



CENTRO *de*
DERECHOS
REPRODUCTIVOS



fundeps
Políticas y derechos humanos



OPINIÓN ESCRITA ANTE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

**Solicitud de Opinión Consultiva presentada por la República Argentina sobre
“El contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros
derechos”**

OPINIÓN ESCRITA ACERCA DE LA SOLICITUD DE OPINIÓN CONSULTIVA SOBRE DERECHO AL CUIDADO

Tabla de contenido

I. Introducción.....	2
II. ¿Es el derecho al cuidado un derecho humano autónomo?	4
III. ¿Cuál es el alcance del derecho al cuidado?	12
III.1. Derecho a cuidar de otrxs y autonomía reproductiva	13
III.1.a Derecho a cuidar en libertad: reconocimiento del derecho a elegir en libertad si tener hijxs, cuántos, su espaciamiento y con quién	13
III.1.b. Derecho a cuidar en igualdad: tiempo, dinero y servicios para cuidar.....	18
III.1.c. Derecho a cuidar que tienen las mujeres con discapacidad	20
III.1.d. Derecho a cuidar que tienen las mujeres rurales, campesinas, indígenas y racializadas	24
III.2 Derecho a ser cuidadx y autonomía reproductiva	26
III.3. Derecho al autocuidado y autonomía reproductiva	34
IV. La situación de los derechos reproductivos en América Latina y el Caribe	36
V. Petitorio.....	39

I. Introducción

Ipas Latinoamérica y el Caribe (Ipas LAC) es una organización perteneciente a una red internacional sin fines de lucro que trabaja en 4 continentes para asegurar que todas las mujeres puedan elegir sobre su reproducción. Tiene impacto en la región latinoamericana, se vincula con distintas organizaciones, suma esfuerzos en la prevención de los embarazos no deseados, en el

acceso a la anticoncepción y al aborto seguro, y genera y divulga información basada en evidencia científica.

El Centro de Derechos Reproductivos (CDR) es una organización global no-gubernamental que trabaja para la protección y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas y que busca promover la autonomía reproductiva como un derecho fundamental que todos los Estados están legalmente obligados a proteger, respetar y garantizar.

Ambas organizaciones, acompañadas por Asociación Las Crisálidas, Guatemala; Bolena, Ecuador; Católicas por el Derecho a Decidir, Argentina; Centro de Derechos de Mujeres, Honduras; CLACAI Jurídico; Corporación Humanas, Chile; FUNDEPS, Argentina; IPPF Américas y El Caribe; Jacarandas, Colombia; Miles, Chile; Mujeres x Mujeres, Argentina; Promsex, Perú; REDLAC; Surkuna, Ecuador, remiten por medio de la presente a la Honorable Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, Corte o Corte IDH) su opinión escrita respecto a la solicitud de opinión consultiva sobre el contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos, presentada por la República Argentina con fecha 20 de enero de 2023, de conformidad con el artículo 64.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, CADH).

En dicha consulta, el Estado argentino solicita a la Honorable Corte IDH que determine con precisión los alcances del cuidado como derecho humano, así como las obligaciones que, al respecto, son exigibles a los Estados, de conformidad con la CADH y otros instrumentos internacionales de derechos humanos. En su escrito, el Estado formula a la Corte diversas preguntas sobre el derecho humano a cuidar, a ser cuidado/a y al autocuidado; la igualdad y no discriminación en materia de cuidados; los cuidados y el derecho a la vida; los cuidados y su vínculo con otros derechos económicos, sociales, culturales y ambientales y las obligaciones que tienen los Estados en la materia.

En esta presentación, nuestra intención es profundizar en la vinculación entre el derecho al cuidado y la autonomía reproductiva de las personas. Así, expondremos cómo las tres dimensiones del derecho al cuidado -derecho a cuidar, ser cuidadxs, y autocuidado- se relacionan íntimamente con la protección, el cumplimiento y la garantía de la autonomía reproductiva. Ello, a través del

reconocimiento y la provisión de servicios de salud reproductiva -que incluyen la educación sexual integral, la anticoncepción, los servicios de aborto y post aborto- como también de licencias parentales pagas, servicios e instituciones de cuidado y transferencias de ingresos con fines de cuidado. Todo ello es necesario para que el derecho al cuidado sea ejercido de forma libre, no coaccionada, y en condiciones de igualdad y corresponsabilidad.

Este documento tiene la siguiente estructura. En primer lugar, nos referiremos al derecho humano al cuidado: haremos una síntesis de su alcance y los instrumentos de derechos humanos asociados a su reconocimiento; describiremos sus elementos y modalidades; los sujetos del cuidado; las obligaciones de los Estados en la materia; y el concepto de corresponsabilidad con perspectiva de género, interseccional e intercultural. En segundo lugar, nos extenderemos sobre la vinculación entre la autonomía reproductiva y las tres dimensiones del derecho al cuidado. En tercer lugar, haremos referencia a la situación de los derechos reproductivos -en particular, del aborto- en América Latina y el Caribe, para concluir que reconocer y asegurar la autonomía reproductiva resulta esencial para el efectivo cumplimiento del derecho al cuidado. Nuestras observaciones contribuyen a responder dos preguntas formuladas por el Estado argentino en su presentación: ¿es el derecho al cuidado un derecho autónomo? y ¿cuál es el alcance del derecho al cuidado?

II. ¿Es el derecho al cuidado un derecho humano autónomo?

Los cuidados son aquellas tareas necesarias para sostener la vida productiva y reproductiva de todas las personas. En algunos casos el cuidado es remunerado y en otros casos no lo es; a veces su provisión se realiza a través de servicios públicos y otras veces privados, o una combinación de ambos¹. Los cuidados son un aspecto central de la vida de las personas, e incluyen el cuidado propio o auto-cuidado, el cuidado directo a una persona (por ejemplo, ayudar a un parent cuando se enferma), el cuidado indirecto (todo lo que hace al sostenimiento de la vida diaria, como cocinar y limpiar) y la administración del cuidado que proveen otrxs (por ejemplo, supervisión de

¹ FAUR, Eleonor. (2011). A Widening Gap? The Political and Social Organization of Childcare in Argentina. *Development and Change*, 42 (4); FAUR, Eleonor y PEREYRA, Francisca. (2018). “Gramáticas del Cuidado” en PIOVANI, Juan Ignacio y SALVIA, Agustín (coords.), *La Argentina del Siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; PROVOSTE FERNÁNDEZ, Patricia. (2013). “Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas” en *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 127-166). Santiago de Chile: CEPAL, LC/G. 2568-P.

cuidadores remunerados)². Gracias a los cuidados que otras personas nos dan, y que nos damos a nosotros mismxs y a otrxs, es que puede tener lugar la salud y el bienestar, y la vida familiar, laboral y política en una comunidad, ya que no solo incluyen una dimensión emocional o afectiva sino que también generan valor económico³.

A pesar de su relevancia, los sistemas jurídicos y la seguridad social han entendido a los cuidados como una tarea que deben desarrollar las mujeres y otras identidades feminizadas en el interior del hogar, y de forma no remunerada. Los cuidados han sido, y aún hoy son, entendidos bajo un modelo familiar tradicional con división sexual del trabajo, donde los varones son proveedores y las mujeres cuidadoras, en condiciones de pleno empleo formal⁴.

Este tipo de regulación ha estructurado la injusta distribución del trabajo de cuidado en la región y en el mundo⁵. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que, a nivel global, las mujeres llevan adelante el 76.2% del trabajo de cuidado no remunerado, e informa que en ningún país del mundo existe una distribución equitativa entre hombres y mujeres⁶. Globalmente, las mujeres dedican, en promedio, 3.2 veces más tiempo que los hombres en tareas de cuidado: 4.25 horas al día las mujeres *vis-à-vis* 1.23 horas al día los hombres. A lo largo de un año, esta distribución injusta implica que las mujeres cuidan un total de 201 días (sobre la base estándar de un día de trabajo de 8 horas) mientras que los varones cuidan 63 días⁷. En consonancia con el

² PROVOSTE FERNÁNDEZ, Patricia. (2013). “Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas” en *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 127-166). Santiago de Chile: CEPAL, LC/G. 2568-P; RODRIGUEZ ENRIQUEZ, Corina María y MARZONETTO, Gabriela Lucía. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, vol. 4, no. 8.

³ PAUTASSI, Laura. (2023). *El Derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo*. Friedrich Ebert Stiftung, p.3; TRONTO, Joan, et al. (2006). *Socializing care: Feminist ethics and public issues*. Rowman & Littlefield Publishers; MARTÍNEZ FRANZONI, Juliana. (2021). “Los cuidados durante y después de la pandemia en América Latina: ¿Una emergencia con oportunidades?” en PAUTASSI, Laura y MARCO NAVARRO, Flavia (coords.), *Feminismos, cuidados e institucionalidad. Homenaje a Nieves Rico* (pp. 123-154). Fundación Medife Edita; LAMAS, Marta. (2018). “División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida” en *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 12-23). ONU Mujeres.

⁴ PAUTASSI, Laura Cecilia, ARCIDIACONO, Ana del Pilar José y STRASCHNOY, Mora. (2014). Condicionando el cuidado: La Asignación Universal por Hijo para la protección social en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50.

⁵ BANGO, Julio et al. (2020). *Care in Latin America and the Caribbean during the Covid-19: Towards Comprehensive Systems to Strengthen Response and Recovery*. ONU Mujeres y CEPAL.

⁶ Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado. Para un futuro con trabajo decente. Resumen Ejecutivo*. Ginebra: OIT.

⁷ *Ibid.*

promedio global, en América Latina, la CEPAL informa que las mujeres dedican el 19.6% de su tiempo al trabajo de cuidados no remunerado mientras que los varones solamente dedican el 7.3% de su tiempo⁸.

La carga desproporcionada de cuidado que pesa sobre las mujeres e identidades feminizadas es el principal determinante de su más baja inserción en el mercado laboral formal, reproduciendo inequidades sociales y de género que se expresan en la brecha salarial⁹, su mayor presencia en empleos informales y de baja remuneración, barreras para acceder a puestos de poder y decisión (techos de cristal), obstáculos para el avance de sus trayectorias educativas y laborales, y en su participación plena en la sociedad y en la política¹⁰, entre otros impactos negativos para su desarrollo económico y personal¹¹. En América Latina, el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral no se reflejó en el acceso a trabajos de calidad¹², siendo uno de los factores principales que lo impide la ausencia de infraestructura pública de cuidados, tales como guarderías y jardines maternales¹³, así como de licencias de parentales pagas y con perspectiva de género¹⁴.

Según la CEPAL, en América Latina, en promedio, el 60% de las mujeres que viven con niños, niñas o adolescentes menores de 15 años no trabaja de forma remunerada porque son las responsables de las tareas de cuidados¹⁵; circunstancia que se ve agravada en hogares de quintiles más bajos, donde 1 de cada 3 mujeres dentro de la población activa no trabaja de forma remunerada por la carga de cuidados¹⁶. Por otra parte, la CEPAL también indica que “si bien las mujeres disminuyen su carga de trabajo no remunerado al obtener ingresos propios, asociado a la

⁸ CEPAL. (2022). *Romper el silencio estadístico para alcanzar la igualdad de género en 2030: aplicación del eje sobre sistemas de información de la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*. Santiago de Chile: CEPAL, p. 15.

⁹ Mientras trabajamos en esta observación recibimos la noticia de que la Dra. Claudia Goldin recibió el premio Nobel de Economía por documentar la brecha salarial entre hombre y mujeres, determinada, entre otros factores, por el nacimiento del primer hijo.

¹⁰ CIDH. (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*. párr. 280.

¹¹ PAUTASSI, Laura. (2023). *El Derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo*. Friedrich Ebert Stiftung, p. 4.

¹² OIT (2019), pág. 14.

¹³ CIDH, párrs. 81-83; OIT (2019), págs. 10-11.

¹⁴ CIDH, párr. 130.

¹⁵ CEPAL. (2021). *Panorama Social de América Latina 2020*. Santiago de Chile: CEPAL.

¹⁶ *Ibid.*

posibilidad de compra en el mercado de algunos servicios y productos y al uso del tiempo en el mercado laboral, la brecha de género no disminuye. La diferencia en horas destinadas al trabajo no remunerado entre hombres y mujeres sigue siendo muy amplia, más del doble en la mayoría de los casos. Esta dinámica ha sido atribuida en gran parte, a la discriminación y los tradicionales estereotipos de género en la asignación de labores y su respectiva valoración social”¹⁷. Y concluye que, para superar las desigualdades de género en la distribución de la carga total de trabajo, las políticas que promuevan el acceso de las mujeres a ingresos propios deben ser acompañadas por el enfoque de la corresponsabilidad entre hombres y mujeres dentro del hogar.

Asimismo, la CEPAL y ONU Mujeres señalan que la feminización de la organización social de los cuidados afecta a las mujeres en general y, en particular, a las mujeres en situación de pobreza. Destacan así la interdependencia entre cuidados, pobreza, desigualdad y precariedad, ya que las mujeres que están en peor situación económica tienen menos posibilidades de contratar servicios de cuidados en el mercado. A su vez, cuanto más trabajos de cuidado realizan, más dificultades enfrentan para insertarse en el mercado laboral y superar la pobreza¹⁸.

En otras palabras, estamos ante una auténtica “crisis de cuidados”¹⁹, definida como la creciente inhabilidad de las familias (y, dentro de ellas, de las mujeres) de seguir cubriendo las necesidades específicas de cuidado sin resignar su desarrollo, autonomía y bienestar. Crisis que se vio agravada por el impacto de la pandemia del COVID-19²⁰, y a la luz de los cambios demográficos de las últimas décadas, como la emergencia de modelos familiares alternativos al tradicional²¹, mayor

¹⁷ CEPAL, Tiempo de trabajo no remunerado según ingresos propios por sexo en Repositorio de información sobre el uso del tiempo en América Latina y el Caribe. Disponible en [https://oig.cepal.org/es/indicadores/tiempo-trabajo-no-remunerado-seguin-ingresos-proprios-sexo](https://oig.cepal.org/es/indicadores/tiempo-trabajo-no-remunerado-segun-ingresos-proprios-sexo)

¹⁸ CEPAL y ONU Mujeres. (2021). *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: Elementos para su Implementación*. CEPAL y ONU Mujeres, págs. 17-18.

¹⁹ Dirección Nacional de Economía y Género y UNICEF. (2021). *Public Policy Challenges in Light of the Care Crisis: The Impact of the Pandemic on Households with Children and Adolescents Led by Women*. Buenos Aires: Ministerio de Economía de Argentina y UNICEF.

²⁰ Organización de Estados Americanos (OEA) y Comisión Interamericana de la Mujer (CIM). (2020). *Covid-19 in Women's Lives: The Global Care Emergency*. Washington D.C.: OAS, CIM; VILLAFAÑE, Soledad y BUSTOS, Juan Martín (comps.). (2020). *Cuidados y Mujeres en Tiempos de Covid-19: La Experiencia Argentina*. Santiago de Chile: UN, CEPAL.

²¹ La menor incidencia de modelos de familias tradicionales con división sexual del trabajo, para dar lugar a familias donde ambos progenitores tienen trabajos remunerados, o familias monoparentales, o familias queer.

longevidad de la población, mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral, y procesos migratorios que hacen parte de complejas cadenas de cuidados²² regionales y globales.

La sociedad civil y la academia latinoamericanas²³ son pioneras en el estudio de la crisis de cuidados y en el desarrollo de abordajes regulatorios que hagan posible la corresponsabilidad entre las mujeres y varones dentro de las familias, y entre las familias, el mercado, el Estado y la comunidad²⁴. El foco también está puesto en desarrollar políticas de cuidado desde una perspectiva interseccional, intercultural, de derechos y no asistencialista²⁵, ya que la distribución de los cuidados es una parte esencial de la igualdad de género, lo que las hace exigibles ante el Estado bajo los compromisos asumidos internacionalmente.

Laura Pautassi fue pionera en postular que el cuidado debe ser considerado un derecho humano, universal y autónomo²⁶. Según la autora, existe una obligación estatal de proteger, garantizar y proveer las condiciones materiales y simbólicas para que se realicen los cuidados, y a que su satisfacción sea posibilitada y provista por el Estado, de forma progresiva y autónoma del ejercicio de otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales²⁷.

En la mayoría de los pactos y tratados internacionales se menciona de alguna forma el tema de los cuidados, y esto permitió su identificación a partir de la metodología de enfoque de derechos²⁸. Pautassi explica:

El reconocimiento del cuidado, como un derecho humano de cada persona, permite su consideración como trabajo, pero a la vez puede ser invocado por cualquier persona de

²² OIT. (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: OIT.

²³ Ver JARAMILLO SIERRA, Isabel y GARZÓN LANDÍNEZ, Tary (comps.). (2023). *Nuevas Familias, Nuevos Cuidados. Cómo Distribuir el Cuidado Dentro y Fuera de los Hogares del Siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

²⁴ RAZAVI, Shahra. (2007). The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options. *Gender and Development*.

²⁵ PROVOSTE FERNÁNDEZ, Patricia. (2013). “Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas” en *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 127-166). Santiago de Chile: CEPAL, LC/G. 2568-P.

²⁶ Ver PAUTASSI, Laura Cecilia. (2018). El cuidado como derecho: Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, vol. 272.

²⁷ PAUTASSI, Laura. (2023). *El Derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo*. Friedrich Ebert Stiftung.

²⁸ PAUTASSI, Laura. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. *Serie Mujer y Desarrollo* 87. Santiago de Chile: CEPAL.

manera autónoma con independencia de si necesita cuidar, si debe ser cuidado o cuidada; o si reviste alguna de las condiciones hasta ahora habilitadas para gestionarlo, como trabajar como asalariado o asalariada formal o encontrarse en condiciones de pobreza, padecer alguna enfermedad o encontrarse en un momento vital para recibirla, como en el caso de NNA, personas mayores o con discapacidad²⁹.

La definición del derecho al cuidado como un derecho humano consistente en el derecho a cuidar, ser cuidadx y al autocuidado hace que sus titulares no sólo sean las personas dependientes sino todas las personas, y se vincula con sus derechos a la vida digna, la autonomía -incluida la autonomía reproductiva-, la salud -incluida la salud reproductiva-, el bienestar, la protección a las familias, a la maternidad, a los niños, niñas y adolescentes, a las personas mayores, y a las personas con discapacidad, entre otros³⁰.

Las primeras ideas en torno al derecho al cuidado se gestan con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007), y se vinculan a los niños, niñas y adolescentes. No obstante, se denomina por primera vez en esos términos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), donde se establece que las personas adultas mayores tienen “derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía”. Además, el cuidado como derecho humano fue discutido y concordado en las Conferencias Regionales de la Mujer de América Latina y el Caribe, los mecanismos para el adelanto de la mujer (MAM), las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil, y los organismos especializados del sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos³¹.

En la Conferencia de Quito de 2007, se habló por primera vez en términos teóricos sobre el “derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidarse”³². Pasó de verse al cuidado exclusivamente como

²⁹ PAUTASSI, Laura. (2023). *El Derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo*. Friedrich Ebert Stiftung, p. 6.

³⁰ *Ibid*, pág. 7.

³¹ *Ibid*, pág. 7.

³² PAUTASSI, Laura. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. *Serie Mujer y Desarrollo* 87. Santiago de Chile: CEPAL.

una crisis y/o un trabajo, a verlo como un derecho humano de cumplimiento obligatorio para los Estados. Con posterioridad, en las Conferencias Regionales de la Mujer de América Latina y el Caribe celebradas en Brasilia (2010), República Dominicana (2013), Uruguay (2016), Santiago de Chile (2020) y Buenos Aires (2022), se reforzó el acuerdo, al entender al cuidado como un derecho humano, y así quedó plasmado en los consensos finales, donde se ampliaron las bases para el diseño de políticas públicas de provisión de cuidados con enfoque de derechos³³.

El Consenso de Brasilia estableció:

Que el acceso a la justicia es fundamental para garantizar el carácter indivisible e integral de los derechos humanos, incluido el derecho al cuidado. Señalando que el derecho al cuidado es universal y requiere medidas sólidas para lograr su efectiva materialización y la corresponsabilidad por parte de toda la sociedad, el Estado y el sector privado". En la Estrategia de Montevideo (2016) se identifica a la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado como uno de los nudos estructurales a modificar de manera explícita para alcanzar sociedades más justas y sostenibles y "cerrar la brecha entre la igualdad de jure y de facto mediante el fortalecimiento de las políticas públicas para garantizar la autonomía y el ejercicio pleno de los derechos humanos de todas las mujeres y niñas, superando discriminaciones, prejuicios y resistencias³⁴.

En el Compromiso de Santiago de Chile, los Estado acordaron:

Diseñar sistemas integrales de cuidado desde una perspectiva de género, interseccionalidad e interculturalidad y de derechos humanos que promuevan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad, e incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad, para satisfacer las distintas necesidades de cuidado de la población, como parte de los sistemas de protección social³⁵.

³³ PAUTASSI, Laura. (2023). *El Derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo*. Friedrich Ebert Stiftung, p. 8.

³⁴ XI Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, Compromiso de Brasilia, julio de 2010, p. 15.

³⁵ XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Compromiso de Santiago, enero de 2020.

En el Compromiso de Buenos Aires, el acuerdo de los Estados fue:

Reconocer el cuidado como un derecho de las personas a cuidar, a ser cuidadas y a ejercer el autocuidado sobre la base de los principios de igualdad, universalidad y corresponsabilidad social y de género y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por las personas de todos los sectores de la sociedad, las familias, las comunidades, las empresas y el Estado, adoptando marcos normativos, políticas, programas y sistemas integrales de cuidado con perspectiva de interseccionalidad e interculturalidad, que respeten, protejan y cumplan los derechos de quienes reciben y proveen cuidados de forma remunerada y no remunerada, que prevengan todas las formas de acoso sexual y laboral en el mundo del trabajo formal e informal y que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo y a la educación, participar en la vida pública, en la política y en la economía, y disfrutar plenamente de su autonomía³⁶.

Además, el Compromiso de Buenos Aires estableció la urgencia y necesidad de:

Adoptar marcos normativos que garanticen el derecho al cuidado a través de la implementación de políticas y sistemas integrales de cuidado desde las perspectivas de género, interseccionalidad, interculturalidad y derechos humanos, y que incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad en el territorio (...) Diseñar y aplicar políticas de Estado que favorezcan la corresponsabilidad de género y permitan superar los perjudiciales roles, comportamientos y estereotipos sexistas mediante normativas orientadas a establecer o ampliar las licencias parentales para las diversas formas de familias, así como otros permisos de cuidado de personas en situación de dependencia, incluidos permisos de paternidad irrenunciables e intransferibles³⁷.

Por su parte, estos consensos regionales tienen estrecha relación con la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, específicamente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5, que establece que el trabajo de cuidados no remunerado debe ser cubierto a través de servicios públicos,

³⁶ XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Compromiso de Buenos Aires, noviembre de 2022, ap. 8.

³⁷ Ibíd., punto 10.

infraestructura y políticas de protección social, y con el ODS 10, que trata sobre la reducción de desigualdades³⁸.

III. ¿Cuál es el alcance del derecho al cuidado?

Como reseñamos en la sección anterior, el derecho al cuidado se compone de tres dimensiones: el derecho a cuidar, a ser cuidadx y al autocuidado. El alcance de estas dimensiones puede teorizarse desde distintos puntos de vista. En esta observación, y según establecimos en la introducción, desarrollaremos su relación con la autonomía reproductiva; relación que fue explícitamente mencionada en el Compromiso de Buenos Aires, al disponerse que el cuidado incluye necesariamente la promoción de la autonomía de las mujeres. Concretamente, los Estados acordaron:

Crear las condiciones propicias para la autonomía de las mujeres, las adolescentes y las niñas en toda su diversidad a través del fortalecimiento de capacidades, la tecnología, la asistencia humanitaria, el suministro de infraestructuras y servicios esenciales asequibles y de calidad, y la inversión en estos, promoviendo, entre otros, el acceso universal a los servicios de salud integrales, incluidos los servicios de salud mental, salud sexual y salud reproductiva, y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, mediante el acceso a información y educación sexual integral y a servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, así como el acceso a la educación y a servicios integrales de prevención y atención de todas las formas de violencia por razón de género contra las mujeres, al agua potable, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente, al saneamiento, a la energía renovable, no contaminante y asequible, al transporte público, a la vivienda, a la protección social y al trabajo decente para las mujeres³⁹.

³⁸ Finalmente, cabe mencionar que la relevancia de los cuidados también fue planteada por el Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino) a través del Proyecto de Ley Marco de Sistema Integral de Cuidados en 2012 (Parlatino, 2012) y de la Ley Modelo sobre Economía del Cuidado de 2013, y por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA) que elaboró la Ley Modelo Interamericana de Cuidados (OEA/CIM, 2022). Además, en el 48º periodo de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, celebrado en 2021, la República Argentina presentó, junto con México y el apoyo de 50 Estados, la Declaración Internacional sobre la Importancia del Cuidado en el Ámbito de los Derechos Humanos.

³⁹ Compromiso de Buenos Aires, op. cit., punto 19.

De forma similar, Pautassi (2023) afirma que “ser titular del derecho al cuidado es una potestad que requiere tutela, garantías y prestaciones concretas, pero a la vez obliga a cumplir con los mandatos intrínsecos. Por ejemplo, el derecho a decidir tener hijas, hijos o hijas y su espaciamiento implica tanto una elección libre e informada –cuando el ordenamiento jurídico lo prevé– como la consiguiente obligación de asumir, de manera conjunta y en igualdad de dedicación, tiempo y recursos para el cuidado por parte de ambos progenitores”. En los apartados que siguen explicaremos cómo se conecta la autonomía reproductiva con el derecho a cuidar, a ser cuidadx y al autocuidado.

III.1. Derecho a cuidar de otrxs y autonomía reproductiva

III.1.a Derecho a cuidar en libertad: reconocimiento del derecho a elegir en libertad si tener hijxs, cuántos, su espaciamiento y con quién

El derecho al cuidado, en su dimensión de “cuidar de otrxs”, plantea como titular a la persona dadora de cuidado o cuidadora. Para que el derecho a cuidar de otrxs se desarrolle en condiciones de igualdad y no discriminación, debe reconocerse y, sobre todo, asegurarse, que quienes cuidan hayan elegido hacerlo en libertad. Es decir que debe garantizarse el derecho a decidir si tener o no tener hijos en primer lugar, cuándo y con quién. De lo contrario, el cuidado, lejos de ser un derecho, se transforma en una carga o en la imposición de cuidar en condiciones coactivas, como ocurre en muchos países de Latinoamérica, donde los derechos reproductivos no están reconocidos. Es por ello que el acceso a información y servicios de salud reproductiva, que incluyen la educación sexual integral, la anticoncepción, y los servicios de aborto y post aborto son una condición para que el derecho a elegir cuidar (o no) sea satisfecho. Estos derechos se engloban en la definición de salud sexual y reproductiva derivada de diversos instrumentos de derechos humanos⁴⁰ y documentos internacionales⁴¹, y su alcance ha sido expuesto por los tribunales y órganos del sistema interamericano y el sistema internacional de protección de los derechos humanos.

⁴⁰ Por ejemplo, el artículo 16 de la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) reconoce expresamente el derecho de las mujeres “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

⁴¹ ONU, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres, 27 de octubre de 1995, A/CONF.177/20 (1995) y A/CONF.177/20/Add.1 (1995).

El contenido del derecho a la autonomía reproductiva se desprende de la definición de derechos reproductivos incluida en la Declaración de la Plataforma de Acción de Beijing producto de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas de 1995, donde se dijo que:

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos⁴².

Tomando esta definición, la Corte IDH se ha pronunciado en diversos casos sobre el derecho a la autonomía reproductiva y su relación con otros derechos. Por ejemplo, en el caso “Artavia Murillo c. Costa Rica”⁴³ (2012), la Corte vinculó el derecho a la autonomía reproductiva con los derechos a la integridad personal, la vida privada y la libertad, protegidos por los artículos 5, 11 y 7 de la CADH, respectivamente. El tribunal afirmó que el art. 11 de la CADH exige que los Estados protejan el ámbito de privacidad de las personas ante agresiones e invasiones arbitrarias o abusivas por parte de terceros o autoridades públicas. Luego, conectó esta disposición con el concepto amplio de libertad derivado del art. 7.1 de la CADH que comprende la autodeterminación y la posibilidad de cada ser humano de elegir las opciones y circunstancias que dan sentido a su existencia, en razón de sus propias convicciones⁴⁴. Expresamente, la Corte consideró que:

la efectividad del ejercicio del derecho a la vida privada es decisiva para la posibilidad de ejercer la autonomía personal sobre el futuro curso de eventos relevantes para la calidad de vida de la persona. La vida privada incluye la forma en que el individuo se ve a sí mismo y cómo decide proyectarse hacia los demás, y es una condición indispensable para el libre desarrollo de la personalidad⁴⁵.

⁴² Ibíd, párr. 95.

⁴³ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C No. 257

⁴⁴ Ibíd, párr. 142.

⁴⁵ Ibíd., párr. 143.

Y agregó que la maternidad forma parte esencial del libre desarrollo de la personalidad de las mujeres. Teniendo en cuenta todo lo anterior, la Corte consideró que “la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada”⁴⁶ y que este derecho se relaciona con la autonomía reproductiva, y con el acceso a servicios de salud reproductiva⁴⁷. Por último, la Corte consideró que “la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave [de] la autonomía y la libertad reproductiva”⁴⁸.

En el caso “I.V. c. Bolivia”⁴⁹ (2016), la Corte especificó que el principio de autonomía veda toda actuación estatal que procure la instrumentalización de las personas, es decir, convertirlas en un medio para fines ajenos a las elecciones sobre su propia vida, su cuerpo y el desarrollo pleno de su personalidad⁵⁰. Más adelante, conectó la libertad de cada persona para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su salud sexual y reproductiva con el derecho a la integridad física y psicológica. En palabras de la Corte, esta conexión

exige, por un lado, que el Estado asegure y respete decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable y, por el otro, que se garantice el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas sobre el curso de acción respecto a su cuerpo y salud de acuerdo a su propio plan de existencia. En materia de salud, el suministro de información oportuna, completa, comprensible y fidedigna, debe realizarse de oficio, debido a que esta es imprescindible para la toma de decisiones informadas en dicho ámbito⁵¹.

En el caso “Manuela c. El Salvador”⁵² (2021), la Corte concluyó que los datos sobre la salud y la vida sexual son personales, delicados y sensibles, desprendiendo de ese carácter el derecho a su

⁴⁶ Ibíd., párr. 143.

⁴⁷ Ibíd., párr. 146.

⁴⁸ Ibíd., párr. 147.

⁴⁹ Corte IDH. Caso I.V. vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.

⁵⁰ Ibíd., párr. 150.

⁵¹ Ibíd., párr. 155.

⁵² Corte IDH. Manuela y otros vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441.

protección, a que la atención médica brindada sea confidencial y se encuentre privilegiada por el secreto profesional⁵³. En este caso, la Corte precisó que:

el derecho a la salud sexual y reproductiva se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos⁵⁴.

En conclusión, de los tres casos mencionados se desprende que el derecho a la autonomía reproductiva se refiere a la potestad de decidir sobre el propio cuerpo, la vida y la salud, sin coacción, discriminación o violencia; y la posibilidad efectiva de acceder a información y servicios de salud reproductiva.

En el sistema universal de protección de los derechos humanos, diversos Comités y Relatores Especiales se han pronunciado sobre la autonomía en relación con la salud y los derechos reproductivos. Así, por ejemplo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sostuvo que “el derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva es imprescindible para su autonomía y su derecho a adoptar decisiones significativas sobre su vida y salud”⁵⁵ y que los Estados “deben elaborar leyes, políticas y programas para prevenir, abordar y remediar las violaciones del derecho de todas las personas a la adopción de decisiones con autonomía sobre los asuntos relativos a su salud sexual y reproductiva, y sin violencia, coacción ni discriminación”⁵⁶. El Comité CEDAW estableció que el derecho a la salud sexual y reproductiva debe garantizarse en condiciones de igualdad y sin discriminación y exigió a los Estados “que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la

⁵³ Ibíd., párrs. 30, 205 y 206.

⁵⁴ Ibíd., párr. 192.

⁵⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22, Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/22, 2 de mayo 2016, párr. 25.

⁵⁶ Ibíd., párr. 29.

autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa”⁵⁷. El Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental afirmó que las leyes penales que castigan y restringen el aborto “atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva”⁵⁸.

Por su parte, la Cámara de Apelaciones de la Corte Penal Internacional, en el caso “El Fiscal vs. Dominic Ongwen”, se pronunció expresamente sobre la autonomía reproductiva como un bien protegido por el derecho penal internacional. Dominic Ongwen fue comandante del Ejército de Resistencia del Señor, un grupo armado liderado por Joseph Kony en Uganda. En febrero de 2021, Ongwen fue declarado culpable de 61 cargos de crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra cometidos en el norte de Uganda entre el 1 de julio de 2002 y el 31 de diciembre de 2005, incluidos los delitos de matrimonio forzado, tortura, violación, esclavitud sexual y embarazo forzado que cometió contra siete mujeres que fueron ilegalmente recluidas y obligadas a vivir con él como sus esposas. En palabras de la Sala de Instancia, “el delito de embarazo forzado se fundamenta en el derecho de la mujer a la autonomía personal y reproductiva y el derecho a la familia”⁵⁹. Posteriormente, la Sala de Apelaciones en su sentencia condenatoria de diciembre de 2022, sostuvo que:

*el confinamiento ilegal de mujeres embarazadas puede afectar sus derechos sexuales y reproductivos. De hecho, las mujeres en esas circunstancias se ven impedidas de acceder a servicios e información sanitaria que puedan facilitar la toma de decisiones sobre el embarazo, incluido el aborto”. Por lo tanto, concluyó que “la definición [de embarazo forzado] establecida en el artículo 7(2)(f) del Estatuto [de Roma] indica que el objetivo principal de este crimen es proteger la autonomía reproductiva de las mujeres*⁶⁰.

⁵⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24. La Mujer y la Salud. 2 de febrero de 1999, párr. 1, 13 y 31 e).

⁵⁸ Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. A/66/254, 3 de agosto de 2011, párr. 21.

⁵⁹ Corte Penal Internacional (CPI), El Fiscal v. Dominic Ongwen, Sentencia de la Sala de Instancia, 4 de febrero de 2021, párr. 2717.

⁶⁰ Corte Penal Internacional (CPI), Caso El Fiscal v. Dominic Ongwen, sentencia de la Sala de Instancia, 15 de diciembre de 2022, párr. 1055 (traducción propia de la versión original en inglés).

Todos los pronunciamientos citados presentan a la decisión de ser o no ser madre como una faceta de la autonomía reproductiva, ubicándola en un espacio de decisiones personales que debe permanecer libre de toda coacción, violencia y discriminación, e incluir la disponibilidad de información, servicios sanitarios y otros medios que permitan a las personas gestantes decidir de manera libre y responsable si tener hijxs, cuántos tener, y el intervalo entre los nacimientos, en concordancia con lo dispuesto del artículo 16 inciso e) de la CEDAW. Estas garantías existen para que las personas tomen decisiones informadas sobre su reproducción y para que, cuando elijan reproducirse, puedan ejercer el derecho al cuidado libremente y en condiciones de igualdad y no discriminación.

Además de las decisiones concernientes a la reproducción y la familia, el respeto por la autonomía reproductiva posibilita que las personas puedan planificar y llevar adelante otras decisiones vitales, como sus planes educativos y profesionales. De hecho, existe evidencia empírica que asocia la legalización del aborto con un mayor nivel de educación alcanzado entre las mujeres. De un conjunto de revisiones realizadas en 2021 se concluyó que la criminalización del aborto afecta a la educación de las mujeres⁶¹, a su inserción en el mercado laboral y a las contribuciones que pueden hacer al crecimiento del PBI⁶². Es así como el derecho a la autonomía reproductiva vuelve a cruzarse con el derecho al cuidado, ya que como se mencionó en la sección anterior, la distribución injusta de la carga de cuidado que recae sobre las mujeres tiene serias implicancias en su desarrollo personal y profesional.

III.1.b. Derecho a cuidar en igualdad: tiempo, dinero y servicios para cuidar

Garantizar el derecho a cuidar de otrxs en libertad no implica únicamente garantizar el derecho a no reproducirse y, por ende, a no cuidar coaccionadamente, sino también asegurar los medios para que los proyectos familiares de las personas –y en particular, los derechos a la protección a la familia y a fundar una familia– puedan realizarse en condiciones de igualdad. Así, el derecho a cuidar de otrxs en libertad no solo exige que existan servicios para los casos en que las personas eligen no tener hijxs, sino también –y de acuerdo con los alcances del derecho al cuidado–,

⁶¹ Ver, por ejemplo, MØLLAND, Eirin. (2016). Benefits from delay? The effect of abortion availability on young women and their children. *Labour Economics*, 43, pp. 6–28.

⁶² OMS. Aborto: Datos y Cifras, Nota descriptiva, 25 de noviembre de 2021.

licencias parentales pagas y equitativas, transferencias de ingresos y servicios e infraestructura pública de cuidado para que las personas que eligen formar una familia puedan hacerlo sin que ello implique una carga desproporcionada sobre las mujeres, con serias consecuencias para su desarrollo y bienestar.

También se viola el derecho a la igualdad de género y a la autonomía reproductiva, al desincentivar a las personas a reproducirse por falta de políticas de cuidado, como ocurre en algunos países de Europa, Norteamérica y países de ingresos altos en Asia del Este, donde la tasa de natalidad es decreciente, a menudo, en oposición a los deseos reproductivos de las parejas⁶³. Del mismo modo que tasas de natalidad muy altas reflejan desigualdades de género, tasas de natalidad muy bajas también pueden hacerlo en ausencia de políticas públicas de cuidado⁶⁴. La disminución en la tasa de natalidad global es una de las tendencias demográficas más importantes de las últimas décadas⁶⁵, que, sin embargo, ocurre de forma desigual en distintas regiones y grupos sociales. Según ONU Mujeres, una de las razones asociadas a esta baja en países de ingresos altos es la dificultad que las mujeres enfrentan para balancear las obligaciones de cuidado con las obligaciones derivadas del trabajo remunerado⁶⁶. Incluso cuando tienen un trabajo remunerado, se espera de ellas que realicen la mayoría de las tareas de cuidado⁶⁷. En estos países, las altas tasas de educación e inserción en el mercado laboral para las mujeres no han sido acompañadas por políticas de cuidado para apoyar a las familias, por lo que deciden no tener hijos o tener menos de los que quisieran⁶⁸.

Condiciones laborales que apoyan el balance entre familia y trabajo, licencias parentales pagas y servicios públicos de cuidado juegan un rol crucial en apoyar a las mujeres y a sus parejas a llevar

⁶³ UN Women (2020), *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁶⁴ UN Women (2020), *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁶⁵ UN Women (2020), *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁶⁶ Otras razones son: la expectativa social de que las mujeres dediquen muchas horas al cuidado de los hijos, circunstancia que es rechazada por mujeres educadas con ambiciones profesionales; la baja participación de los varones en el cuidado; y la creciente inestabilidad e incertidumbre económica y laboral; UN Women (2020), *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁶⁷ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁶⁸ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women; algunos estudios trazan una relación entre el costo alto de los servicios de cuidado para la primera infancia y tasas de aborto más altas: ver HUSSEY, Laura S. (2010). Welfare Generosity, Abortion Access, and Abortion Rates: A Comparison of State Policy Tools. *SOCIAL SCIENCE QUARTERLY*, 91 (1).

adelante sus proyectos familiares y su autonomía reproductiva⁶⁹, como se ha visto en países donde las políticas de cuidado y el mayor involucramiento de los padres en la crianza subieron las tasas de natalidad, y las equipararon con los deseos reproductivos de las personas⁷⁰.

III.1.c. Derecho a cuidar que tienen las mujeres con discapacidad

Un compromiso con la interseccionalidad del derecho al cuidado nos lleva a poner el foco en el derecho a cuidar que tienen las mujeres con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad intelectual o psicosocial y quienes están institucionalizadas. En estos casos, los Estados, por un lado, tienen la obligación de legalizar, proveer y asegurar el acceso a servicios de salud reproductiva, incluido el aborto (especialmente en los casos en que las mujeres con discapacidad fueron víctimas de abuso sexual) para cuando quieran interrumpir su embarazo; y las políticas de cuidado en caso de que quieran maternar. Por otro lado, los Estados deben implementar sistemas de apoyo para que las mujeres puedan tomar cualquiera de las dos decisiones de forma autónoma e informada, libres de discriminación, estigma y prejuicios en torno a su capacidad o habilidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y para cuidar de otrxs.

Diversos informes, casos e investigaciones⁷¹ dan cuenta de que las personas con discapacidad -en especial, mujeres, niñas, adolescentes y LGBTIQ+- enfrentan barreras en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, que les impiden tener control y tomar decisiones autónomas sobre sus propias vidas. Estas múltiples formas de discriminación están sustentadas en la persistencia de estereotipos, prejuicios y perspectivas asistencialistas, tanto en la normativa y políticas públicas, como en numerosas prácticas sociales que profundizan la segregación y la exclusión de las personas con discapacidad.

⁶⁹ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁷⁰ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁷¹ Ver Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014), Observación General N° 2 sobre el Artículo 9: Accesibilidad, CRPD/C/GC/2, 22 de mayo de 2014; Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), Observación General N° 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, CRPD/C/GC/3, del 25 de noviembre de 2016; Experto Independiente de Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género (2019); Informe sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, A/74/181, 17 de julio de 2019;); Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), Datos y cifras sobre discapacidad y salud, diciembre 2020; Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2017); Informe sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133, 14 de julio de 2017; Banco Mundial (2021), Contexto sobre discapacidad, marzo 2021.

La autonomía reproductiva de las mujeres con discapacidad se juzga, a menudo, de forma arbitraria y con un doble parámetro. Por un lado, se las considera incapaces para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y de criar o cuidar a sus hijos, en muchos casos, vulnerando su autonomía reproductiva a través de esterilizaciones, anticoncepción y abortos forzados, o separándolas de sus hijos cuando son madres. Este es uno de los supuestos más claros en los que los estereotipos compuestos⁷² hacia las mujeres con discapacidad contradicen expresamente a los estereotipos de género que indican, entre otros, que todas las mujeres deben ser madres⁷³. Los estudios muestran que la esterilización de mujeres y niñas con discapacidad sigue siendo frecuente y que los porcentajes son hasta tres veces mayores que en el caso de la población en general⁷⁴. Las razones son diversas, entre ellas, eugenésicas, de higiene menstrual o de prevención del embarazo. Muchos ordenamientos jurídicos permiten a los magistrados, profesionales de la salud, familiares y tutores autorizar procedimientos de esterilización en nombre de las personas con discapacidad por redundar en su “interés superior”⁷⁵. Otra intervención médica a la que se suele someter a las mujeres, niñas y jóvenes con discapacidad sin su consentimiento libre e informado es la anticoncepción forzada que, en general, tiene por objeto controlar la menstruación y se realiza a petición de los profesionales de la salud o los padres. En estos casos, se suele optar por los anticonceptivos inyectables o los dispositivos intrauterinos en lugar de los anticonceptivos por vía oral, “ya que resulta menos engorroso para las familias y los proveedores de servicios”⁷⁶. Así también, con frecuencia, se presiona a las niñas y las jóvenes con discapacidad para que interrumpan sus embarazos debido a los estereotipos negativos acerca de su capacidad para la crianza de los hijos y por la preocupación eugenésica de que den a luz a un niño con discapacidad⁷⁷. Respecto a la maternidad de mujeres con discapacidad, según la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer (2012), “es bastante común que los estereotipos cotidianos y las creencias firmemente arraigadas sobre las

⁷² Cook y Cusak definen a los estereotipos compuestos como los estereotipos de género que interactúan con otros estereotipos que asignan atributos, características o roles a diferentes subgrupos de mujeres (COOK, Rebecca J. y CUSACK, Simone. (2010). *Estereotipos de Género: Perspectivas Legales Transnacionales*. Bogotá: PROFAMILIA, pág. 29.)

⁷³ MINIERI, Sofía. (2017). *Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva*. Buenos Aires: Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), pág. 26.

⁷⁴ Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2017), Informe sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133, 14 de julio de 2017, párr. 3 y 29, y sus citas.

⁷⁵ Ibíd., párr. 30.

⁷⁶ Ibíd., párr. 31 y sus citas.

⁷⁷ Ibíd., párr. 31 y sus citas.

mujeres con discapacidad sean legitimados en los tribunales de familia y utilizados en su contra en las audiencias de divorcio o en los juicios de tutela”⁷⁸. Estos procedimientos frecuentemente se centran en la discapacidad de la madre y no en su comportamiento como progenitora, equiparando así implícitamente la discapacidad de la mujer con la incompetencia para maternar. A causa de esos prejuicios, muchas mujeres han perdido la tutela de sus hijos e incluso el derecho a visitarlos⁷⁹. Adicionalmente, el temor a perder injustificadamente la tutela de su hijxs puede llevar a las mujeres con discapacidad a continuar en una relación abusiva.

Por otro lado, en contexto de aborto restrictivos, a las mujeres con discapacidad muchas veces se les deniega la interrupción del embarazo, incluso cuando es producto de violencia sexual. Este fue el caso de L.M.R. una joven de 19 años con discapacidad, que en el año 2006 quedó embarazada producto de una violación y solicitó la interrupción legal del embarazo que le fue negada. En 2011, el Comité de Derechos Humanos concluyó que el Estado argentino vulneró el derecho de la joven a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes, su derecho a la intimidad y su derecho a la tutela judicial efectiva conforme el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁸⁰.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad rechaza todas las formas de adopción de decisiones sustitutiva en lo que atañe al goce de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad (arts. 12 y 25); prohíbe las prácticas nocivas y discriminatorias contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, incluido el derecho a mantener su fertilidad y decidir el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro; y el derecho a mantener la tutela de sus hijxs con la asistencia que pudieran requerir en el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos (art. 23); pide que se ponga fin a todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género (art. 16); y promueve el acceso a programas y atención de la salud sexual y reproductiva asequibles y de calidad (art. 25).

⁷⁸ Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Informe sobre violencia contra las mujeres con discapacidad, A/67/227, 3 de agosto de 2012.

⁷⁹ Ibíd., párr. 46 y 47.

⁸⁰ Comité de Derechos Humanos, caso “L.M.R. contra Argentina”, UN Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007, 28 de abril de 2011.

En esta línea, la Observación General N° 3 (2016) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad indica que:

Todas las mujeres con discapacidad han de poder ejercer su capacidad jurídica tomando sus propias decisiones, con apoyo cuando así lo deseen, sobre la atención médica o el tratamiento terapéutico, incluidas las decisiones relativas a conservar su fertilidad y su autonomía reproductiva, ejercer su derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, dar su consentimiento y aceptar una declaración de paternidad y ejercer su derecho a establecer relaciones (...). Es especialmente importante reafirmar que (...) las mujeres con discapacidad tienen derecho a fundar una familia y a recibir asistencia adecuada para criar a sus hijos⁸¹.

Por su parte, en el Compromiso de Buenos Aires se acordó:

Reconocer la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones, e implementar políticas, servicios e infraestructuras accesibles para garantizar su derecho al cuidado, a cuidar y al autocuidado, teniendo en cuenta sus necesidades específicas, incluido el uso de ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo⁸².

En conclusión, el derecho a cuidar de las mujeres con discapacidad exige revertir las representaciones sesgadas acerca de su incapacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y asumir el trabajo de cuidado. La falta de servicios de salud reproductiva y políticas de cuidado interseccionales no solo vulneran la autonomía reproductiva de las mujeres con discapacidad, sino también su derecho a cuidar cuando así lo desean. Por lo tanto, los Estados deben garantizar tanto su decisión de abortar como su decisión de ser madres y cuidar, y proveerles los apoyos que puedan requerir en ambos casos. Esto, a la vez, impactará en su desarrollo en otros aspectos de sus vidas, como sus trayectorias educativas y laborales, y su participación en la sociedad como sujetos de derecho que son.

⁸¹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 3 (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, 25 de noviembre de 2016, párrs. 44 y 45.

⁸² Compromiso de Buenos Aires, op. cit. punto 14.

III.1.d. Derecho a cuidar que tienen las mujeres rurales, campesinas, indígenas y racializadas

Otro caso a considerar desde una perspectiva interseccional e intercultural es el derecho a cuidar que tienen las mujeres rurales, campesinas, indígenas y racializadas. Al igual que en el caso anterior, el Estado no solo tiene la obligación de legalizar, proveer y asegurar el acceso a servicios de salud reproductiva, incluido el aborto para cuando quieran interrumpir su embarazo, sino también las políticas de cuidado en caso de que quieran maternar. Así, el Estado debe implementar medidas para que estas mujeres puedan tomar cualquiera de las dos decisiones de forma autónoma e informada, libres de discriminación, estigma y prejuicios.

Tal como reconoció el Comité CEDAW en su reciente Recomendación General 39, las mujeres y las niñas indígenas tienen un acceso limitado a servicios de atención de la salud adecuados, incluidos servicios e información de salud sexual y reproductiva, y sufren discriminación racial y de género en los sistemas de salud. Lxs profesionales de la salud a menudo son insensibles a las realidades, la cultura y los puntos de vista de las mujeres indígenas, no hablan sus lenguas y rara vez ofrecen servicios que respeten su dignidad, privacidad, consentimiento informado y autonomía reproductiva. Sumado a ello, las mujeres indígenas no suelen acceder a información y educación sobre salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos de planificación familiar, la anticoncepción y el acceso a un aborto seguro y legal en sus lenguas. Con frecuencia son objeto de violencia de género en el sistema de salud, y de prácticas coercitivas como las esterilizaciones involuntarias o la anticoncepción forzada; y también enfrentan obstáculos para decidir el número y el espaciamiento de los hijxs que tienen⁸³. Similares vulneraciones a derechos enfrentan las mujeres rurales. En este caso, tal como afirmó el Comité CEDAW, el acceso a la atención sanitaria, incluida la atención de la salud sexual y reproductiva, a menudo es extremadamente limitado, debido a las normas sociales y las actitudes patriarcales imperantes, las asignaciones presupuestarias insuficientes para los servicios de salud rurales, la falta de infraestructura y personal formado, la ausencia de información sobre métodos modernos de anticoncepción, la lejanía y la falta de transporte⁸⁴. Los servicios de planificación familiar y anticoncepción son escasos debido a la pobreza, la falta de información y la limitada disponibilidad y accesibilidad de servicios. También, es más probable que las mujeres rurales recurran al aborto en condiciones de

⁸³ Comité CEDAW, Recomendación General No. 39 sobre Derechos de las Mujeres y Niñas Indígenas, CEDAW/C/GC/39, 26 octubre 2022, párr. 51.

⁸⁴ Comité CEDAW, Recomendación General No. 34 sobre los derechos de las mujeres rurales, CEDAW/C/GC/34, 7 de marzo de 2016, párr. 37.

riesgo que las mujeres urbanas, lo que pone en riesgo su vida y su salud. Incluso en los países en los que el aborto es legal, las condiciones restrictivas, incluidos los períodos de espera irrazonables, a menudo dificultan el acceso de las mujeres rurales. Cuando el aborto es ilegal, la incidencia en la salud es aún mayor. Además, en muchas zonas rurales, la mortalidad y la morbilidad maternas son desproporcionadamente elevadas, debido en gran parte al matrimonio infantil que expone a las niñas al riesgo de tener embarazos precoces⁸⁵. Por otro lado, la discriminación que enfrentan puede agravarse en las zonas rurales por la falta de acceso adecuado a servicios como el cuidado de niñxs, entre otros⁸⁶.

La falta de servicios de salud reproductiva y políticas de cuidado interseccionales e interculturales no sólo vulneran la autonomía reproductiva de las mujeres rurales, campesinas, e indígenas, sino también su derecho a cuidar cuando así lo desean. En este sentido, debe respetarse tanto su decisión de abortar como su decisión de ser madres, y el Estado debe apoyarlas para que puedan abortar o cuidar cuando así lo decidan. Es por ello que el Comité CEDAW recomendó, en el caso de mujeres indígenas, que los Estados dispongan de servicios e instalaciones de salud de calidad, que sean accesibles, asequibles, culturalmente adecuados y aceptables; velen por que se respeten el consentimiento libre, previo e informado, y la confidencialidad en la prestación de servicios de salud; garanticen que las mujeres y las niñas indígenas reciban información rápida, completa y precisa en formatos accesibles sobre los servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso asequible a dichos servicios, incluidos servicios de aborto seguro y anticoncepción; velen por que la información de salud se difunda ampliamente en las lenguas indígenas, incluso a través de los medios de comunicación convencionales y sociales⁸⁷. Similares obligaciones, menciona el Comité CEDAW respecto a las mujeres rurales⁸⁸.

Por otro lado, a fin de garantizar el derecho a cuidar de las mujeres indígenas, el Comité recomendó que los Estados faciliten, promuevan y garanticen el acceso a servicios adecuados de atención de la salud y cuidado de niñxs; creen sistemas de apoyo interdisciplinarios, operacionalmente eficaces, accesibles y sensibles a las características culturales, a fin de reducir su desigual participación en el trabajo de cuidados no remunerado; amplíen la cobertura de la protección

⁸⁵ Ibíd. párr. 38.

⁸⁶ Ibíd., párr. 14.

⁸⁷ Comité CEDAW, Recomendación General No. 39, párr. 52 a), b) y c).

⁸⁸ Comité CEDAW, Recomendación General No. 34, párrs. 34 y 39.

social, y proporcionen servicios de guardería a las mujeres indígenas, incluidas las que trabajan por cuenta propia⁸⁹.

Por todo lo dicho en este apartado, concluimos que el derecho a cuidar en libertad implica que se reconozca la autonomía reproductiva de las personas y, por lo tanto, se despenalice y legalice el aborto y otros servicios de salud reproductiva; se remuevan las barreras de acceso, desde una perspectiva interseccional e intercultural, para que también puedan gozarlos las mujeres con discapacidad, rurales, campesinas, indígenas y racializadas; y se implementen políticas de cuidado que incluyan licencias parentales pagas, transferencias de ingresos con fines de cuidados y servicios e infraestructura de cuidado para que aquellas mujeres que deciden cuidar lo hagan en condiciones de igualdad y corresponsabilidad, sin que ello repercuta negativamente en su desarrollo, economía, salud y bienestar.

III.2 Derecho a ser cuidadx y autonomía reproductiva

El derecho al cuidado, en su dimensión del derecho a “ser cuidadx”, plantea como titulares a las personas receptoras del cuidado; es decir, a aquellxs que necesitan que otrxs lxs cuiden. La maternidad y la reproducción forzadas a través de la criminalización del aborto afectan directamente a las personas receptoras de cuidado (en este caso, niños, niñas y adolescentes), en tanto y en cuanto puede implicar que el cuidado se brinde en condiciones subóptimas⁹⁰. Por ejemplo, se ha demostrado que un beneficio de la legalización del aborto es que aumenta la posibilidad de que los nacimientos sean deseados, por lo que los padres y madres invierten más tiempo y recursos en sus hijxs⁹¹. Asimismo, el embarazo no deseado puede repercutir negativamente en las trayectorias futuras de lxs hijxs. La evidencia indica que podrían aumentar las probabilidades de que lxs hijxs cometan delitos y consuman drogas en el futuro, y decrecer su

⁸⁹ Ibíd, párrs. 46 e), 48 iv) y 50 v).

⁹⁰ Por ejemplo, Andreea Mitrut y Francois-Charles Wolff determinaron que la legalización del aborto en Rumania repercutió en una baja en la cantidad de niños y niñas abandonados (ver MITRUT, Andreea y WOLFF, Francois-Charles. (2011). The impact of legalized abortion on child health outcomes and abandonment. Evidence from Romania. *Journal of Health Economics*, 30, pp. 1219–1231. Ver también GRUBER, Jonathan, LEVINE, Phillip y STAIGER, Douglas. (1999) Abortion Legalization and Child Living Circumstances: Who is the "Marginal Child"? *The Quarterly Journal of Economics*.

⁹¹ RODGERS, Yana van der Meulen, COAST, Ernestina, LATTOF, Samantha R., POSS, Cheri y MOORE, Brittany. (2021). The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes. *PLoS One*, 16 (5).

rendimiento educativo y su ingreso una vez adultos⁹². El Estudio Turnaway⁹³ demostró que lxs hijxs que las mujeres ya tenían al momento en que se les denegó el aborto muestran un desarrollo deficiente en comparación con el desarrollo de lxs hijxs precedentes de mujeres que accedieron a un aborto. Además, lxs niñxs que nacen como resultado de un aborto denegado tienen más probabilidades de vivir por debajo del nivel de pobreza que lxs hijxs de las mujeres que nacieron después de acceder a un aborto. También, se comprobó que “llevar un embarazo no deseado a término se asocia con un vínculo maternal deficiente, como sentirse atrapada o generar resentimientos hacia el bebé, con el niño que nace luego de la denegación de un aborto, en comparación con un niño que nace luego de que la mujer obtuvo un aborto”⁹⁴. De este modo, el respeto por la autonomía reproductiva de las madres es esencial para garantizar el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser cuidadxs.

Asimismo, las licencias parentales pagas, las instituciones de cuidado accesibles, y las transferencias de ingresos disponibles benefician, también, a quienes son receptores del cuidado. En el caso particular de niños, niñas y adolescentes, estas políticas posibilitan que sus madres y padres dispongan de tiempo para estar con ellxs, que reciban cuidado de calidad en instituciones para la primera infancia, y que existan recursos suficientes para su crianza y desarrollo. La evidencia indica que los servicios de cuidado y educación de calidad para la primera infancia contribuyen positivamente en el desarrollo intelectual y en el rendimiento educativo de niños y

⁹² Ver, por ejemplo, LIN, Wanchuan y PANTANO, Juan. (2015). The unintended: negative outcomes over the life cycle. *Journal of Population Economics*, 28, pp. 479–508; CHARLES, Kerwin Kofi y STEPHENS, Melvin. (2006). Abortion Legalization and Adolescent Substance Use. *Journal of Law and Economics*, vol. XLIX; BAILEY, Martha J. (2013). Fifty Years of Family Planning: New Evidence on the Long-Run Effects of Increasing Access to Contraception. *Brookings Papers on Economic Activity*.

⁹³ El Estudio Turnaway, realizado por ANSIRH de la Universidad de California, es un estudio longitudinal prospectivo que examina los efectos de los embarazos no deseados en la vida de las mujeres. El objetivo principal de este estudio es describir las consecuencias socioeconómicas, en la salud mental, y en la salud física de las mujeres que llevaron a término un embarazo no deseado en comparación con las mujeres que tuvieron un aborto. El estudio incluyó mil mujeres de clínicas de 21 Estados, quienes se asemejan bastante a la población total que busca abortos en Estados Unidos. Las mujeres que tuvieron abortos y las mujeres a las que se les denegó el aborto tenían cosas en común en el momento en el que buscaron abortar. Sus vidas se diferenciaron después y estas diferencias están directamente ligadas a si obtuvieron un aborto o no. El estudio Turnaway ha generado más de 50 artículos revisados por pares y publicadas en revistas médicas y de ciencias sociales prestigiosas. Un resumen de estos artículos puede verse en: Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH), Universidad de California, Introducción al Turnaway Study, marzo de 2020.

⁹⁴ Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH), Universidad de California, Los daños de denegarle un aborto deseado a una mujer. Hallazgos del estudio Turnaway. Hoja informativa, (sin fecha), pág. 2.

niñas en los años subsiguientes⁹⁵. Por el contrario, la falta de servicios de cuidado hace que no reciban cuidados adecuados; como, por ejemplo, ser dejados solos en edades tempranas, o a cargo de sus hermanxs, que también son niñxs⁹⁶.

El caso de niñas y adolescentes que se encuentran en posición de cuidar de otrxs no se reduce solo a los supuestos en que deben ayudar a cuidar de sus hermanxs, sino, especialmente, a los casos en que están embarazadas. Se trata de situaciones complejas ya que, a menudo, el embarazo es no deseado o no planificado, o producto de violencia sexual⁹⁷, y el aborto no está disponible legalmente o no es accesible. En estos casos, el derecho a ser cuidadxs y el derecho a cuidar en libertad confluyen en una misma persona, por lo que su aseguramiento o vulneración ocurre de forma concomitante. Estos casos evidencian la necesidad de que el derecho a ser cuidadas se extreme, por los impactos negativos que el embarazo temprano tiene sobre las trayectorias educativas, laborales, los ingresos y la salud física y mental de niñas y adolescentes. También, estos casos exigen que el aborto y otros servicios de salud reproductiva sean legales y accesibles para que estas niñas interrumpan su embarazo si así lo desean, y que se las escuche y se respete su decisión, de acuerdo a su autonomía progresiva y el interés superior de la niñez, cuando quieren continuar con su embarazo y maternar. Entonces, queda en evidencia la relación estrecha entre garantizar la autonomía reproductiva, también de las niñas y adolescentes, y asegurar su derecho a cuidar de otrxs y su derecho a ser cuidadxs como niñas que son.

La Tasa Específica de Fecundidad Adolescentes (TEFA) en América Latina y el Caribe está por encima del promedio mundial y es segunda a nivel global⁹⁸, con 46 hijxs de madres de entre 15 y 19 años cada mil; circunstancia que se correlaciona con contextos de exclusión y vulnerabilidad. El 18% de los nacimientos en la región corresponde a menores de 20 años⁹⁹. Según la División de

⁹⁵ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2001). *Starting Strong, Early Childhood Education and Care*, OECD; OECD. (2006). *Starting Strong II, Early Childhood Education and Care*. OECD; OECD. (2011). *Starting Strong III, A Quality Toolbox for Early Childhood Education and Care*, OECD; OECD. (2015). *Starting Strong IV, Monitoring Quality in Early Childhood Education and Care*, OECD; OECD. (2017). *Starting Strong V, Transitions from Early Childhood Education and Care to Primary Education*. OECD; OECD. (2021). *Starting Strong VI, Supporting Meaningful Interactions in Early Childhood Education and Care*. OECD.

⁹⁶ UNICEF. (2023). *Situación de Niños, Niñas y Adolescentes: 2023, Séptima Ronda*. Buenos Aires: UNICEF.

⁹⁷ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

⁹⁸ UNFPA. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay*. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.

⁹⁹ Son niñas, no madres. (2021). *Kit de acción: Niñas, no madres. Una campaña, un movimiento*.

Población de Naciones Unidas, en 2017 la TEFA para Chile fue de 41 por cada mil adolescentes, para Perú fue de 57 por cada mil, para Nicaragua fue de 85 por cada mil, y para República Dominicana fue de 94 por cada mil. Por otro lado, se calcula que más del 50% de los embarazos en la adolescencia no son planificados. México y Colombia tienen las tasas más altas de embarazo en jóvenes de 15 a 19 años, siendo 25.4% y 25% respectivamente¹⁰⁰. En Guatemala, cada día, 172 adolescentes entre 15 y 19 años se convirtieron en madres¹⁰¹. En Ecuador, más de 50.000 adolescentes entre 15 y 19 años se convierten en madres anualmente¹⁰².

Las consecuencias del embarazo en edades tempranas son múltiples y gravosas. En un estudio en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay, UNFPA determinó que las madres jóvenes tienen hasta tres veces menos posibilidades de obtener un título universitario que aquellas que fueron madres en la adultez: el 18.6% de las mujeres que fueron madres en la edad adulta alcanzó algún nivel de educación terciaria, mientras que solo el 6.4% de quienes fueron madres en la adolescencia lo lograron¹⁰³. La brecha educativa en Argentina es de 11.3%, en Colombia de 14.7%, en Ecuador de 12.2%, en Guatemala de 6.9%, en México de 15.5% y en Paraguay de 12.6%. En relación con el ingreso, las mujeres que fueron madres temprano en sus vidas ganan un promedio de 24% menos que aquellas que lo hicieron en la vida adulta. La brecha se ve en todos los países estudiados, siendo de 32% en México y de 20% en Paraguay. Esto vincula al embarazo temprano con lo que se denomina “ciclos de pobreza”: la mayor probabilidad de caer en la pobreza y/o la dificultad para salir de ella¹⁰⁴. UNFPA explica que esto se debe, entre otras cosas, a que una mayor proporción de personas que fueron madres en la adolescencia realizan tareas domésticas no remuneradas de manera exclusiva, y se verifica con la tasa de inactividad laboral de este grupo, que llega al 46.8%. De hecho, quienes tuvieron embarazos tempranos registran mayores tasas de desempleo que quienes fueron madres adultas, con una brecha en promedio de 1.7 puntos¹⁰⁵.

¹⁰⁰ Son niñas, no madres. (2021). *Kit de acción: Niñas, no madres. Una campaña, un movimiento.*

¹⁰¹ Son niñas, no madres. (2021). *Kit de acción: Niñas, no madres. Una campaña, un movimiento.*

¹⁰² Son niñas, no madres. (2021). *Kit de acción: Niñas, no madres. Una campaña, un movimiento.*

¹⁰³ UNFPA. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.* Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.

¹⁰⁴ Ver también FORSTROM, Matthew P. (2021). Abortion Costs and Single Parenthood: A Life-Cycle Model of Fertility and Partnership Behavior. *Labour Economics*, 69, 101977.

¹⁰⁵ UNFPA afirma que, además del perjuicio que el embarazo temprano genera a nivel individual para las niñas y adolescentes, y sus familias, también produce costos a nivel agregado, y estima que el costo de oportunidad promedio del embarazo en la adolescencia en Latinoamérica es el 0,35% de su PBI. UNFPA. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la*

Las consecuencias del embarazo temprano que se registran en la región también se constatan a nivel global, donde en promedio las mujeres de entre 20 y 24 años del quintil más bajo tienen 3.7 veces más posibilidades de ser madres antes de los 18 años que aquellas del quintil más alto¹⁰⁶. ONU Mujeres reporta que el embarazo temprano afecta de modo desproporcionado a mujeres de sectores económicamente desventajados y que esto se relaciona con la transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Asimismo, se vincula con limitaciones para continuar sus estudios y para insertarse en el mercado de trabajo remunerado¹⁰⁷.

A la vez, existe evidencia preocupante sobre los modos en que la maternidad forzada en la niñez y adolescencia afecta negativamente la salud mental, con intentos o ideas suicidas, depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, stress post-traumático, vergüenza, pesadillas, frustración, enojo, insomnio, cefaleas, sentimientos de poco afecto o no aceptación de su hijx, miedo, angustia, decaimiento, temor y culpa¹⁰⁸. Asimismo, el embarazo temprano impacta en la salud física, con infecciones urinarias y vaginales, anemia, hipertensión, preeclampsia-eclampsia, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, hiperémesis gravídica¹⁰⁹, se relaciona con mayores tasas de mortalidad materna e infantil¹¹⁰ y tiene impactos negativos sobre la salud a largo plazo¹¹¹.

Las consecuencias del embarazo temprano y coaccionado sobre la salud mental se vieron en el caso “L.C. c. Perú”¹¹² del Comité CEDAW. En 2007, una niña peruana de 13 años quedó embarazada producto de las múltiples violaciones que sufría desde los 11 años. Esta noticia provocó que intentara suicidarse tirándose desde el segundo piso de una casa. Si bien L.C. sobrevivió, quedó paralizada del cuello para abajo y los médicos que la atendieron estimaron la necesidad de realizarle una intervención quirúrgica urgente en su columna, para recuperar algo de movilidad. Sin embargo, a pesar de ese diagnóstico, ellos mismos se negaron a hacer la cirugía porque L.C. estaba embarazada, aunque en el Perú el aborto es legal cuando existe riesgo para la

Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.

¹⁰⁶ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

¹⁰⁷ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019-2020*. UN Women.

¹⁰⁸ CASAS ISAZA, Ximena et.al. (2016). *Vidas robadas: Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años*. Planned Parenthood Global, pág. 26.

¹⁰⁹ Ibíd., pág. 24.

¹¹⁰ UN Women. (2020). *Families in a Changing World: Progress of the World's Women 2019–2020*. UN Women.

¹¹¹ Ver, por ejemplo, GRUNDY, Emily y FOVERSKOV, Else. (2016). Age at First Birth and Later Life Health in Western and Eastern Europe. *Population and Development Review*, 42 (2), pp. 245-269.

¹¹² Comité CEDAW, caso “L.C. c. Perú”, CEDAW/C/50/D/22/2009, 25 de noviembre de 2011.

salud o la vida de la mujer. Luego de demoras de varios meses, L.C. tuvo un aborto espontáneo y recién en ese momento fue operada, sin éxito. En la actualidad se encuentra cuadripléjica, sin posibilidades de volver a caminar, con secuelas irreversibles para su salud mental y necesitando ser cuidada por otras personas por el resto de su vida. En 2011, el Comité CEDAW se pronunció sobre el caso declarando que Perú había violado los derechos de L.C., al incumplir con las obligaciones contraídas de acuerdo al tratado. Este precedente se sumó al anterior del Comité de Derechos Humanos (CDH) en el caso “K.L. c. Perú”¹¹³, en el que a una adolescente de 17 años se le negó el acceso al aborto de un feto con anencefalia, fue obligada a llevar a término el embarazo, dar a luz y amamantar a un bebé que murió a las pocas horas, provocando serias secuelas en la salud mental de la adolescente. El CDH estimó que la negativa al aborto implicó un trato cruel, inhumano y degradante, y ordenó al Estado a indemnizar a K.L. y a adoptar medidas para que este tipo de violaciones no ocurrieran nuevamente en el futuro.

En este sentido, el Comité de Derechos del Niño sostuvo que los Estados deben adoptar medidas para reducir la mortalidad materna en las niñas y adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto inseguro¹¹⁴. También, instó a los Estados a que despenalicen el aborto para que las niñas y adolescentes puedan abortar en condiciones seguras, y recibir asistencia médica luego de hacerlo, como también a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las niñas y adolescentes embarazadas y se oiga y se respete siempre sus decisiones relacionadas con el aborto¹¹⁵.

En todos los casos de embarazos no deseados de niñas y adolescentes, pero especialmente cuando fueron víctimas de violencia sexual, el derecho a ser cuidadas exige que se garanticen los servicios de salud reproductiva, incluyendo el aborto en condiciones de confidencialidad y sin barreras de acceso tales como el consentimiento de terceras partes, los tiempos de espera obligatorios, los estudios médicos arbitrarios y previos a la práctica, o los altos costos económicos derivados de abortos quirúrgicos cuando no son necesarios. Asimismo, dichos servicios deben tener un enfoque de interseccionalidad e interculturalidad para las niñas y adolescentes con discapacidad, indígenas,

¹¹³ Comité de Derechos Humanos, caso “K.L. c. Perú”, CCPR/C/85/D/1153/2003, 24 de octubre de 2005.

¹¹⁴ Comité de los Derechos del Niño, “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño,” UN Doc. CRC/GC/2003/4, 1 de julio de 2003, párr. 31.

¹¹⁵ Comité de los Derechos del Niño, Observación General N°20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, 2016.

campesinas, rurales y racializadas; es decir, sistemas de apoyo, y servicios e información claros y en su lengua, que respeten y reflejen su cultura.

En este sentido, el Comité de Derechos del Niño se pronunció recientemente en el caso “Camila c. Perú”¹¹⁶. Camila nació en Huanipaca, zona rural de la serranía peruana, en una comunidad indígena quechua hablante, en extrema vulnerabilidad. Camila fue violada por su padre desde los nueve años. En 2017, cuando Camila tenía 13 años, fue nuevamente sujeta a una violación sexual por parte de su padre, y quedó embarazada. Al enterarse de la noticia, acudió al hospital en repetidas oportunidades, manifestando que quería un aborto, pero fue ignorada sistemáticamente por los profesionales de la salud que la atendieron. Como producto de ello, Camila desarrolló depresión y comenzó a decir que quería morirse y que se quitaría la vida si no tenía un aborto. Camila y su madre solicitaron formalmente la interrupción del embarazo por razones terapéuticas, tal y como permite el sistema jurídico peruano, pero nunca obtuvieron una respuesta final a su solicitud, ni de parte del sistema santuario ni del judicial. A los pocos meses, Camila acudió al hospital debido a fuertes dolores abdominales, y finalmente perdió el embarazo. En 2018, fue imputada y más tarde condenada como autora del delito de autoabortion, que conlleva penas de hasta dos años de prisión. No obstante, al año siguiente, la Corte Superior de Justicia de Apurímac revocó la sentencia condenatoria y dispuso el archivo definitivo de la causa. El Comité de Derechos del Niño consideró que tanto el hecho de no haber facilitado a Camila información sobre los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, como no haberle proporcionado el acceso efectivo a dichos servicios, la expusieron a un riesgo real, personal y previsible de mortalidad, que la forzó a llevar el embarazo a término, con riesgos claros para su vida, desarrollo y salud, y que desencadenó en una emergencia obstétrica. A ello se sumó su condición de víctima de violación sexual por parte de su padre, lo cual agravó aún más las consecuencias del embarazo sobre su salud mental. Por ello, el Comité consideró que el Estado violó los artículos 6 y 24 de la Convención sobre Derechos del Niño. Asimismo, la falta de consideración a las reiteradas solicitudes de Camila de poner término al embarazo violó su derecho a que se tuviera debidamente en cuenta su opinión en un asunto que la afectaba tan directamente, como es el embarazo, en violación del artículo 12, párrafo 1, de la Convención, leído conjuntamente con los artículos 6 y 24. Finalmente, el Comité estimó que ocurrieron injerencias arbitrarias en la vida privada de Camila, en violación del artículo

¹¹⁶ Comité de Derechos del Niño, “Camila c. Peru” (13 de junio de 2023).

16, párrafo 1, de la Convención, y que los hechos constituyeron una discriminación por razones de edad, género, origen étnico y situación social, en violación del artículo 2 de la Convención.

Por otro lado, y como ya se mencionó, el reconocimiento de la autonomía reproductiva en el embarazo temprano también exige que se acompañe, escuche y asegure la voluntad de las niñas y adolescentes de continuar con el embarazo cuando así lo desean. Es aquí donde los servicios de cuidado y educación para la primera infancia, las licencias parentales y las transferencias de ingresos con fines de cuidado cobran un rol fundamental en asegurar que esa maternidad se ejerza en libertad y sin que afecte desproporcionadamente el bienestar y desarrollo de las niñas y adolescentes madres o de sus hijos.

Recientemente, la Corte Interamericana de Derecho Humanos se pronunció a este respecto en el caso “María c. Argentina” (2023). Con 12 años, a María le detectaron un embarazo de 28 semanas de gestación, producto de una violación¹¹⁷. En ese momento vivía con su madre en una situación de pobreza y de violencia familiar. María fue atendida en una clínica pública, en donde el personal sanitario la presionó para que diera en adopción a su hijo por nacer, por lo que firmaron, sin patrocinio jurídico, un escrito donde consintieron entregarlo en guarda preadoptiva. Esta circunstancia fue convalidada por un tribunal de familia y el niño se ha mantenido bajo la guarda de hecho de un matrimonio por más de ocho años, sin determinarse su situación jurídica. La Corte IDH sostuvo que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir con su familia, la cual está llamada a satisfacer sus necesidades materiales, afectivas y psicológicas, y consideró las acciones, tanto del personal de maternidad como en el ámbito judicial, se encaminaron hacia un proceso de adoptabilidad, a pesar de que tal proceso no podía iniciarse sin el consentimiento claro e informado de los padres posterior al nacimiento del niño. La Corte IDH también mencionó que, a pesar de que María era una niña, los esfuerzos estatales se concentraron en proteger solo interés superior de su hijo, sin tomar en cuenta el de María. Finalmente, la Corte IDH ordenó que las autoridades judiciales definan la situación jurídica de su hijo y que se mantenga el proceso de vinculación entre María y su hijo, así como otras medidas de reparación.

El caso de las niñas y adolescentes madres no sólo refleja la violación a su autonomía en los casos donde hubo violencia sexual, sino también cuando son forzadas a llevar a término un embarazo no deseado en contextos de aborto restrictivos, o a abortar o entregar a sus hijxs en adopción cuando

¹¹⁷ Para el derecho argentino, no existe consentimiento sexual válido por debajo de los 13 años de edad.

no quieren hacerlo. Al no garantizar su autonomía reproductiva, se viola también su derecho a la educación, salud, bienestar general y su derecho a ser cuidadas como niñas que son; circunstancia que a menudo también puede repercutir en el derecho a ser cuidadxs de sus hijxs.

En conclusión, el derecho a ser cuidadxs de niñas, niños y adolescentes implica el derecho a recibir cuidados de calidad, pasar tiempo con sus madres y padres, y que haya recursos para su crianza, circunstancia que acarrea la necesidad de implementar políticas de cuidado y garantizar la autonomía reproductiva de sus madres. Por otro lado, el derecho a ser cuidadxs de las niñas y adolescentes embarazadas se extrema y adquiere características particulares por los impactos negativos en sus trayectorias educativas y laborales posteriores y los riesgos para su salud física y mental asociados al embarazo temprano y no deseado. Asimismo, este derecho exige que se asegure el aborto voluntario y se remuevan las barreras de acceso desde una perspectiva interseccional e intercultural; como también que se las escuche y que, según su autonomía progresiva, se respete su decisión en caso de que quieran maternar. Por último, el derecho a ser cuidadas exige que también se las apoye en la crianza a través de políticas de cuidado como servicios, licencias y transferencias de ingresos, que también beneficiarán a sus hijxs.

III.3. Derecho al autocuidado y autonomía reproductiva

El derecho al cuidado, en su dimensión de “autocuidado”, plantea como titular a todas las personas y se vincula con el cuidado propio de la salud física y mental, y del bienestar general. Según la Organización Mundial de la Salud, el autocuidado:

Es esencial para mantener una buena salud y calidad de vida a lo largo del tiempo. Al dedicar tiempo y esfuerzo a cuidar de uno mismo, las personas pueden prevenir problemas de salud, reducir el estrés, mejorar su bienestar emocional y físico, y aumentar su capacidad para enfrentar los desafíos de la vida. Es importante adaptar las prácticas de autocuidado a las necesidades individuales y hacer ajustes a lo largo del tiempo para mantener un enfoque equilibrado y efectivo en el bienestar personal¹¹⁸.

¹¹⁸ Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo* [WHO Guideline on Self-care Interventions for Health and Well-being, 2022 revision: Executive Summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

De esta forma, el autocuidado se define como las capacidades de las personas, las familias y las comunidades de promover y mantener la buena salud; prevenir, controlar y enfrentar enfermedades; rehabilitarse; y abordar discapacidades con o sin la intervención de profesionales o instituciones de salud. Las herramientas de autocuidado apoyan estas capacidades, e incluyen medicamentos, dispositivos, pruebas de diagnóstico o intervenciones digitales basadas en evidencia científica que se puedan brindar total o parcialmente fuera de los servicios de atención de salud formales y que puedan utilizarse con o sin el apoyo de un profesional de la salud¹¹⁹.

Dado que el autocuidado es una modalidad de satisfacción del derecho a la salud, el reconocimiento, la protección y la provisión de servicios de salud reproductiva es una pieza fundamental para su aseguramiento; y esto implica poner a disposición las herramientas de salud reproductiva que posibiliten su autogestión total o parcial. En lo que hace a la salud reproductiva, este derecho exige al Estado que facilite prácticas como el aborto autogestionado, con medicamentos, en el ámbito doméstico. Ello incluye poner a disposición información clara y con perspectiva interseccional e intercultural sobre salud reproductiva y métodos de aborto seguro, en plataformas digitales; legalizar el misoprostol y la mifepristona, para que se puedan realizar abortos sin riesgos; que estén disponibles consultas médicas pre y pos aborto (con la opción de que, cuando no haya riesgos, sean virtuales); y cualquier otra herramienta que posibilite el autocuidado de la salud reproductiva.

Sobre el aborto medicamentoso y autogestionado, la evidencia de más de una década es concluyente sobre la seguridad y la eficacia de los protocolos de mifepristona y misoprostol juntos para interrumpir embarazos. De hecho, la OMS considera a estos medicamentos como esenciales para proveer servicios de salud de calidad. Cuando se utiliza el régimen combinado, se logra el aborto completo en aproximadamente 98% de los casos, y menos del 1% de las personas usuarias continúa presentando un embarazo viable después de utilizarlo¹²⁰. Así, el misoprostol y la mifepristona se convierten en una herramienta de autocuidado esencial para la salud reproductiva.

¹¹⁹ Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo* [WHO Guideline on Self-care Interventions for Health and Well-being, 2022 revision: Executive Summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

¹²⁰ Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, resta decir que el autocuidado de la salud reproductiva y el aseguramiento de la autonomía reproductiva tienen implicancias en el bienestar general, entendido de forma amplia, porque, como se desarrolló anteriormente, son cruciales para que las personas puedan desarrollar su plan de vida, estudios, trayectoria laboral y vida familiar.

IV. La situación de los derechos reproductivos en América Latina y el Caribe

En los últimos diez años, América Latina ha experimentado cambios significativos y positivos en sus legislaciones sobre derechos reproductivos¹²¹. Sin embargo, el acceso al aborto sigue siendo muy desigual en la región, no solo por el estigma social asociado sino también por la persistencia de regulaciones deficientes. Los modelos regulatorios en la región son muy diversos, pero se pueden dividir en tres grandes grupos. Por un lado, los que penalizan totalmente el aborto: El Salvador, Honduras, República Dominicana, Haití y Nicaragua. Por otro lado, los que permiten algunos abortos con causales o indicaciones: Paraguay, Costa Rica, Venezuela, Perú, Guatemala, Panamá, Chile, Bolivia, Ecuador, Brasil. Finalmente, los que han avanzado hacia la despenalización y legalización del aborto voluntario en términos más amplios como Uruguay, Colombia, Cuba, Argentina y México.

Diversos estudios demuestran que las mujeres recurren al aborto tanto en países donde está legalizado como en países donde no lo está: su ocurrencia es independiente del sistema de regulación¹²². A nivel mundial, entre 2015 y 2019, la tasa de abortos es similar en países donde es legal (41%) y en países donde está totalmente prohibido (39%)¹²³. La diferencia radica en que la penalización del aborto fuerza a las mujeres y niñas a abortar en condiciones inseguras, lo que pone en riesgo su vida, salud, e integridad personal. Según la OMS (2021), el 45% de los abortos provocados en el mundo entre 2010 y 2014 fueron peligrosos y, de ellos, una tercera parte tuvieron lugar en condiciones de gran peligrosidad, es decir fueron practicados por personas sin formación mediante métodos dañinos y cruentos. Además, el 97% de los abortos peligrosos se practican en

¹²¹ Un estudio pormenorizado de las regulaciones sobre aborto en América Latina y el Caribe puede verse en: CLACAI. (2023). *Leyes y sombras. Regulación del aborto en Latinoamérica*. El informe analiza y compara las leyes, protocolos y regulaciones del aborto en 16 países de América Latina, y que fue elaborado por CLACAI, junto a más de veinte organizaciones de los países estudiados.

¹²² Guttmacher Institute. (2022). *Hoja informativa: Embarazo no planeado y aborto en América Latina y el Caribe*.

¹²³ Guttmacher Institute. (2022). *Hoja informativa: Embarazo no planeado y aborto en América Latina y el Caribe*.

países en desarrollo¹²⁴. La proporción de abortos peligrosos es también significativamente más elevada en los países que imponen leyes muy restrictivas que en aquellos donde estas leyes son más laxas. Más de la mitad (el 53,8%) de todos los abortos peligrosos se producen en Asia (la mayoría de ellos en Asia Meridional y Central), mientras que otra cuarta parte (el 24,8%) se produce en África (principalmente en África Oriental y Occidental), y otra quinta parte (el 19,5%) en América Latina y el Caribe¹²⁵.

En las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaron en condiciones inseguras el número de muertes por complicaciones derivadas del aborto es elevado. Estas complicaciones pueden incluir al aborto incompleto, la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones. Según la OMS (2021), cada año, entre el 4,7% y el 13,2% de las muertes maternas se deben a un aborto peligroso. Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones, mientras que esta proporción aumenta hasta las 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo. De acuerdo con estimaciones realizadas en 2012, cada año se atiende en los hospitales a 7 millones de mujeres para tratar las complicaciones causadas por un aborto peligroso, y eso solo en los países en desarrollo¹²⁶.

En América Latina y el Caribe, entre 2010 y 2014, la tasa anual más alta de aborto se registró en el Caribe, donde se estiman 59 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, seguida por América del Sur, donde la tasa es de 48. Siendo América del Norte quien presenta la tasa más baja en la región; 17 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva. Se trata de la región del mundo donde más abortos inducidos existen, y en su mayoría (60%) fueron “menos seguros” (solo cerca de uno de cuatro fue seguro). Además, anualmente, cerca de 760.000 mujeres en la región reciben tratamiento por complicaciones de abortos inseguros. En 2014, al menos 10% del total de muertes maternas (o 900 muertes) se debieron a abortos inseguros¹²⁷. Respecto de las adolescentes, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, el

¹²⁴ OMS. (2021). *Aborto. Datos y Cifras, Nota descriptiva*.

¹²⁵ Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, pág. 2.

¹²⁶ Ibíd.

¹²⁷ Guttmacher Institute. (2018). *Hoja informativa: Aborto en América Latina y el Caribe*. Allí se informa que la tasa anual más alta de aborto entre 2010 y 2014 se registró en el Caribe, donde se estiman 59 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, seguida por América del Sur, donde la tasa es de 48. Siendo América del Norte quien presenta la tasa más baja en la región; 17 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva.

número estimado de embarazos no planeados en niñas de entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe en el 2019 fue de 2.115.000 y el número estimado de abortos en condiciones de riesgo fue de 876.000¹²⁸.

También, se ha comprobado que la falta de acceso a un aborto seguro y las graves complicaciones derivadas de ello, afecta de manera particular a ciertos grupos, personas de bajos recursos, en general jóvenes, que viven en zonas rurales, indígenas, que tienen discapacidad, entre otras¹²⁹.

A estos datos epidemiológicos, se suman las investigaciones que en los últimos 10 años han documentado la persistencia de la persecución y encarcelamiento de mujeres por aborto y otros eventos obstétricos en la región¹³⁰. Estos estudios dan cuenta de que la criminalización del aborto vulnera numerosos derechos humanos de las personas imputadas, refuerza el estigma y los estereotipos alrededor del aborto y la maternidad, afecta el acceso a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva en general, exacerba desigualdades y socava drásticamente la confianza en el sistema de salud.

A fin de terminar con las gravísimas consecuencias que implica el aborto inseguro y el encarcelamiento de mujeres en la región, la legalización del aborto y el aseguramiento de servicios de salud reproductiva, es urgente. Reconocer y garantizar la autonomía reproductiva en las

¹²⁸ UNFPA y OPS. (2020). *El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: Reseña Técnica*.

¹²⁹ Guttmacher Institute (2018), op. cit., entre muchos otros.

¹³⁰ Agrupación Ciudadana para la Despenalización del Aborto de El Salvador. (2020). *Del hospital a la cárcel. Consecuencias para las mujeres por la penalización, sin excepciones, de la interrupción voluntaria del embarazo en El Salvador*; Centro de Derechos Reproductivos y La Agrupación Ciudadana. (2013). *Excluidas, perseguidas, encarceladas: El impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador*; GIRE. (2018). *Maternidad o Castigo: la criminalización del aborto en México*; Mujeres por Mujeres y O'Neill Institute. (2022). *Aborto legal en los tribunales: las narrativas jurídicas en las demandas contra la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina*; Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Centro Universitario San Martín (CUSAM), CARRERA, María Lina, SARALEGUI FERRANTE, Natalia y ORREGO-HOYOS, Gloria. (2020). *La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina*; CLACAI. (2018). *Muerte o Cárcel*; Human Rights Watch. (2021). *¿Por qué me quieren volver a hacer sufrir?*; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Causa Justa y Fokus. (2021). *La criminalización del aborto en Colombia*; Trialwatch Women and Girls' Report, Clooney Foundation, Columbia Law School Human Rights Institute and University of Sao Paulo. (2022). *Abortion in Brazil: Substantive and Procedural Flaws in the Criminalization of Women*; Salud con Lupa. (2022). *Perseguidas por abortar: de la sala de emergencias al juzgado por un aborto*; Proyecta Igualdad, Justicia Verde y Chakakuna. (2022). *Nacer con útero: efectos de la criminalización del aborto en el Perú*; Somos Muchas y Optio Global Programa de Justicia Reproductiva. (2019). *La criminalización de mujeres por el delito de aborto en Honduras*; CARRERA, María Lina, SARALEGUI FERRENTE, Natalia y ORREGO-HOYOS, Gloria. (2020). *Dicen que tuve un bebé*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

regulaciones y en las prácticas también es clave para que quienes cuidan hayan elegido hacerlo en libertad y, con ello, asegurar el efectivo cumplimiento del derecho al cuidado.

V. Petitorio

Por todo lo expuesto, se solicita a la H. Corte Interamericana que reconozcan el derecho al cuidado como derecho humano autónomo y su vinculación intrínseca con la autonomía reproductiva en sus tres dimensiones: derecho a cuidar, derecho a ser cuidado y al autocuidado, y en función de ello, que establezca la obligación de los Estados a:

- Sancionar e implementar políticas de cuidado desde una perspectiva de derechos, interseccional e intercultural, que incluyan licencias parentales y familiares pagas, infraestructura y servicios de cuidado de calidad para la primera infancia, y transferencias de ingresos con fines de cuidados, para que la elección de cuidar no tenga impactos desproporcionados sobre las mujeres, y también para que se garantice el derecho a ser cuidadxs de niños, niñas y adolescentes.
- Legalizar el aborto y otros servicios de salud reproductiva, para que las personas elijan cuidar en libertad, y ser cuidadas cuando se trata de embarazos en niñas y adolescentes.
- Remover las barreras de acceso al aborto legal y asegurar la práctica en confidencialidad, sin prerrequisitos, como el consentimiento o la aprobación de terceras personas, los tiempos de espera, los estudios previos y otros costos arbitrarios impuestos por regulaciones administrativas, penales y/o sanitarias.
- Implementar sistemas de apoyos para que las niñas y mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial puedan tomar decisiones informadas y libres respecto sobre el aborto y su salud reproductiva, cuando así lo requieran; y para que puedan maternar y cuidar cuando así lo deseen.
- Ofrecer servicios de calidad, interseccionales, interculturales, físicamente accesibles, asequibles, y culturalmente aceptables para que las mujeres y niñas rurales, campesinas, indígenas y racializadas puedan tomar decisiones informadas y libres respecto de prácticas de aborto y salud reproductiva.

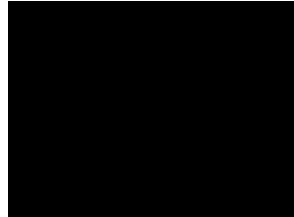
- Aprobar la mifepristona y el misoprostol con uso obstétrico y ginecológico para facilitar el aborto autogestionado, y desarrollar guías de información sobre prácticas de aborto seguro, en lenguaje claro y adaptado a lenguas de pueblos indígenas, para así garantizar el derecho al autocuidado.

Por favor nótese las direcciones de correo electrónico de contacto para recibir las comunicaciones oficiales que envíe esta Honorable Corte:

[REDACTED]

[REDACTED]

Sin otro particular, les saludamos muy atentamente



María Antonieta Alcalde Castro

Directora Ejecutiva

Ipas Latinoamérica y el Caribe
(Ipas LAC)



Catalina Martínez Coral

Directora Regional Sr.

Centro de Derechos
Reproductivos



Carmen Martínez Lopez

Directora Asociada de Estrategias
Legales- Programa para América
Latina y el Caribe

Centro de Derechos Reproductivos

Con la adhesión de

1. Asociación Las Crisálidas, Guatemala
2. Bolena, Ecuador
3. Católicas por el Derecho a Decidir, Argentina
4. Centro de Derechos de Mujeres, Honduras
5. CLACAI JURIDICO
6. Corporación Humanas, Chile
7. FUNDEPS, Argentina
8. IPPF Américas y El Caribe (IPPF ACRO)
9. Jacarandas, Colombia