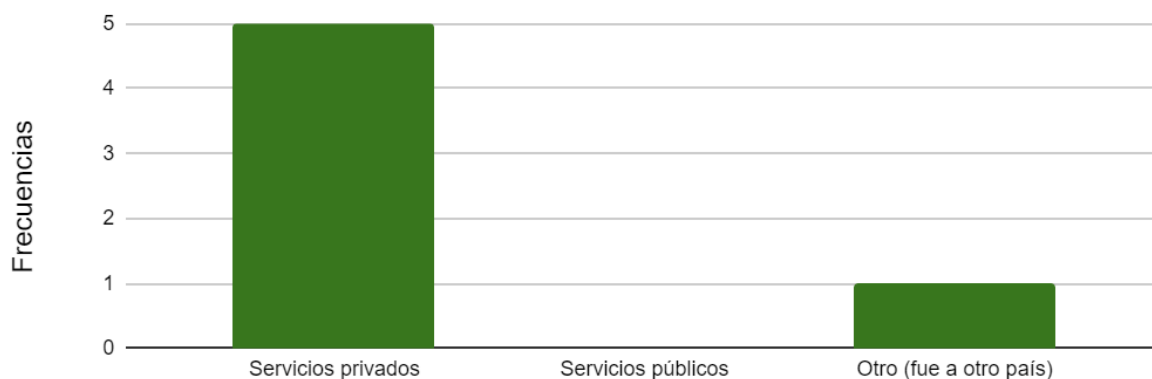
Gráfica 28. ¿Por qué razón no recibiste atención médica?



Fuente: Elaboración propia

De las encuestadas que recibieron atención médica posterior al aborto, el 83.3% (5 encuestadas) recibieron atención médica en servicios privados y el 16.7% (1 encuestada) realizó el procedimiento en otro país. Por lo tanto, ninguna encuestada recibió atención médica en servicios públicos.

Gráfica 29. En caso de ser afirmativo, ¿en dónde recibiste atención médica posterior al aborto/interrupción del embarazo?



Fuente: Elaboración propia

Posteriormente, se preguntó si estos servicios fueron de calidad, y el 83.3% afirmaron que fue de calidad mientras que el 16.7% negó haber recibido servicios de calidad. Este último caso explicó que la razón de ello fue porque no estaban centrados en la persona y no fueron servicios integrados.

Por otro lado, el 66.7% (4 encuestadas) se sintió segura, y cada una explicó fue así por las siguientes razones:

1. “recibir atención en un hospital privado”
2. “la ginecóloga era mujer”
3. “fue un servicio profesional”
4. “recibir atención en otro país”

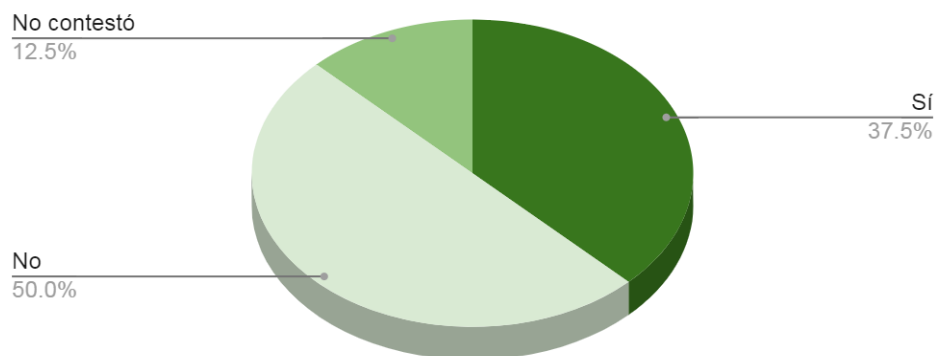
En cuanto al 33.3% (2 encuestadas) que no se sintió segura, explicaron que se debió a las siguientes razones:

1. “sentía que me culpabilizan”
2. “tenía miedo a que deducieran que el aborto había sido provocado, en el país esta penalizado el aborto”

Finalmente, la encuesta se enfocó en el efecto que tiene la penalización en la decisión de interrumpir un embarazo. En cuanto a lo anterior, del 30.8% (8 encuestadas) que consideró interrumpir un embarazo, la posibilidad de ir a la cárcel no influyó en la decisión de abortar en el 50%; en 37.5% sí influyó, y el 12.5% no contestó.

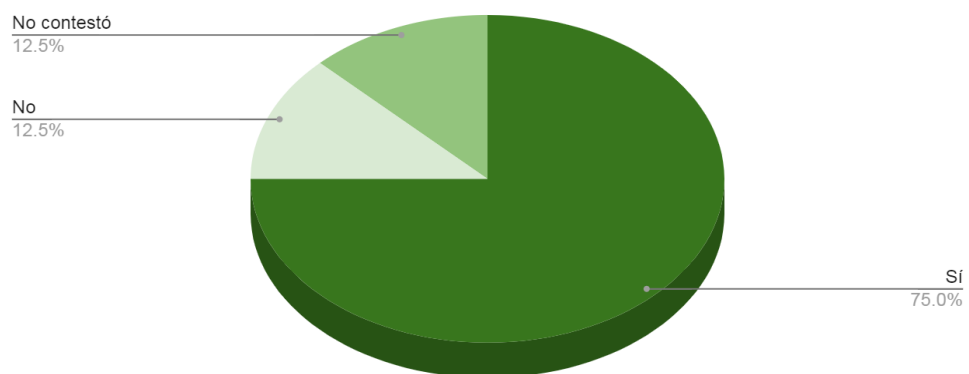
En cuanto al impacto que tienen las represalias legales al buscar atención médica, el 75% mencionó que la posibilidad de ir a la cárcel influyó en su decisión de buscar o no atención médica, mientras que no influyó para el 12.5% (este caso fue un aborto involuntario y recibió atención médica durante y después del proceso en servicios privados).

Gráfica 30. ¿La posibilidad de ir a la cárcel influyó en tu decisión de abortar/interrumpir tu embarazo?



Fuente: Elaboración propia

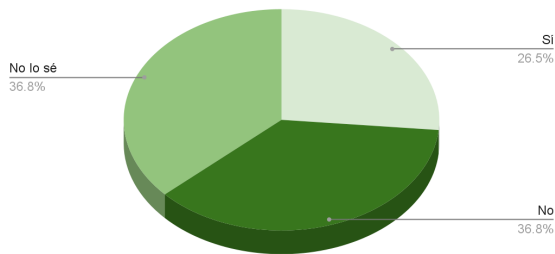
Gráfica 31. ¿La posibilidad de ir a la cárcel influyó en tu decisión de buscar o no buscar atención médica al abortar/interrumpir tu



Fuente: Elaboración propia

3.3 ¿Las mujeres entrevistadas considerarían realizar un aborto?

Gráfica 32. Si te embarazaras en este momento de tu vida ¿considerarías interrumpir tu embarazo?

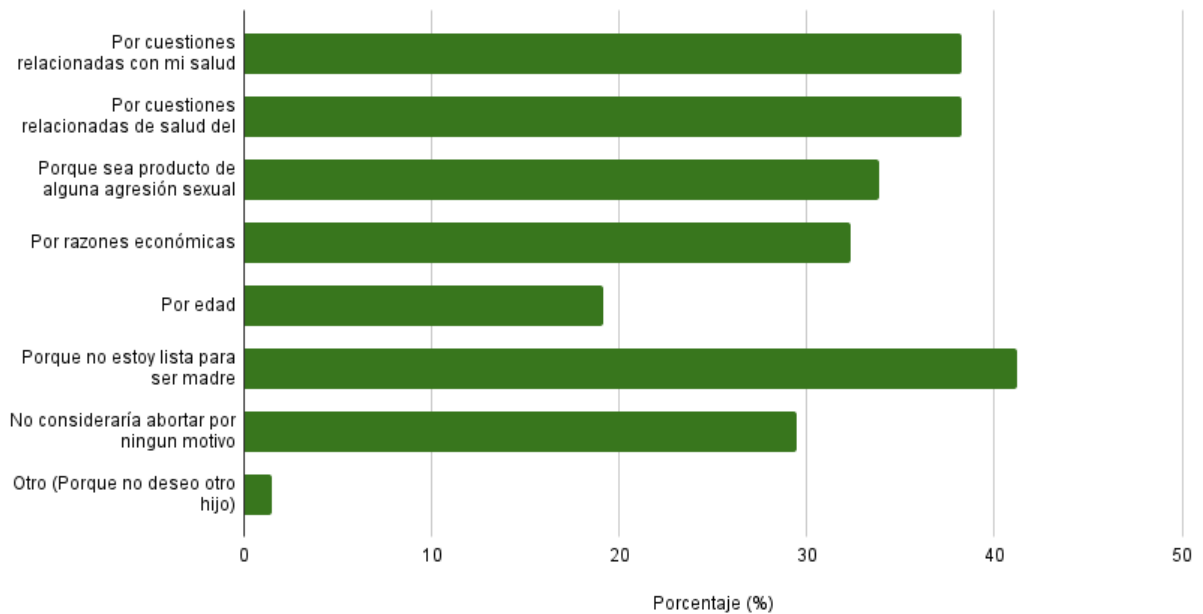


La última sección busca obtener un acercamiento de la percepción actual en torno al aborto.

El 26.5% de la muestra afirmó que consideraría la interrupción voluntaria en caso de embarazarse actualmente, 36.8% mencionó que no abortaría y el 36.6% restante no sabría con certeza qué decisión tomar.

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 33. ¿Por qué razones considerarías interrumpir tu embarazo? (Selecciona todas las que apliquen)

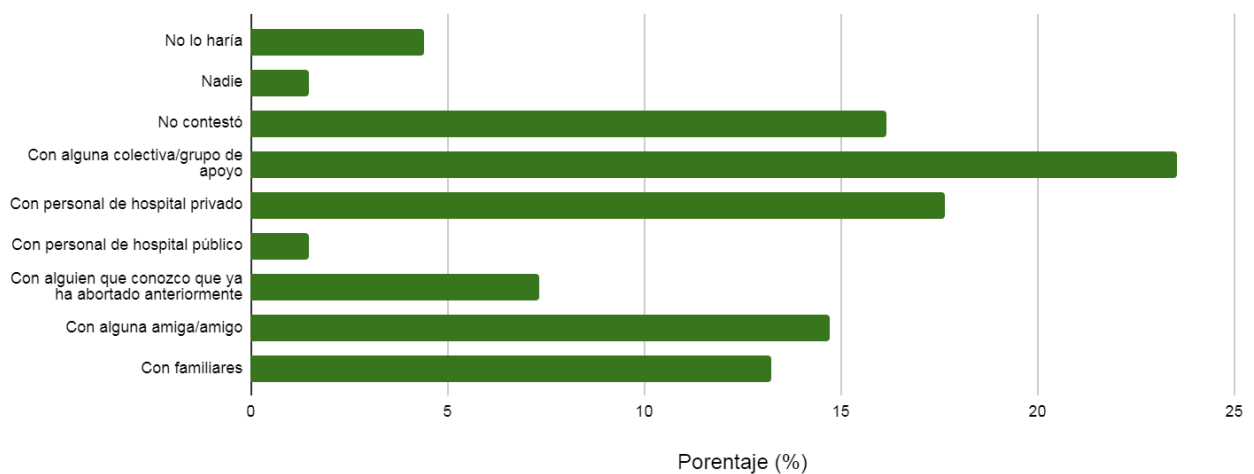


Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la gráfica, la principal razón por la que las mujeres considerarían realizar el procedimiento es porque no están listas para ser madres (41.2%). De igual manera, otras razones que destacan son: salud (38.2%), salud del feto (38.2%), agresión sexual (33.8%), razones económicas (32.4%), por edad (19.1%) y porque ya no desean otro hijo (1.5%). El 29.4% expresó que no consideraría abortar por ningún motivo.

Posteriormente, se preguntó a quién acudirían en caso de llevar a cabo el procedimiento. El 23.5% acudiría con una colectiva o grupo de apoyo, el 17.6% iría a un hospital privado, el 14.7% con amigos/amiga, el 13.2% con familiares, el 7.4% con alguien que conoce que ya ha abortado previamente, y únicamente el 1.5% acudiría a un hospital público. El 16.2% no contestó, el 4.4% contestó que no lo haría y el 1.5% mencionó que “no acudiría con nadie”. A continuación se puede observar la gráfica:

Gráfica 34. En caso de interrumpir tu embarazo, ¿a quién acudirías?

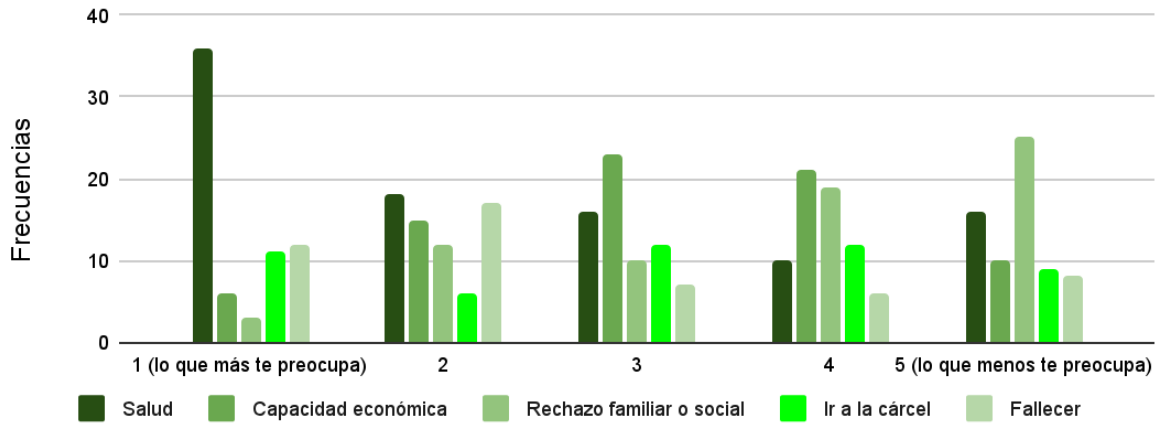


Fuente: Elaboración propia

Finalmente se preguntó por los factores o las cuestiones que más preocupan en caso de interrumpir el embarazo. En primer y segundo lugar se encuentra la salud con una frecuencia de 36 encuestadas que lo posicionaron como primera preocupación; y 18 que lo posicionaron en segundo lugar. De igual forma, en el segundo lugar destaca fallecer como una preocupación alarmante (17 encuestadas). En tercer y cuarto lugar se encuentra la capacidad

económica (23 encuestadas) y en el quinto lugar se encuentra el rechazo familiar, siendo lo que generó menor preocupación en las encuestadas (23 encuestadas). Es de suma importancia recalcar que 11 encuestadas tienen como primera preocupación ir a la cárcel.

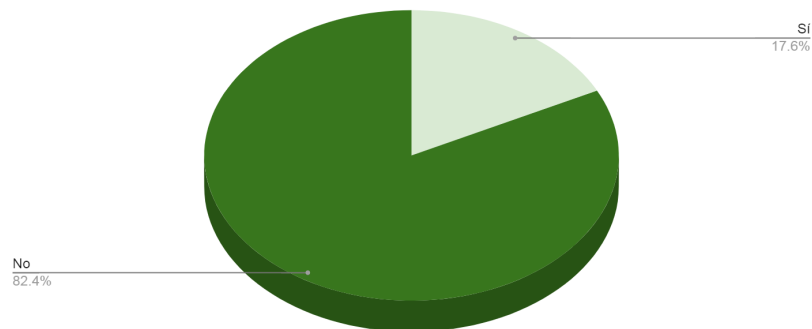
Gráfica 35. ¿Cuáles son los factores que más te preocupan en caso de interrumpir un embarazo?



Fuente: Elaboración propia

Considerando que la salud se encuentra como la principal preocupación, el 82.4% no iría a un hospital público para recibir atención médica posterior a la interrupción del embarazo por alguna complicación médica, por otro lado, el 17.5% afirmó que sí lo haría.

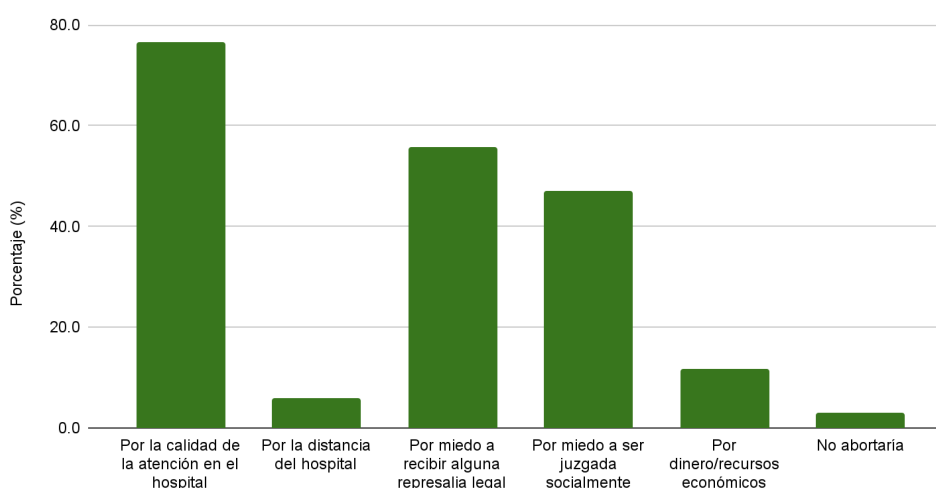
Gráfica 36 ¿Irirías a un hospital público para recibir atención médica posterior a la interrupción del embarazo por alguna complicación médica?



Fuente: Elaboración propia

De las principales razones por las que no buscarían atención médica en instituciones públicas destacan: 76.5% mencionó que por la calidad de la atención del hospital y el 55.9% explicó que por miedo a recibir una represalia legal. Otras razones son: por miedo a ser juzgada socialmente (47.1%), por dinero/recursos económicos (11.8%) y por la distancia del hospital (5.9%). El 2.9% marcó que no aplicaría porque no abortaría por ninguna razón.

Gráfica 37. En caso de ser negativa la respuesta ¿por qué? (Selecciona todas las que apliquen)

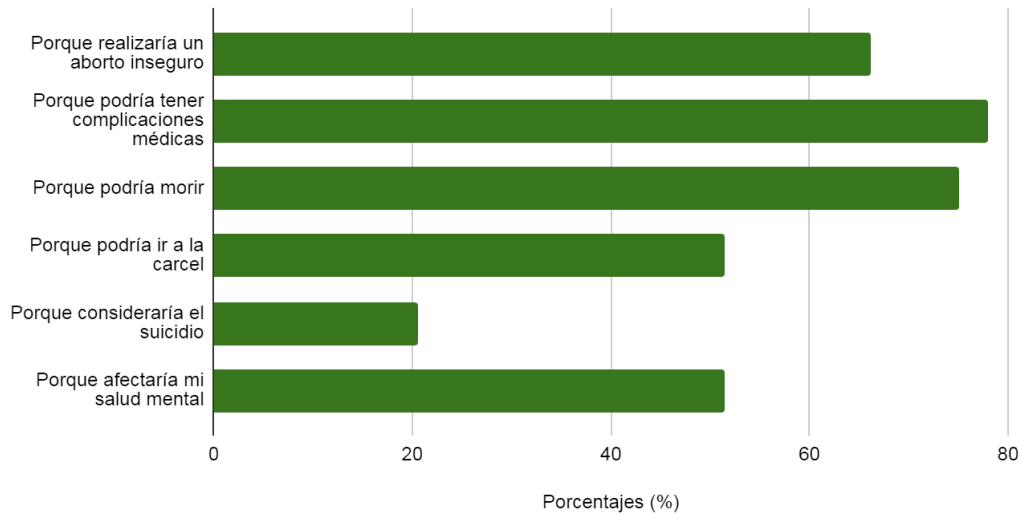


Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, el 94.1% dijo que no se sentiría segura en un hospital pública al ser atendida por un aborto y únicamente el 5.6% dijo que sí. Lo anterior es de suma importancia ya que esto podría ser una razón para no buscar atención médica. En suma, el 98.5% considera que un aborto voluntario realizado en la clandestinidad pondría en riesgo su vida. Las principales razones por las que consideran que estarían en una situación de peligro son complicaciones médicas (77.9%) y fallecer (75%). Otras razones que destacan son: realizar un aborto inseguro (66.2%), ir a la cárcel (51.5%), salud mental (51.5%) y considerar el suicidio

(20.6%). Esta última cifra es particularmente alarmante y posteriormente se hablará al respecto.

Gráfico 38. Razones por las que consideras que un aborto realizado en la clandestinidad pondría en riesgo tu vida



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, se decidió dejar un espacio en blanco para que las mujeres que quisieran pudieran comentar y compartir algún mensaje acerca de sus experiencias. A continuación se muestran las respuestas:

“En Honduras deberían de despenalizarse el aborto porque violenta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Además, los temas sobre la sexualidad siguen siendo temas tabu de los que no se deba hablar. La desinformación es parte del problema, porque no nos enseñan a prevenir un embarazo no deseado o a cuidarnos de enfermedades de transmisión sexual, simplemente ignoran, castigan y juzgan por algo que debería hablarse con normalidad y por prevención”

“Es de vital importancia llevar un aborto asistido , como acceso a la salud emocional posterior al aborto por el rompimiento de las creencias sociales ya establecidas. Es de suma urgencia que se les de un seguimiento médico a la mujer que aborta, como también que las pastillas para abortar sigan siendo un negocio lucrativo de ONG's o personas que se benefian de las mujeres.”

“En Honduras la ley prohíbe el aborto y en caso de realizarlo es penalizado. Las mujeres tampoco tenemos derecho a pastillas del día después y, en la mayoría de casos, los hospitales no facilitan métodos anticonceptivos. Todo esto está relacionado con la intromisión de sectores conservadores, incluida la iglesia.”

“Creo que en este momento en Honduras hay que rescatar la salud y sus atenciones par así poder brindar a las mujeres que por un u otra razón abortan garantizarles seguridad, atención de calidad y seguimiento ante un. Proceso doloroso, tomando en cuenta la aprobación de l legalización del aborto”

“Si en Honduras fuera legal el aborto bajo cualquier circunstancia se reduciría la tasa de niños huérfanos, la pobreza y de niños analfabetas, porque muchas personas deciden tenerlos porque no les queda de otra y esos niños naces y carecen de una vida de calidad.”

“Exigir nuestros derechos sexual y derechos reproductivos es muy importante, porque no solamente velamos por nuestros intereses sino que también por los de toda la población, pero llegamos a ser vistos de forma fea.”

“Se hace mercado negro con las Misoprostol o cytotec, precios exageradamente altos. Enviame la PAE es prohibida, y aunque en algunas farmacias la venden siempre te quedan viendo de forma juzgadora.”

“En Honduras no hay apoyo como tal el hecho de buscar un hospital privado no

garantiza que no haya represalia contra la mujer ya que eso depende mucho del médico y si apoya o no a la paciente.”

“Está prohibida la pastilla del día después, pero no regulan/prohíben la venta de pastillas de fosfato de aluminio con la que decenas de personas se suicidan. Es una postura legal hipócrita.”

“A mi criterio personal una vida es una vida, a pesar de lo que haya pasado, no tenemos derecho a quitarle la vida a nadie más si es un hijo, a pesar de lo que hayamos pasado.”

“No hay acceso a un aborto seguro en caso que uno decida hacerlo ni por causas de riesgo de la madre, del feto ni por violación como mínimo una mujer no esta segura.”

“No estaría dispuesta a realizar un aborto, se debería brindar educación sexual a los jóvenes para evitar este tipo de circunstancias.”

“He ayudado a más de 3 amigas a abortar en la clandestinidad. El que sea ilegal no hace que deje de existir, solo nos pone en riesgo.”

“Estoy en contra del aborto.. por cuestiones que no sean de salud.”

“Pienso que debería ser legal solamente por violación o salud.”

“Debería de ser seguro y no ser juzgado por la sociedad”

“Que es estúpido, que lo hicieran legal”

“No estoy de acuerdo con el aborto”

Capítulo 4. Análisis y consideraciones finales

La penalización de la IVE es un tema sumamente complejo y puede estudiarse desde diversas áreas. La presente investigación se enfocó en los ámbitos histórico, jurídico y social con el fin de brindar herramientas que permitan el estudio de caso de Honduras desde el enfoque de seguridad humana. Para proceder al análisis es necesario tener presente en todo momento que el tema central no es la IVE, sino su penalización y las consecuencias que esta tiene en la seguridad humana sanitaria de las mujeres hondureñas. Es decir, cómo la prohibición del aborto impacta en la salud de las mujeres y en su acceso a servicios de atención médica. Ahora bien, se iniciará explicando las necesidades y vulnerabilidades identificadas en las encuestas, ya que en la Fase 1 del manual *Teoría y práctica de la seguridad humana. Aplicación del concepto de seguridad humana y el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad de los Seres Humanos* de la Organización de Naciones Unidas se explica que éstas deben identificarse al momento de reconocer una amenaza a la seguridad humana. Posteriormente, se explicarán las razones por las que la penalización de la IVE en Honduras es una amenaza a la seguridad humana de las mujeres con base en los resultados de las encuestas. Una vez entendido por qué la penalización de la IVE es una amenaza, en las consideraciones finales se explicará cómo garantizar la seguridad humana de las mujeres en Honduras en materia sexual y reproductiva desde: a) las estrategias de empoderamiento y protección, y b) desde la misma definición de SH. Para concluir, se utilizará la información documental y cuantitativa recopilada a lo largo de los tres capítulos para responder la pregunta de investigación de la tesis.

4.1 Análisis de vulnerabilidades y necesidades identificadas

Para establecer lo que se consideraría como vulnerabilidad, se utilizó la definición establecida por el IIDH y el PNUD, describiéndola como:

“(…) la susceptibilidad o tendencia de las personas a ser perjudicadas por una amenaza, lo cual está vinculado a su capacidad de respuesta. En ese sentido, la vulnerabilidad de una persona o un grupo depende de su capacidad para anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza. Los grupos especialmente vulnerables son aquellos para los que es más difícil sobrevivir y reconstruir sus vidas después de que la amenaza se concrete. Existen diferentes clases de vulnerabilidad que siempre se manifiestan de manera combinada e interdependencia: social, económica, política, institucional y cultural” (2012, p. 37)

Con base en los resultados que se pueden observar en la gráfica 19 y 20, las necesidades y las vulnerabilidades que destacaron fueron las siguientes:

Necesidades	Vulnerabilidades
<ul style="list-style-type: none"> ● Acceso a medicamentos gratuitos (78%) ● Acceso a atención obstétrica de calidad (76%) ● Acceso a atención ginecológica de calidad (72%) ● Acceso a servicios de salud de emergencia gratuitos (66%) ● Acceso a métodos anticonceptivos (56%) ● Acceso a atención ginecológica gratuita (54%) ● Acceso a atención ginecológica gratuita (54%) ● Educación sexual (41%) ● Otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes médicos de enfermedades de transmisiones sexual (1.5%) ○ Acceso a píldora anticonceptiva ○ Acceso a salud emocional con enfoque de género ○ Acceso a aborto legal, seguro y gratuito 	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad económica o dinero (64.7%) ● Accesibilidad a hospitales (41%) ● Rechazo social o familiar (30.9%) ● Violencia sexual (22%)

Fuente: Elaboración propia.

La educación sexual puede considerarse como una de las necesidades que más están cubiertas, ya que el 92.3% de las encuestadas afirmó haberla recibido. Sin embargo, se puede observar que está enfocada en enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos

y anatomía y desarrollo humano. Los temas de educación sexual con menor frecuencia abordados fueron: planificación familiar (57%) y violencia sexual (57%). Estos temas son de suma importancia para brindar herramientas a las mujeres para la toma de decisiones al momento de estar embarazadas. Por lo tanto, aunque la educación sexual sea una necesidad en su mayoría cubierta, no se asegura que sea integral o que proporcione información en cuestiones fundamentales para la salud reproductiva de las mujeres.

Por otro lado, considerando la percepción del acceso a servicios de salud públicos sexuales y reproductivos de las mujeres encuestadas, el Estado hondureño no está garantizando que estos servicios sean de calidad. Lo anterior genera una serie de condiciones que vulnera a las mujeres puesto que la atención se buscará en otras instancias, como en servicios privados, lo que creará una brecha de desigualdad entre quién tiene la capacidad de recibir atención reproductiva de calidad y quién no. Esta misma situación se repite en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos, ya que únicamente el 7.4% de las encuestadas los obtiene de servicios públicos, mientras que la mayoría lo compra en farmacia (44.1%) y en servicios privados (10.3%). Ambos casos crean una desigualdad y una brecha económica entre quién tiene acceso a métodos anticonceptivos y quién no.

De igual forma, no sólo la accesibilidad de los servicios es necesaria, sino también su garantía. Dentro de la muestra, mujeres mencionaron que hubo servicios que les fueron negados: a tres encuestadas le negaron la esterilización; a cuatro, servicios de planificación familiar y a una encuestada le fue negada la prueba de papanicolaou. Para términos de esta investigación, la negación de la esterilización y de planificación familiar resulta particularmente alarmante, pues ¿cuáles son las consecuencias de ello en un país que prohíbe el aborto y la pastilla de emergencia? ¿Qué alternativa se garantiza a las mujeres que ya saben que no quieren embarazarse y son sexualmente activas, tomando en cuenta que ningún método anticonceptivo es 100% eficaz?

El IDP menciona que las posibles amenazas de la seguridad sanitaria pueden ser: enfermedades infecciosas mortales, alimentos no seguros, desnutrición y falta de acceso a

cuidados sanitarios básicos (IDP, 1994, citado en CSH, 2003, p.7). Considerando lo anterior, el negar servicios básicos de planificación familiar y de salud reproductiva así como no brindar servicios públicos ginecológicos y obstétricos de calidad puede ya considerarse como una amenaza a la seguridad humana.

4.2 Penalización de la IVE como amenaza de seguridad humana

Ahora bien, de acuerdo a los resultados de las encuestas, ¿qué está sucediendo con las mujeres que han tenido abortos en Honduras? Cabe señalar que el porcentaje de mujeres que ha tenido un aborto es del 10.3%, porcentaje alto considerando que la muestra fue aleatoria. Adicionalmente, las mujeres que se encuentran dentro de este porcentaje tuvieron diferentes experiencias, por lo que la encuesta permite tener un primer acercamiento a la experiencia de las mujeres hondureñas tanto en casos de aborto voluntario como involuntario.

Del 10.3% que tuvo un aborto, el 71.4% fue voluntario y el 28.6% fue involuntario. De los métodos empleados, 25% de las mujeres que tuvo un aborto utilizó sustancias químicas por vía oral o vaginal; el 37.5% utilizó productos farmacéuticos por la vía oral o vaginal (misoprostol o misefristina), y sólo en 12.5% utilizó técnicas médicas (el 25% no aplica porque tuvo un aborto involuntario). Lo anterior es alarmante debido a que el uso de productos químicos no está reconocido como un método de aborto seguro⁶ y, en el caso de los productos farmacéuticos, al estar prohibidos en el país, las mujeres que consiguieron este método lo hicieron de forma ilícita.

De cualquier forma, en ambos casos no hay una seguridad en el método, ya que implica que las mujeres introduzcan a su cuerpo sustancias que no están reguladas y que se desconoce si cumplen con las normas de calidad o que efectivamente sean el producto

⁶ De acuerdo a los métodos recomendados para realizar abortos sin riesgos de la ONU en el texto *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2012)

esperado. Por lo tanto, ¿cuál es la garantía de estos productos?, ¿de dónde vienen?, ¿cómo asegurar la calidad y veracidad de estos?

Otra cuestión a considerar es que únicamente el 57.1% recibió atención médica durante el proceso y, cabe señalar que, en el 42.8% restante que no recibió, todos los casos fueron abortos voluntarios. No obstante, el 85.7% sí recibió atención médica posterior al aborto y el 14.2% no recibió (este caso realizó un aborto voluntario y tampoco recibió atención médica durante el proceso). Las principales causas por las que no buscaron atención médica fueron: no sentirse seguras; miedo a recibir represalias legales; miedo a que les negaran el servicio; y, miedo al rechazo social. Una de las encuestadas también mencionó que no contaba con la capacidad adquisitiva. Lo anterior demuestra que la penalización crea condiciones sociales y legales que impactan negativamente al momento de decidir si buscar o no atención médica, convirtiendo al procedimiento en un aborto inseguro.

En ese sentido, de las mujeres que sí recibieron asistencia médica posterior, el 83.3% lo hizo en una institución privada, el 16.7% lo realizó en otro país y el 0%, es decir, ninguna, fue a instituciones públicas. Lo anterior refuerza nuevamente la vulnerabilidad de las mujeres que no cuentan con capacidad adquisitiva, ya que el componente económico es un factor determinante para buscar y recibir atención médica.

Por otro lado, el 83% de las mujeres mencionaron que los servicios privados fueron de calidad, el 17% que no consideró que fueran de calidad fue porque no estaban centrados en la persona y no fueron servicios integrados. El 66% de las mujeres que recibió atención médica posterior al embarazo se sintió segura y explican que fue porque: fueron atendidas en instancias privadas, fueron atendidas por mujeres, el servicio fue profesional y una mencionó que fue porque lo realizó en otro país⁷. No obstante, el 33% no se sintió segura, debido a que: sentía que los profesionales de salud la culpabilizaban y por miedo a que el personal descubriera que fue un aborto voluntario. Esta última cifra expone que el recibir atención médica privada en Honduras no garantiza que sea de calidad o que sea seguro y las razones

⁷ La encuestada mencionó que fue a Italia a realizar el procedimiento.

de ello parten de la estigmatización del personal y del miedo de las mujeres, resultado de la penalización y la criminalización de esta práctica.

Con lo anterior, se puede determinar que lo que está generando la penalización en Honduras no es detener la práctica, sino hacerla insegura al crear condiciones que ponen en riesgo a las mujeres como: utilizar métodos conseguidos de forma ilícita y que no estén regulados, no buscar atención médica; y, no realizar el procedimiento con personal capacitado, además de crear una brecha de desigualdad económica entre quién recibe o no atención médica.

Adicionalmente, la penalización no necesariamente está generando que esta práctica no se realice, ya que la posibilidad de ir a la cárcel no influyó en la decisión de abortar del 50% de las mujeres que tuvieron un aborto. Sin embargo, tiene una mayor influencia al momento de buscar atención médica, ya que esta posibilidad influyó en el 75% de las mujeres que tuvieron un aborto, sea voluntario o involuntario. Otra prueba de que la penalización no está garantizando que esta práctica no se realice es que únicamente el 36.8% del total de la muestra aseguró que no realizaría un aborto (ver gráfica 32). Por lo tanto, el caso de Honduras expone que la penalización no implica la no realización de la práctica. Lo anterior lo explica la OMS (2012) de la siguiente manera:

“ (...) la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos.” (p. 17)

También se puede observar con el hecho de que el 98% de las encuestadas considera que una IVE en la clandestinidad pondría en riesgo su vida y aún así, hay mujeres que lo consideran y que lo han hecho. Esto resulta preocupante, ya que únicamente el 1.5% acudiría a un hospital

público en caso de interrumpir un embarazo y sólo el 17.6% iría a un hospital público en caso de tener alguna complicación de dicha interrupción. Las principales razones por las que las mujeres no acudirían a un hospital público en caso de tener complicaciones por la realización de una IVE son: la calidad de la atención del hospital (76%); por miedo a recibir represalias legales (55%); y por miedo a ser juzgada socialmente (47%). Lo anterior expone cómo la penalización provoca que las mujeres no se sientan seguras en los sistemas de salud públicos al grado de no buscar atención médica. Además, la respuesta con mayor frecuencia en cuanto a quién acudirían en caso de realizar un aborto es una colectiva o grupo de apoyo, la cual no puede garantizar que el procedimiento se realizará con las condiciones de salubridad o con personal medicamente capacitado. Por lo tanto, el estado hondureño está fallando no sólo como proveedor de servicios de salud, sino que también revictimiza a las mujeres y crea una serie de condiciones que hacen que el procedimiento se lleve a cabo de forma insegura. Lo anterior también se refleja en el hecho de que el 94% de las mujeres encuestadas no se sentiría segura al ser atendida por una IVE en un hospital público. En conclusión, los hospitales dejan de ser un espacio seguro para las mujeres que tienen complicaciones al realizarlo. Por ende, resurge la pregunta ¿a dónde acudir entonces?

Asimismo, el factor que más preocupa a las encuestadas (en primer y segundo lugar) en caso de interrumpir un embarazo, es su salud. Es importante resaltar que se ha demostrado que el aborto seguro es un procedimiento que tiene niveles muy bajos de mortalidad y que, si se encuentra dentro del tiempo de gestación recomendado, puede realizarse desde casa sin necesidad de hospitalización⁸. Sin embargo, al prohibir los productos farmacéuticos y no brindar el servicio, las mujeres se ven orilladas a realizar abortos inseguros. Con ello, se continúa la estigmatización de la práctica e imposibilita el reconocimiento de esta como lo que es en realidad: un procedimiento de salud reproductiva de las mujeres hondureñas.

Las razones por las que las mujeres consideran que una IVE pondría en riesgo su vida son las siguientes: complicaciones médicas (78%); fallecer (75%); realizar un aborto inseguro (66%); ir a la cárcel (51%); afectar salud mental (51%); y considerar el suicidio (21%). Es

⁸ Consultado en: OMS (2014) Manual de práctica clínica para un aborto seguro.

necesario resaltar la importancia de esta última, ya que el número que consideraría el suicidio es muy alto. Este porcentaje se vuelve otra razón para considerar la penalización de la IVE como una amenaza a la seguridad humana de las mujeres, puesto que expone la importancia y el peso que tiene esta situación en su vida. Considerar el suicidio como respuesta al aborto es un ejemplo de la importancia de crear políticas públicas con enfoque de género, ya que si no se trata con y desde las vivencias y realidades de las mujeres hondureñas, la despenalización podría no resolver las situaciones que orillan a las mujeres a considerar el suicidio como una alternativa a la IVE.

En conclusión, las razones por las que la penalización de la IVE en Honduras debe considerarse una amenaza a la seguridad humana son:

1. La penalización influye negativamente en las mujeres al momento de buscar atención médica en abortos voluntarios e involuntarios
2. El Estado no está garantizando los servicios básicos de salud sexual y reproductiva como lo son métodos anticonceptivos accesibles, atención ginecológica pública de calidad y atención obstétrica pública de calidad
3. El Estado prohíbe alternativas de emergencia seguras y accesibles, como lo es la PAE
4. Las mujeres que han realizado abortos han conseguido los métodos de forma ilícita, por lo que no hay una regulación en cuanto a la calidad y el consumo de los productos que se utilicen
5. Crea una desigualdad económica en torno a los servicios de atención sanitaria en torno al aborto, ya que las mujeres con capacidad adquisitiva han ido a hospitales privados y en su mayoría se han sentido seguras
6. Crea una estigmatización social del aborto que revictimiza a las mujeres que lo realizan
7. Las mujeres hondureñas considerarían el suicidio en caso de llevar a cabo una IVE

Como se mencionó en el primer capítulo, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) y la PNUD (2012, p. 37) definen las amenazas como la posibilidad de que ocurra un

hecho potencialmente desastroso, en determinado momento y en un sitio dado. En este caso, el hecho potencialmente desastroso es el de realizar un aborto inseguro que potencialmente les pueda crear problemas de salud y les lleve a la muerte. Por lo tanto, al penalizarlo, las posibilidades de que una mujer busque atención médica o realicen el procedimiento de forma segura se reducen, haciendo que el aborto sea inseguro.

Alkire (2003) explica que las amenazas indirectas o estructurales en la seguridad humana son acciones realizadas por grupos o instituciones quienes perjudican a los individuos, aún cuando la acción realizada tenía un propósito distinto (p. 30). En este caso, la amenaza es indirecta porque el Estado ha encarcelado a mujeres que han acudido al hospital para recibir atención médica y porque mujeres considerarían el suicidio. El fin de penalizar es que no se realicen abortos, sin embargo, lo que está sucediendo es que las mujeres, principalmente las que no tienen la capacidad económica de asistir a un hospital privado, lo realicen de forma insegura.

Ahora bien, como se ha mencionado, la forma de abordar una amenaza a la seguridad humana es a través de una estrategia descendente de protección y una ascendente de empoderamiento. Para ello, sería necesario la despenalización de esta práctica, sin embargo es indispensable hacerlo desde una perspectiva de género.

4.3 Consideraciones finales

Como se explicó en el segundo capítulo, el aborto se puede despenalizar con causales, generalmente estas son: la salud de la madre o violación sexual. Sin embargo, la encuesta arrojó que la principal razón por la que las mujeres considerarían abortar sería porque no están listas para ser madres (41%). Esto es sumamente importante porque, para considerarla como causal, es necesario reconocer la autonomía sexual (y no sólo reproductiva) de la mujer, lo cual no es reconocido por el Estado hondureño. Lo anterior puede observarse con la penalización del aborto, la prohibición de pastillas de emergencia y la negación de los

servicios de esterilización. Por lo tanto, el estado no ve a la mujer como un sujeto con capacidad sexual, sino que la reduce únicamente a un sujeto con capacidad reproductiva.

Es por ello que la *estrategia de empoderamiento* debe partir de reconocer la libertad sexual y reproductiva de la mujer para poder garantizar su seguridad humana. Por otro lado, la *estrategia de protección* debe basarse en proveer servicios de salud ginecológica y obstétrica gratuita y de calidad así como de detener la criminalización de las mujeres que han llevado a cabo el procedimiento.

Como se ha observado a lo largo de la investigación, no reconocer la autonomía sexual de las mujeres en Honduras corresponde a una violencia estructural que se traduce en penalizar a las mujeres cuando no cumplen con el rol reproductivo que le impone la sociedad. El hecho de que haya mujeres que han tenido abortos involuntarios en la cárcel demuestra que no se está penalizando el acto de decidir abortar, sino el acto de no parir. Lo anterior termina por reducir a las mujeres hondureñas a un objetivo reproductivo en el que, al momento de embarazarse, la autonomía del cuerpo se pierde. El CDM explica:

“El rol de género de las mujeres implica ser madre, virgen y casta. Una mujer que decide interrumpir un embarazo rompe con este esquema. Además de haber tenido relaciones sexuales por el placer y no para la procreación es ya en sí un rompimiento, ellas deciden no cumplir con el rol de madre. Con esto, las mujeres transgreden su papel de género, lo que les causa muchos sentimientos encontrados y choques. Valorar más las necesidades propias que las de otro “ser” no está previsto en el comportamiento de las mujeres y les cuesta liberarse de estos patrones.” (CDM, 2005, p. 37).

Por lo tanto, el rol de la mujer en Honduras no reconoce su capacidad sexual, considerando únicamente el rol reproductivo. Esto genera una apropiación de los cuerpos por parte del Estado que posicionan a las mujeres como actores meramente pasivos, y no activos, al momento de tomar decisiones en cuanto a su propio cuerpo para sus propios intereses. Como

se mencionó en el primer capítulo, esta pasividad de las mujeres es una de las principales causas por las que se replican y refuerzan condiciones estructurales que aumentan los riesgos y las vulnerabilidades de las mujeres, argumentos que defiende la teoría de seguridad humana con enfoque de género. Enloe lo explica de la siguiente manera:

“Por lo tanto, los estudios feministas defienden que la seguridad tradicional es capaz de crear inseguridades en actores no estatales, como en este caso las mujeres, con tal de salvaguardar la seguridad del estado. Además de reconocer que la seguridad de las mujeres se ve amenazada en su cotidianidad, consecuencia de las violencias estructurales que ejerce el Estado sobre ellas. Por ello, un enfoque feminista de la seguridad desmantela la comprensión general de la seguridad e incluye las explicaciones de las mujeres sobre cómo sus gobiernos controlan su trabajo, sus esperanzas y su fe (Enloe, citado en Donoso, 2016, p. 26). “

Por lo tanto el Estado puede no sólo permitir circunstancias que pongan en peligro a las mujeres, sino que incluso puede reforzar la violencia estructural. No obstante, se debe tener mucho cuidado de no pasar del “reduccionismo” de las mujeres a la infantilización. No se trata de ver a la mujer como una víctima que requiere “ser salvada”, como lo menciona este enfoque, no debe caerse en la dicotomía del protegido-protector. Debe partir del reconocimiento de la capacidad de decisión y de la autonomía de las mujeres para tomar las decisiones sobre su cuerpo. Para ello es fundamental que la despenalización se lleve a cabo con y para las mujeres, partiendo de sus necesidades y sus vulnerabilidades específicas.

En conclusión, la teoría de seguridad humana con enfoque de género permite el reconocimiento de nuevas amenazas y con ello, una capacidad de acción. Es una oportunidad para visibilizar las realidades y las experiencias de las mujeres a partir del entendimiento de sus necesidades y sus vulnerabilidades. Pero, ¿cómo garantizar la seguridad humana de las mujeres en Honduras en materia sexual y reproductiva? Recapitulando la definición de SH de la CSH que explica que es la:

“... protección del núcleo vital de todas las vidas humanas de forma que se mejoren las libertades humanas y la realización de las personas. La seguridad humana significa proteger las libertades fundamentales, aquellas libertades que son la esencia de la vida. Significa proteger a las personas de situaciones y amenazas críticas (graves) y más presentes (extendidas). Significa utilizar procesos que se basen en las fortalezas y aspiraciones de las personas. Significa crear sistemas políticos, sociales, medioambientales, económicos, militares y culturales que, de forma conjunta, aporten a las personas los fundamentos para la supervivencia, el sustento y la dignidad.” (CSH, 2003, p.4)

El gobierno hondureño no está protegiendo el núcleo vital de las mujeres, puesto que no solamente no brindan ciertos servicios reproductivos y sexuales, sino que las mujeres no se sienten seguras en las instancias públicas. En suma, esta penalización no permite el mejoramiento de las libertades humanas al no reconocerlas como sujetos con capacidad decisiva en torno a su sexualidad, posicionando a las mujeres hondureñas únicamente como un sujeto reproductor. Adicionalmente, la CEDAW, en su Recomendación General sobre Mujer y Salud, expresa que la negación de procedimientos clínicos requeridos sólo por las mujeres es una forma de discriminación en su contra (Humans Rights Watch, 2005).

De igual forma, la realización y las aspiraciones de las mujeres se ven amenazadas por dos razones principales. La primera es porque no es válida ni reconocida la causal con mayor frecuencia por la que las mujeres abortarían: no estar listas para ser madres. Lo anterior tendría como resultado un embarazo y una maternidad forzada que podrían ser factores determinantes en cuanto a la realización personal de las mujeres hondureñas. De la misma manera, la *Declaración y Plataforma de Beijing* de las Naciones Unidas, publicada en 1995, resalta el peligro que representan los abortos inseguros para su salud y menciona que, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada (ONU, 2014).

El segundo aspecto es porque considerarían el suicidio, siendo una amenaza directa contra su vida. Por otro lado, no está cumpliendo en protegerlas de situaciones y amenazas críticas graves y presentes, las cuales pueden ser realización de abortos inseguros y el uso de métodos obtenidos de manera ilícita.

Y finalmente, para poder crear un sistema que aporte a los fundamentos de supervivencia, sustento y dignidad, es necesaria la desestigmatización del aborto, especialmente en los sistemas de salud tanto públicos como privados. No sólo es necesario garantizar los servicios de salud reproductiva y sexual de las mujeres, sino también hacer que los espacios sean seguros, para que las mujeres no se expongan a situaciones que atenten contra su salud, tanto física como psicológica por evitar acudir a ellos. Lo anterior es necesario ya que, en el mundo, una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica (OMS, 2012) . Es un esfuerzo que, como lo explica la CSH, debe crear sistemas políticos, sociales, económicos y culturales que reconozcan y garanticen la libertad sexual y reproductiva de las mujeres, desde esfuerzos de prevención, brindando educación sexual integral y métodos de planificación familiar, y que, en el último de los casos, se garanticen abortos seguros, legales y gratuitos.

La desestigmatización también es importante porque el 47% de los procesos penales iniciaron con la denuncia del doctor, enfermera o trabajadora social que prestó servicios de salud en hospitales públicos y el 100% de ellos obtuvieron la información durante o posterior a la práctica de procedimientos clínicos (García, Lozano, Arias, 2020, p.23).

De igual forma, la ONU (2012) menciona que es indispensable brindar atención antes, durante y después al aborto. Lo anterior es particularmente importante debido a que:

“determinar la edad gestacional es un factor crítico en la selección del método de aborto más apropiado. En general, son adecuados el examen pélvico bimanual, el

examen abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse análisis de laboratorio o una ecografía, si fuera necesario.”(p.31)

De igual forma, es necesario recapitular que la CSH (2003, p. 96) define a la salud como “no solamente la ausencia de enfermedades, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social” (p.96) y que “esta perspectiva de la salud es instrumental a la dignidad y seguridad humana, debido a que permite a las personas elegir, buscar oportunidades sociales y planificar su futuro” (p.96). Para poder alcanzar esto, es indispensable reconocer la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, brindando herramientas y alternativas que les permita planificar su futuro desde la dignidad y la seguridad. La ONU (2012) explica:

“Eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes clave de la estrategia de salud reproductiva global de la OMS (12). La estrategia se basa en los tratados internacionales de derechos humanos y en declaraciones globales de consenso que demandan el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos, entre los que se encuentran el derecho de todas las personas de acceder al mayor estándar de salud posible; el derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos, y de acceder a la información y los medios para hacerlo; el derecho de las mujeres de tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia; el derecho de los hombres y mujeres de elegir a su esposo y casarse solo de libre y pleno consentimiento; el derecho de acceder a la información de salud relevante; y el derecho de cada persona de disfrutar los beneficios de los avances científicos y sus aplicaciones” (p.18)

Por lo tanto, es necesario cuestionarse: ¿el aborto es inseguro y por eso hay que penalizarlo o la penalización hace que el aborto sea inseguro? Esta investigación nos brinda herramientas para señalar que es lo segundo.

Conclusiones

La teoría de seguridad humana ofrece una alternativa de análisis de lo que entendemos como seguridad, pues ya no implica únicamente garantizar la supervivencia del estado, sino también la capacidad de las personas de responder por sí mismas a las amenazas económicas, alimentarias, sanitarias, ambientales, individuales, comunitarias y políticas. Por lo tanto, se trata de proteger y empoderar a las personas para que puedan vivir con dignidad, sin miedo y sin necesidad. Es importante que reconozcamos que la seguridad no se trata de vivir sin amenazas, se trata de brindar las herramientas para que las personas, las comunidades y los estados puedan afrontarlas, y para ello, el primer paso es reconocerlas.

Para lograr lo anterior, es fundamental estudiar las amenazas desde una perspectiva de género y así, evitar reproducir violencias estructurales y reforzar discursos masculinizados en la sociedad. Como han expresado diversas autoras, se aceptan diversas premisas de género que no sólo crean inseguridades, sino que las fomentan y las reproducen. Un ejemplo de lo anterior es la penalización de la IVE, pues comienza a partir del desplazamiento y sustitución de las mujeres en el ámbito reproductivo de la mujer. Inicialmente, la criminalización del aborto surge a partir de la consideración del aborto como homicidio por parte de la religión; posteriormente, el desarrollo científico occidental permitirá al hombre sustituir a las parteras por doctores y, finalmente, aparecerán los movimientos nacionalistas de guerra y post guerra que requerirán más soldados. Tanto la religión, como los descubrimientos científicos y los movimientos políticos, van a construir una serie de premisas en cuanto al rol de la mujer a partir de perspectivas masculinizadas. Lo anterior se observa con el hecho de que el castigo y responsabilidad por abortar recaerá únicamente en la mujer y en función de qué interés tiene el Estado, dando como resultado la institucionalización de una violencia estructural.

Por lo tanto, aunque la IVE se pueda abordar desde múltiples perspectivas; como lo social, lo político, lo moral, lo religioso. no se debe dejar de tratar como lo que es: un tema de salud reproductiva y un procedimiento médico. Lo anterior ha sido demostrado por diversos instrumentos internacionales en las diversas resoluciones que se mencionaron a lo largo de la

investigación, ya que sostienen la obligación de los estados de garantizar el acceso a atención médica independientemente de su legislación. Adicionalmente, múltiples comités, convenciones, tratados y organizaciones internacionales han explicado cómo el punitivismo del aborto viola derechos humanos, incrementa la inseguridad de su práctica y se contrapone con el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas.

El caso específico de Honduras es una muestra de lo que sucede cuando la legislación no trata a la IVE como una cuestión médica. Principalmente por los términos que utiliza, ya que son incongruentes con lo establecido en las Normas Nacionales para la Atención Materna Neonatal de Honduras. En segunda instancia, porque asume que todos los embarazos son viables, por lo que la muerte fetal intrauterina, los abortos espontáneos, las muertes fetales debido a partos prematuros, la ruptura temprana de la membrana, etc., pueden catalogarse como aborto voluntario y, de acuerdo al Código Penal hondureño, es también homicidio. Un tercer punto es, porque ocasiona que los principales denunciadores del delito sean los mismos doctores, lo cual es una violación al derecho de privacidad y al secreto profesional médico. En cuarto lugar, porque prohibirá alternativas como la PAE, al considerarla “abortiva” cuando científicamente se ha demostrado que no tiene la capacidad de interrumpir un embarazo en curso, puesto que su mecanismo de acción es evitar el encuentro del óvulo con el espermatozoide. Quinta razón, porque la comunidad médica hondureña se ha opuesto afirmando que la legislación los obliga a realizar acciones que van en contra de su ética y formación médica.

En términos sociales, el estigma social y la penalización impiden contar con datos duros en torno a la IVE en Honduras, sin embargo, los números de violencia sexual y embarazo infantil en el país son estadísticas alarmantes. Políticas como la penalización del embarazo obligan a niñas embarazadas a parir, dando como resultado maternidades forzadas. Las infancias no deben ejercer la maternidad sobre otras infancias, las niñas no deben ser madres, deben ser niñas.

Sin embargo, diversas investigaciones buscan cubrir estos espacios en blanco y proporcionar un acercamiento a las experiencias de las mujeres que han pasado por este proceso. Se puede observar la complejidad en torno al aborto y la diversidad de factores que influyen en la decisión y que afectan a las mujeres que lo viven. Desde embarazos planeados sin viabilidad del feto, mujeres que ya tienen hijos y no quieren más, mujeres que no sabían que estaban embarazadas, mujeres que tuvieron un aborto espontáneo, mujeres que fueron víctimas de violencia sexual, mujeres que le falló el método anticonceptivo, a mujeres que simple y sencillamente no están listas para ser madres. A pesar de ser una decisión sumamente complicada, las investigaciones mencionadas y ésta demostraron que hay factores que determinan la seguridad del proceso, y una de ellas es la capacidad adquisitiva. En este trabajo se observó que, el aborto se sigue realizando, y mujeres buscan ayuda en hospitales privados porque no se sienten seguras en los públicos. La diferencia entre recibir o no atención médica obstétrica o ginecológica de calidad es el dinero. Mismo factor que usará el Estado para determinar el peligro que representan al cometer este delito, es decir, a partir de tus bienes inmuebles.

Por lo tanto, la penalización de la IVE en Honduras crea brechas que determinarán quién lo lleva a cabo en hospitales y quien lo hace clandestinamente, por lo que no se erradica la práctica, sino que se hace insegura e inaccesible para quienes no pueden pagar instituciones privadas.

Retomando la pregunta de investigación rectora: ¿por qué la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo puede ser una amenaza de seguridad humana para las mujeres en el s.XXI? Se concluye que la penalización de la IVE es una amenaza a la seguridad humana, específicamente sanitaria, porque crea una serie de condiciones que aumentan los riesgos y refuerzan las vulnerabilidades de las mujeres en su salud sexual y reproductiva que termina por poner en peligro su vida y su salud.

El embarazo no debe aumentar las vulnerabilidades de las mujeres, ni debe implicar una renuncia a la autonomía sexual y reproductiva, ni un abandono de los derechos sexuales.

El reducir a la mujer como sujeto meramente reproductor responde a una masculinización de las políticas y perpetúa discursos violentos contra las mujeres hondureñas. Pueden no estar listas para ser madres, y el Estado no debe privar de la libertad ni perseguir a las mujeres por esta razón. La IVE no debe ser la primera opción en términos de planificación familiar, ya que implica repercusiones físicas, psicológicas, económicas y sociales en las mujeres, pero debe ser abordado desde lo que es: un tema de salud pública.

Para ello es necesario brindar todas las herramientas de prevención para que las mujeres puedan gozar de su autonomía sexual sin necesidad de exponerse a situaciones que amenacen su seguridad humana sanitaria. Despenalizar el aborto con causales implica que es necesario ser violentada para recuperar la autonomía reproductiva. De igual forma, esto sólo definirá quién tendrá acceso a un aborto seguro y quién a uno inseguro, quién conseguirá los métodos en farmacia y quién lo hará en el mercado negro. La capacidad de decisión con dignidad y seguridad debe ser inerte a la mujer porque es un actor activo en la sociedad, no un actor pasivo. Y esta capacidad de decisión sobre un embarazo, ya sea riesgoso o no, deseado o no, nunca debe ser una sentencia de cárcel y mucho menos, una sentencia de muerte.

Apéndice. Encuesta

Edad _____

Departamento/Provincia _____

Profesión _____

Alguna colectiva u organización te proporcionó esta encuesta: No, Si,Cuál ____

SECCIÓN 1

PREGUNTAS GENERALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. ¿Has recibido educación sexual?

Sí

No

2. En caso de ser afirmativa la respuesta ¿qué temas se abordaron? SELECCIONA TODAS LAS QUE APLIQUEN

Desarrollo humano, anatomía y salud reproductiva

Métodos anticonceptivos

Enfermedades de transmisión sexual

Información de planificación familiar

Identificar abuso y violencia sexual

3. ¿Tienes una vida sexual activa?

Si

No

4. ¿Qué método/métodos anticonceptivos usas? SELECCIONA TODAS LAS QUE APLIQUEN

Condón masculino

Condón femenino

Pastillas anticonceptivas

Parches hormonales

Implante

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Coito interrumpido

Ritmo o calendario

NO USO

Otro: ____

5. En caso de usar, ¿cómo consigues los métodos anticonceptivos?

En servicios públicos (gratuitos)

En servicios privado

Lo compro en farmacia

Otro: ____

6. En caso de comprarlos, ¿cuánto gastas en métodos anticonceptivos mensualmente?

7. ¿Qué tan fácil consideras que es tu acceso a los métodos anticonceptivos gratuitos?

Muy fácil (cada vez que los necesito, me los proporcionan)

Fácil (de 10 veces que los solicito, 8 o más veces me los proporcionan)

Complicado (de 10 veces que los solicito, los consigo de 3 a 7 veces)

Muy complicado (de 10 veces que los solicito sólo lo consigo una o dos veces)

Imposible (no puedo conseguirlos)

8. ¿Cuentas con acceso a atención ginecológica pública?

Sí

No

9. ¿Alguna vez has recibido atención ginecológica pública?

Sí

No

10. En caso de haber recibido atención ginecológica pública ¿te sentiste segura?

Sí

No

11. ¿Alguna vez te han negado un servicio de salud o atención médica en torno a la reproducción?

Sí

No

En caso afirmativo, favor de explicar cuál servicio de salud le fue negado: ____

12. ¿Cuáles son tus necesidades en torno a tus derechos sexuales y reproductivos que consideras están cubiertas?

Educación sexual
Acceso a atención ginecológica gratuita
Acceso a atención ginecológica de calidad*
Acceso a atención ginecológica segura
Acceso a atención obstétrica gratuita
Acceso a atención obstétrica de calidad*
Acceso a atención obstétrica segura
Acceso a medicamentos gratuitos
Acceso a métodos anticonceptivos
Acceso a servicios de salud de emergencia
Otro: _____

Calidad se entiende que los servicios fueron eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.

13. ¿Cuáles son tus necesidades en torno a tus derechos sexuales y reproductivos que consideras NO están cubiertas?

Educación sexual
Acceso a atención ginecológica gratuitos
Acceso a atención ginecológica de calidad*
Acceso a atención ginecológica seguros
Acceso a atención obstétrica gratuita
Acceso a atención obstétrica de calidad*
Acceso a atención obstétrica segura
Acceso a medicamentos gratuitos
Acceso a métodos anticonceptivos
Acceso a servicios de salud de emergencia
Otro: _____

*Calidad se entiende que los servicios fueron eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.

14. ¿En qué aspecto te sientes vulnerable en torno a tus derechos reproductivos y sexuales? Selecciona todos los que apliquen

Dinero/ capacidad económica
Accesibilidad a hospitales (distancia, cuestiones administrativas, etc.)

Rechazo social/familiar
Índice de violencia sexual
Otro _____

SECCIÓN 2

ESTA SECCIÓN SE CONTESTA ÚNICAMENTE EN CASO DE HABER ESTADO EMBARAZADA. SI NO HAS TENIDO UN EMBARAZO, FAVOR DE SALTAR A LA SECCIÓN 3

15. ¿Cuántas hijas/hijos tienes?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

16. ¿Cuántos embarazos has tenido?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

17. Durante un embarazo, ¿alguna vez consideraste abortar/interrumpirlo?

- Sí
- No

18. En caso de responder sí ¿Por qué razones?

- Por cuestiones relacionadas con mi salud
- Por cuestiones de salud del feto
- Porque fue producto de alguna agresión sexual
- Por razones económicas
- Por edad
- Porque no quería tenerlo
- Otra razón: _____

19. ¿Has tenido un aborto? En caso de seguir negativo, pasar a la siguiente sección, pregunta 32

- Sí
- No

20. ¿Qué tipo de aborto fue?

- Voluntario
- Involuntario
- He tenido ambos

21. ¿En caso de haber tenido un aborto voluntario, qué método empleaste?

- Trauma voluntario (Caídas, golpes, actividad física excesiva, etc.)
- Productos naturales ingeridos por vía oral o aplicados por la vagina (tés o infusiones)
- Productos fabricados ingeridos por vía oral o aplicados por la vagina (sustancias químicas)
- Objetos físicos introducidos en el útero
- Productos farmacéuticos administrados por la vía oral o por la vagina (Uso de misoprostol y mifepristona)
- Técnicas médicas (Dilatación y legrado, succión o aspiración al vacío)

22. ¿Recibiste atención médica al interrumpir tu embarazo?

- Sí
- No

23. ¿Recibiste atención médica posterior al aborto/interrupción del embarazo?

- Sí
- No

24. En caso de ser negativo ¿Por qué? SELECCIONA TODAS LAS QUE APLIQUEN

- No me sentía segura
- No tenía dinero
- Por la distancia del hospital
- Por miedo a recibir alguna represalia legal
- Por miedo a ser juzgada socialmente
- Por miedo a que me negaran el servicio
- Otro:

25. En caso de ser afirmativo ¿en dónde recibiste atención médica?

Servicios público
Servicios privados
Otro: _____

26. ¿Consideras que fue de calidad*?

Sí
No

Calidad se entiende que los servicios fueron eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.

27. En caso de responder de forma negativa, ¿qué elemento faltó? SELECCIONA TODOS LOS QUE APLIQUEN

- Eficaces (proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten)
- Seguros (evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención)
- centrados en la persona (dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona)
- Oportunos (reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan)
- equitativos (dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política)
- Integrados (dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida)
- Eficientes (maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro).

28. ¿Te sentiste segura al recibir atención médica posterior al aborto/interrupción del embarazo?

Sí
No

29. ¿Por qué?

30. ¿La posibilidad de ir a la cárcel influyó en tu decisión?

Sí

No

31. ¿La posibilidad de ir a la cárcel influyó en tu decisión buscar atención médica al abortar/ interrumpir tu embarazo?

Sí

No

SECCIÓN 3

PREGUNTAS EN CASO DE EMBARAZARSE

32. Si te embarazas en este momento de tu vida ¿considerarías interrumpir tu embarazo?

Sí

No

No lo sé

33. ¿Por qué razones interrumpirías tu embarazo? (Selecciona todas las que apliquen)

Por cuestiones relacionadas con mi salud

Por cuestiones de salud del feto

Por producto de alguna agresión sexual

Por razones económicas

Por edad

Porque estoy lista para ser madre

Otra razón: _____

34. En caso de interrumpir tu embarazo ¿a quién acudirías?

Con algún familiar

Con alguna amiga

Con alguien que conozco que ya ha abortado anteriormente

Con un doctor de hospital público

Con un doctor de hospital privado

Con alguna colectiva/grupo de apoyo

Otro: _____

35. ¿Cuáles son los factores que más te preocupan en caso de interrumpir un embarazo? Ordena de mayor a menor, siendo 1 lo que más te preocupa y 5 lo que menos te preocupa.

Salud -

Capacidad económica (dinero) -

Rechazo familiar/social -

Ir a la cárcel -

Fallecer -

36. ¿Irías a un hospital público para recibir atención médica posterior a realizar un aborto o por complicación de dicha interrupción?

Sí

No

37. En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿por qué? SELECCIONA TODAS LAS QUE APLIQUEN

No me sentiría segura

Por la distancia del hospital

Por miedo a recibir alguna represalia legal

Por miedo a ser juzgada socialmente

Otro

38. ¿Te sentirías segura en un hospital público al ser atendida por una interrupción voluntaria del embarazo/aborto?

Sí

No

39. ¿A qué hospital público de tu departamento irías?

40. ¿Consideras que la interrupción de un embarazo/aborto realizado en la clandestinidad pondría en riesgo tu vida?

Sí

No

41. En caso de ser afirmativa su respuesta ¿por qué? Selecciona todas las que apliquen

Realizaría un aborto inseguro

Porque podría tener complicaciones médicas

Porque podría morir

Porque podría ir a la cárcel

Porque consideraría el suicidio

Otro: _____

42. Espacio en caso de querer agregar o mencionar algo relacionado al aborto en Honduras o de tu experiencia en el ejercicio de tus derechos sexuales y reproductivos y/o de tu acceso a servicios de salud:

43. Concedo que mis respuestas se utilicen de manera anónima para fines académicos de esta investigación

Lista de referencias

Alas, Calix, Velázquez, Bejarano (2016) *Perfil de mujeres que utilizan la píldora anticonceptiva de emergencia en El Progreso, Yoro, Honduras (2014-2015)*. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud Volumen 2, Número 2 (p.132-139).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633905>

Alkire S. (2003) A Conceptual Framework for Human Security: Working Paper. University of Oxford:Center for Research on Inequality, Human Security and Ethnicity CRISE, 2002).

Amnistía Internacional (2020, 30 de diciembre). *Argentina: Legalización del aborto es una victoria histórica*.
<https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/12/argentina-legalization-abortion-historic-victory/>

Astete C., Beca J., Lecaros A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. Rev. méd. Chile vol.142 no.11
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>

Azuara (2015). *Violación de los Derechos Humanos de las Mujeres, a partir de la tipificación del aborto como delito antes de las 12 semanas de gestación en la Legislación del Estado de San Luis Potosí*. [tesis de maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. Repositorio institucional.
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5550/2013%20Tesis%20Mario%20Azuara.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BBC (2021, 21 de enero) Aborto en Honduras: el Congreso blinda la prohibición absoluta del aborto para impedir su legalización. BBC Mundo.
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55760365>

Belucci, M. (2014) *Historia de una desobediencia: Aborto y feminismo*, Capital Intelectual S.A.

Bermúdez V. (1997). *La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe Estudio Comparativo*. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de las mujeres.

<https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/silencios-publicos-muertes-privadas.pdf>

Buzan, B. (1983) *People, States, and Fear: The National Security Problem in International Relations*, Reino Unido: Wheatsheaf Books.

Buzan, B., y Hansen, L. (2009) *The Evolution of International Security Studies*, Estados Unidos de América: Cambridge University Press.

Buzan, B., Weaver, O., y de Wilde, J. (1998) *Security: A Framework for Analysis*, Estados Unidos de América: Lynne Rienner Publishers.

Cacéres J., Cardona D. (2017). *Marco legal de la interrupción voluntaria del embarazo en tres países de Latinoamérica, Colombia, Cuba y Chile 2017*. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76146/Monograf%C3%ada%20Interrupc%C3%adon%20Voluntaria%20del%20Embarazo%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Caiza J. (2015). *La legalización y despenalización del aborto en casos de violación en una mujer lúcida, aplicada al Código Orgánico Integral Penal Ecuatoriano*, [tesis de licenciatura, Universidad Central de Ecuador]. Repositorio Institucional.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8234/1/T-UCE-0013-Ab-176.pdf>

Cedeño L. (2020). *La experiencia narrada del aborto en mujeres mexicanas: entre el estigma*

y el empoderamiento [tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional.

https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/3GBB2AGENMH13J5TJFMPR84C1BPHPUD3YHB3UU6N1HMQ179K68-36294?func=full-set-set&set_number=351106&set_entry=000002&format=999

Centro de Bioética de Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (2014). *Glosario para la discusión sobre aborto*.

<https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/ABORTO-GLOSARIO.pdf>

Center for Reproductive Rights (2006). *The Protocol on the Rights of Women in Africa: An Instrument for Advancing Reproductive and Sexual Rights*, Policy Brief.

http://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/pub_bp_africa.pdf

Centro de Derechos de Mujeres (2004) *El debate sobre la despenalización del aborto inducido, Resultados de la Encuesta de Opinión entre Gineco-Obstetras en Honduras*.

<https://www.corteidh.or.cr/tablas/28595.pdf>

Centro de Derechos de Mujeres (2005) *Nunca antes lo había hablado. El aborto: Testimonios de mujeres Hondureñas*.

<http://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2016/01/El-aborto-Testimonios-de-mujeres-hondurenas.pdf>

Centro de Derechos de Mujeres (2016) *Secreto a voces: una reseña sobre el aborto en Honduras*. Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres.

<http://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2016/02/Secreto-a-vozes-una-resena-sobre-el-aborto-en-Honduras.pdf>

Centro de Derechos Reproductivos (2014) *Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. OHCHR-UNOG

<https://www.womenslinkworldwide.org/files/1289/informacion-sobre-la-prohibicion-de-la-pil-dora-anticonceptiva-de-emergencia-en-honduras-a-la-relatora-especial-de-naciones-unidas-sobre-la-violencia-contra-la-mujer-sus-causas-y-consecuencias.pdf>

Colegio Médico de Honduras (1962) Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras.
<https://www.colegiomedico.hn/dmsdocument/28-ley-organica-del-cmh>

Collins, A. (2013) *Introduction: What is Security Studies?*, en Collins, A. (editor),
Contemporary Security Studies (Third edition), Italia: Oxford University Press, pp.
1-12.

Comisión de Seguridad Humana (2003). *Human Security Now*. Communications
Development Incorporated.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/91BAEEDBA50C6907C1256D19006A9353-chs-security-may03.pdf>

Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
(CLADEM) (2018a) *Embarazo y la maternidad infantil forzados*. Hoja informativa
https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/06/Embarazo_y_maternidad_infantil_forzados_e_n_Honduras.pdf

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de Derechos de la Mujer (CLADEM)
(2018b) *Jurisprudencia sobre Derechos Humanos de las Mujeres 2018*
Honduras.
<https://cladem.org/jurisprudencia.cladem.org/categoria/honduras/honduras.pdf>

Congreso Nacional de la República de Honduras (2009) *Acuerdo ministerial 2744-2009*.
<https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Decreto%2054-2009,%20Prohibi%C3%B3n%20de%20la%20PAE,%20Honduras.pdf>

Córdoba J. (2014) *Viejas y nuevas derechas religiosas en América Latina: los evangélicos como factor político*. Nueva Sociedad No. 254, 112-123.
<https://nuso.org/articulo/viejas-y-nuevas-derechas-religiosas-en-america-latina-los-evangelicos-como-factor-politico/#footnote-11>

Christie R. (2014) The siren song of human security. En Martin M., Owen T. (eds), *Routledge*

Handbook of Human Security (pp. 17-28). Routledge.

Donoso B., Oyarzún E. (2012). *Parto prematuro*. Revista Biomédica revisada por pares Medwave, doi: 10.5867/medwave.2012.08.5477

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>

Donoso C. (2016). *Feminist Critical Human Security: women's (in) security and smuggling on Ecuador's borders* [tesis de doctorado, Universidad de Columbia Británica]. Vancouver: Biblioteca de la Universidad de Columbia Británica.

Duggan, D. (2014). 8. *Reparations for Sexual and Reproductive Violence: Gender Justice and Human Security Challenges in Guatemala and Peru*, En Rosalind Boyd (eds), *The Search of Lasting Peace: critical perspectives on gender-responsive human security*, ASHGATE.

Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International. (2013) Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2011-2012.

<https://www.ine.gob.hn/publicaciones/endesa/Honduras-ENDESA-2011-2012.pdf>

Quezada (1975) Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales. En Anales de Antropología Vol. XII, México, UNAM

<https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD26322.pdf>

Gaido D. (2018). *Los orígenes del decreto soviético de legalización del aborto (1920)*.

Anuario de la Escuela de Historia Virtual. N° 14 pag. 26-52. ISSN: 1853-7049.

<http://revistas.unc.edu.ar/index.php/anuariohistoria>

Galeotti G. (2004). *Historia del aborto. Los muchos protagonistas e intereses de una larga vicisitud*, ISBN 950-602-477-4

García E., Lozano G., Arias M. (2020) *La criminalización de mujeres por el delito de aborto en Honduras. Un análisis del proceso penal y los criterios jurídicos sobre los casos de mujeres judicializadas por abortar de 2006 a 2019 en Honduras, con un enfoque jurídico-social y desde una perspectiva de género y derechos humanos*. Somos Muchas, Option Global Programa de Justicia Reproductiva.

<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1315/La%20Criminalizacio%CC%81n%20de%20las%20Mujeres%20por%20el%20Delito%20de%20Aborto%20en%20Honduras.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gasper D. (2014). Human security: from definitions to investigating a discourse. En Martin M., Owen T. (eds), *Routledge Handbook of Human Security* (pp. 28-43). Routledge.

Guttmacher Institute (2018) Abortion in Latin America and the Caribbean

<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>

Hospital Internacional de Colombia (2021, 21 de mayo). *Aborto Séptico*.

<http://www.fcv.org/site/experiencia-del-paciente/enfermedades-y-tratamientos-a-z/a/236-aborto-septico>

Humans Rights Watch (2005). *Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina*.

<https://www.hrw.org/legacy/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2021, 4 de octubre) *What is Human Security?*.

https://www.iidh.ed.cr/multic/default_12.aspx?contenidoid=ea75e2b1-9265-4296-9d8c-3391de83fb42&Portal=IIDHSeguridadEN#doce

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Programa de las Naciones Unidas para el

Desarrollo (2012) *Guía metodológica para la aplicación del enfoque de Seguridad Humana*.

<https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1560/guia-seguridad-humana-2012.pdf>

IPAS Centroamérica y México (2015). *El Consenso de Montevideo: aspectos clave para el trabajo en promoción y defensa (advocacy)*.

https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/11/Consenso-Montevideo_WEB.pdf

IPAS Centroamérica y México (2020a) *El aborto en el Sistema Internacional de Derechos Humanos, Honduras*. Informe

https://ipaslac.org/recursos/el_aborto_en_el_sistema_internacional_de_derechos_humanos_honduras/

IPAS Centroamérica y México (2020b) *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en Honduras*. Informe

https://ipascam.org/recursos/salud_y_derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_mujeres_en_honduras/

Lamas M. (2008). *El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina*. Scielo. vol.16 no.31

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532008000100004

Lara K. (2021) *Honduras blinda la prohibición total del aborto*. DW.

<https://p.dw.com/p/3oH8d>

Lundberg J. (2012). *Abortion and Human security: a field study of the work to decriminalize abortion in Nicaragua*. Lund University.

Martin M., y Kostovicova D. (2014) From concept to method: the challenge of a human security methodology. En Martin M., Owen T. (eds), *Routledge Handbook of Human Security* (pp. 17-28). Routledge.

Martin M., y Owen, T. (eds). (2014). *Routledge Handbook of Human Security*, Routledge.

Meza-Lopehandía, M. (2016) *El aborto en el derecho internacional de los derechos humanos*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

<https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/23610/1/FINAL%20-%20REFUNDIDO%20-%20El%20aborto%20en%20el%20DIDH.pdf>

Organización de los Estados Americanos (2021, 8 de octubre) Convención do Belém do Pará. <https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp>

Organización Mundial de la Salud (2021) Abortion. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Organización Mundial de la Salud (1995). *Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36997/9243544691_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda Edición.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS*.

<https://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). *En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año*. Comunicado de prensa.

<https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

Organización Mundial de la Salud (24 de abril 2021). *Global Abortion Policies Data Base*.

<https://abortion-policies.srhr.org/>

Organización de Naciones Unidas (1994a). Informe sobre desarrollo humano.

<https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1994escompletonostatspdf.pdf>

Organización de Naciones Unidas (1994a). Informe sobre desarrollo humano.

<https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1994escompletonostatspdf.pdf>

Organización de Naciones Unidas (1994b). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.*

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Organización de Naciones Unidas (2001). *Definitions of Human Security/United Nations Definitions.*

<https://www.gdrc.org/sustdev/husec/Definitions.pdf>

Organización de Naciones Unidas (2014). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 1995.*

https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf?la=es&vs=755

Organización de Naciones Unidas (2015) Declaración Universal de los Derechos Humanos.

https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Organización de Naciones Unidas (2020). Servicios sanitarios de calidad.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Organización de Naciones Unidas (2021a, 19 de enero) *Honduras: Expertas de la ONU deploran la enmienda constitucional que ataca el derecho al aborto seguro.*

<https://news.un.org/es/story/2021/01/1486792>

Organización de Naciones Unidas (2021b, 23 de enero) *La ONU manifiesta su preocupación por la aprobación de la reforma constitucional que impide el aborto y el matrimonio igualitario en Honduras* [comunicado de prensa].

<https://honduras.un.org/es/108906-la-onu-manifiesta-su-preocupacion-por-la-aprobacion-de-la-reforma-constitucional-que-impide>

Peoples, C. Vaughan-Williams, N. (2010) *Critical Security Studies. An introduction*, Estados Unidos de América y Canadá: Routledge.

Pierson C., Thomson J. (2017). *Can abortion rights be integrated into the Women, Peace and Security agenda?* International Feminist Journal of Politics.

Plataforma Derechos Aquí y Ahora (sf.) *Compilación de recomendaciones dirigidas al estado de Honduras desde mecanismos jurídicos internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos.*

https://ipascam.org/recursos/recomendaciones_a_honduras/

Poder Judicial de Honduras (s/f) “Decreto 144-83” Código Penal.

http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20150908_01.pdf

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (1994). *Informe sobre Desarrollo Humano 1994.*

http://www.hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1994_es_completo_nostats.pdf

Saraví F. (2014). *El estetoscopio revoluciona la obstétrica.* Revista médica universitaria digital de la Universidad de UNCuyo, Vol 10 N°2

https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6410/rmuhistoriasdelamedicina.pdf

Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística de la República de Honduras (INE), ICF Internacional (2013) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012*

Sen A. (2014). *Birth of the discourse*. En Martin M., Owen T. (eds), *Routledge Handbook of Human Security* (pp. 17-28). Routledge.

Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras (25 de enero 2021) *Pronunciamiento a la Reforma de Ley Artículo 67*

https://ipascam.org/recursos/la_sociedad_de_ginecologia_y_obstetricia_de_honduras_considera_que_las_reformas_constitucionales_estan_basadas_en_serios_errores_conceptuales/

Stokes W. (2015) *Chapter 4. Feminist Security Studies*. En Hough P., Malik S., Moran A., Pilbeam B. (eds) *International Security Studies: Theory and practice* (pp.45-56). Routledge.

The Alan Guttmacher Institute (2001). *El panorama general del aborto clandestino en América Latina*. (Lasa O., trad) págs. 1-7 (original publicado en 1996)

<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/ib12sp.pdf>

La Tribuna (2021, 3 de febrero) Publicada en La Gaceta reforma que impide legalizar el aborto. La Tribuna.

<https://www.latribuna.hn/2021/02/03/publicada-en-la-gaceta-reforma-que-impide-legalizar-el-aborto/>

Trejo E. (2007) *Legislación Internacional y Derecho Comparado del Aborto*. Centro de Documentación, Información y Análisis, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, Subdirección de Política Exterior.

<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spe/SPE-ISS-11-07.pdf>

Trip A. (2013) Capítulo 1. Toward a Gender Perspective on Human Security. En *Gender, violence and human security: critical feminist perspectives* (pp. 3-32). New York University Press.

Unidad de Seguridad Humana (2009) *Teoría y práctica de la seguridad humana*. Unidad de Seguridad Humana-ONU.

https://www.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDHSeguridad/12_2010/97c70a6a-82ff-409c-a1de-438406607896.pdf

Wibben A. (2010) Chapter 7. Feminist security studies. En M. Dunn & V. Mauert (eds.), *The Routledge Handbook of Security Studies* (pp. 84-94). Routledge.

Zampas C., Gher J (2008) *Abortion as a Human Right – International and Regional Standards*. Human Rights Law Review

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2039715