



Salud. Acceso. Derechos.

Calle 18 de Calacoto, Edif. Parque 18, No. 8022, Piso 1, Oficina 1A. | Casilla 6673.
Telf./Fax: (591) (2) 211 6760 | La Paz, Bolivia
ipasbolivia@ipas.org | www.ipas.org

La Paz, 27 de enero de 2020

Señoras y señores:

COMITÉ CONTRA LA TORTURA (CAT)

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS

Ginebra, Suiza

ASUNTO: Información suplementaria sobre el Estado Plurinacional de Bolivia, que el CAT tiene previsto revisar durante su sesión N° 71 del 09 de noviembre al 04 de diciembre de 2020.

Estimados miembros del Comité:

El propósito de la presente carta sombra es suplementar el informe periódico presentado por el Estado Plurinacional de Bolivia para su consideración durante la sesión N° 71 del CAT. Ipas es una organización que trabaja alrededor del mundo con el fin de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Esta carta tiene por objetivo proporcionar al Comité un informe sobre las violaciones del Estado Plurinacional de Bolivia en cuanto a la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (**la Convención**) como resultado de su normativa legal restrictiva sobre aborto.

El Código Penal boliviano, vigente desde 1972 penaliza el aborto en todos los casos, salvo situaciones de violación, estupro, incesto y para salvar la vida de la mujer. El **artículo 1** de la Convención define el término tortura como *todo acto infligido por razones basadas en cualquier tipo de discriminación, y que causa sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, infligido con el consentimiento o aquiescencia de un funcionario público.*

En varias Observaciones Finales, el CAT ha expresado preocupación respecto a las altas tasas de mortalidad materna e identificó el vínculo entre estas muertes y el aborto inseguro. El Comité le señaló a un Estado Parte que *“personal médico, empleado por el Estado, se niega a suministrar atención médica requerida para que las mujeres embarazadas no recurran a abortos ilegales que ponen en riesgo su vida... La legislación actual restringe severamente el acceso a interrupciones voluntarias del embarazo... lo cual ha resultado en graves daños, incluso muertes innecesarias de mujeres.”*¹

El CAT ha encontrado con regularidad que la denegación de acceso a la atención postaborto puede constituir tortura o maltrato. Este Comité demostró particular preocupación en un caso en el cual profesionales de la salud obligaron a mujeres que buscaban tratamiento para salvar su vida después de abortos ilegales, a que proporcionaran información sobre quiénes practicaron dichos abortos.²

¹ Ver Comité CAT, *Observaciones Finales, Perú*, párrafo 23, Doc. de la ONU CAT/C/PER/4 (2006).

² Ver Comité CAT, *Observaciones Finales, Chile*, párrafo 4(h), Doc. de la ONU CAT/CR/32/5 (2004).

En ese caso, el Comité instó al Estado a que elimine la práctica de extraer confesiones a efectos de enjuiciamiento de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de abortos clandestinos, e hizo un llamado a que se tomen medidas correctivas, en particular la anulación de las condenas dictadas que no se ajusten a lo dispuesto por la Convención.³ El Comité también instó a los Estados a garantizar el tratamiento inmediato e incondicional de las personas que buscan atención médica de emergencia, de conformidad con las directivas de la Organización Mundial de la Salud.⁴

El CAT ha encontrado que la prohibición total del aborto puede constituir tortura o maltrato, ya que pone a las mujeres en riesgo de mortalidad materna evitable. En su revisión de 2009 de El Salvador, el Comité recomendó que el Estado parte tome medidas para prevenir tortura y malos tratos “proporcionando la atención médica requerida, fortaleciendo los programas de planificación familiar y ofreciendo un mejor acceso a información y servicios de salud reproductiva, incluso para los adolescentes.”⁵ El Comité también ha expresado su preocupación por las leyes que penalizan el aborto en casos de violación, incesto o inviabilidad del feto, y señala que dichas leyes implican para las mujeres “una constante exposición a las violaciones cometidas contra ellas, lo que supone un grave estrés traumático con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos.”⁶ Este Comité también ha señalado con preocupación la existencia de abusos contra las mujeres en unidades de salud reproductiva, y ha encontrado que estos también pueden constituir tortura o malos tratos. En su revisión de 2013 de Kenia, el CAT expresó su preocupación por “la práctica imperante de detener después del parto a las mujeres que no pueden pagar las facturas por servicios médicos, incluidas las expedidas por centros de salud privados,” e instó al Estado parte a que intensifique sus esfuerzos para poner fin a esta práctica como medio de prevenir tortura o malos tratos.⁷

Numerosos otros organismos internacionales de derechos humanos han expresado preocupación por el aborto ilegal e inseguro. El Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Comité de Derechos del Niño (CRC), el Comité de Derechos Humanos, y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) han reconocido explícitamente la conexión entre el aborto inseguro ilegal y las altas tasas de mortalidad materna; cada uno de estos Comités ha solicitado en numerosas ocasiones que los Estados partes revisen la legislación que penaliza el aborto.⁸ En la **Recomendación General 35** sobre la violencia por razón de género contra la mujer, el Comité de la CEDAW señala que las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la penalización del aborto, la denegación o la postergación del aborto seguro y/o la atención postaborto, y la continuación forzada del embarazo son “formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias,

³ *Id.* en párrafo 7(m).

⁴ *Id.*

⁵ CAT, *Observaciones Finales, El Salvador*, párrafo 23, Doc. de la ONU CAT/C/SLV/CO/2 (2009).

⁶ CAT, *Observaciones Finales, Paraguay*, párrafo 23, Doc. de la ONU CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011). *Ver también*, CAT, *Observaciones Finales, Nicaragua*, párrafo 16, Doc. de la ONU CAT/C/NIC/CO/1 (2009) (donde señala que la denegación de acceso a los servicios de aborto en casos de violencia sexual puede causar grave estrés traumático y riesgo de prolongados problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión, y recomienda que el aborto sea legal en casos de violencia sexual).

⁷ CAT, *Observaciones Finales, Kenia*, párrafo 27, Doc. de la ONU CAT/C/KEN/CO/2 (2013).

⁸ Centro de Derechos Reproductivos, *Abortion and Human Rights: Government Duties to Ease Restrictions and Ensure Access to Safe Services* (2008).

pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante⁹” y recomienda a los Estados partes derogar las disposiciones que penalicen el aborto y cualquier otra disposición penal que afecte a las mujeres de manera desproporcionada¹⁰.

Como autoridad sobre el derecho a la salud, el CDESCR profundizó acerca de este derecho en su **Observación General 14**, y especificó que los Estados deben adoptar medidas para “(i) mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.”¹¹ Más aún, en su **Observación General 22** más reciente sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, con arreglo al artículo 12, el CDESCR declaró que “el derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integral del derecho a la salud consagrado en el artículo 12” y el libre ejercicio de este derecho a menudo se ve limitado por diversas barreras jurídicas, sociales, prácticas y procesales.¹² En cuanto a las restricciones de aborto específicamente, la Observación General señala que la denegación de los servicios de aborto a menudo contribuye a una mayor tasa de morbilidad materna, lo cual constituye una violación del derecho a la vida y a la seguridad, y a veces equivale a la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.¹³ La Observación General 22 del CDESCR también pide que se revoquen o reformen las leyes, políticas y prácticas discriminatorias en el ámbito de salud sexual y reproductiva, *incluida la liberalización de las leyes restrictivas referentes al aborto*, así como la eliminación de todas las barreras que interfieren con el acceso de las mujeres a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, bienes, educación e información.¹⁴

El CDESCR ha recalcado en la **Observación General 14** la necesidad de que los Estados partes ofrezcan una gama completa de servicios de salud de alta calidad y económicamente asequibles, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva; el Comité también ha hecho hincapié en la obligación de los Estados de reducir los riesgos a la salud de las mujeres y disminuir las tasas de mortalidad materna, que incluye eliminar todas las barreras que se interponen al acceso de las mujeres a los servicios de salud, educación e información, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva.¹⁵ En la Observación General 14, el Comité también dio detalles sobre los principios de no discriminación por motivos de género, y la igualdad de trato con respecto al derecho a la salud.¹⁶

⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*, párrafo 18, Doc. de la ONU CEDAW/C/GC/35 (2017).

¹⁰ CEDAW, Recomendación General núm. 35 párrafo 29n Doc. de la ONU CEDAW/C/GC/35 (2017).

¹¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12)* (22º período de sesiones., 2000), en *Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptadas por Órganos Creados en Virtud de Tratados de Derechos Humanos*, en 90, párrafo 14, Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).

¹² CESCR, *Observación General 22: El derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* párrafos 1-2 (mayo 2016).

¹³ *Id.* en párrafo 12.

¹⁴ *Id.* en párrafo 28.

¹⁵ *Id.*

¹⁶ *Id.* en párrafo 18.

Debido a las restricciones del Código Penal Boliviano, en la mayoría de los casos, los servicios de aborto seguro son inaccesibles en Bolivia, en violación del **artículo 1** del Pacto. Sin acceso a los servicios de aborto seguro, las mujeres en Bolivia ponen en riesgo su salud y su vida cuando recurren al aborto inseguro. El aborto inseguro causa el 13 % de mortalidad materna de muertes maternas en Bolivia, lo que significa 160 muertes por cada 100.000 nacidos vivos¹⁷.

Las características de las mujeres en situación de aborto, de acuerdo con el estudio realizado por Ipas, en 35 servicios de salud públicos de Bolivia en la gestión 2016¹⁸, son: usuarias por debajo de los 30 años, que cursan el nivel secundario o universitario, casadas o en unión estable, demandan atención temprana (antes de las 10 semanas del embarazo).

En el periodo comprendido entre 2014 y 2019, Ipas tiene registrado 57.825 abortos realizados en Bolivia, ya sean en servicios públicos o privados, los diagnósticos fueron: APA¹⁹ 93,39% (54.002 casos), aborto inducido 3,48% (2.010 casos), ILES²⁰ 0,94% (543 casos) y otros/datos incompletos 2,2,0% (1.270 casos). Los casos de ILE realizados en servicios públicos en el mismo periodo, fueron 336 casos, siendo las principales causales: malformación fetal incompatible con la vida 8,04% (27 casos), por enfermedad materna 5,06% (17 casos), preservación de la vida materna 0,89% (3 casos), violación 27,38% (92 casos) y otras causas/datos incompletos 58,63% (197 casos).

Este **Comité**, anteriormente expresó su preocupación sobre el tema en Bolivia, señalando: 23. *El Comité toma nota del reconocimiento explícito que se hace de los derechos sexuales y reproductivos en el art. 66 de la Constitución, así como del contenido del art. 20.7 de la Ley N° 348 relativo a la obligación del Estado parte de “respetar las decisiones que las mujeres en situación de violencia tomen en ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, en el marco de la normativa vigente”. No obstante, el Comité observa con preocupación que el Código Penal en su art. 266 (aborto impune) impone la obligación de obtener una autorización judicial a las mujeres víctimas de una violación que deciden interrumpir su embarazo. Un requisito que, según las informaciones recibidas por este Comité sobre objeción de conciencia en la judicatura, supone en muchos casos un obstáculo insalvable para las mujeres en esta situación que se ven forzadas a recurrir a abortos clandestinos, con los consiguientes riesgos para su salud (arts. 2 y 16). El Estado parte debe garantizar que las mujeres víctimas de una violación que decidan interrumpir voluntariamente su embarazo tengan acceso a servicios de aborto seguros y eliminar cualquier impedimento innecesario a los mismos. El Comité se remite al contenido de las recomendaciones dirigidas al Estado parte por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW/C/BOL/CO/4, párrs. 42-43). El Comité insta al Estado parte a evaluar los efectos de la legislación vigente, muy restrictiva en materia de aborto, sobre la salud de las mujeres²¹.*

Asimismo, el **Comité de Derechos Humanos**, el año 2013 emitió recomendaciones a Bolivia, dónde textualmente se señala: 9. *El Comité expresa su preocupación por la necesidad de autorización judicial previa para que el aborto terapéutico y el aborto por violación, estupro o incesto no sean castigados, así como por los informes que indican que tan sólo seis abortos*

¹⁷ Ministerio de Salud. 2016. Estudio Nacional de Mortalidad Materna. La Paz, Bolivia.

¹⁸ Ipas Bolivia. 2018. Las cifras hablan II. La Paz, Bolivia.

¹⁹ Atención post aborto, hace referencia a los abortos incompletos.

²⁰ Interrupción legal del Embarazo (ILE), a partir de la promulgación de la sentencia constitucional 0206/2014.

²¹ Ver Observaciones Finales del CAT a Bolivia, nota CAT/C/BOL/CO/2, párrafo 23, de 14 de junio de 2013.

legales han sido autorizados judicialmente en el Estado parte. Al Comité le preocupan, asimismo, los informes que muestran un elevado porcentaje de mortalidad materna causada por abortos en condiciones de riesgo, y un alarmante número de investigaciones procesales contra mujeres por aborto ilegal. Lamenta también el Comité la elevada tasa de embarazos entre adolescentes (arts. 2, 3, 6 y 26). **El Comité recomienda al Estado parte que: a) Suprima la autorización judicial previa en los casos de aborto terapéutico y como consecuencia de una violación, estupro o incesto, con el fin de garantizar de manera efectiva el acceso al aborto legal y seguro en dichos casos previstos por la ley; b) Se abstenga de procesar a mujeres por haberse sometido a abortos ilegales como consecuencia de los obstáculos derivados del requisito de la autorización judicial previa; c) Asegure la ejecución efectiva de los actuales planes nacionales de salud y programas de educación y sensibilización sobre la importancia del uso de anticonceptivos y sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva, garantizando su aplicación en los niveles oficiales (escuelas y universidades) y oficiosos (medios de comunicación)**²².

De la misma forma, por un lado, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, recomendó de manera textual a Bolivia: **f) El Comité alienta al Estado parte a que tome las medidas necesarias, incluyendo medidas legislativas, para afrontar el problema de la mortalidad de las mujeres a causa de los abortos clandestinos.** Le recomienda al Estado parte que en los programas escolares los temas de educación sexual y de métodos de planificación familiar sean abordados abiertamente, de tal manera que contribuyan a prevenir los embarazos precoces y la transmisión de enfermedades sexuales. El Estado parte debe también continuar con sus esfuerzos para disminuir la mortalidad materna. Para este fin, **el Comité recomienda al Estado parte considerar la pronta promulgación de la Ley Marco 810 sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y considerar la no derogación del artículo 266 del Código Penal**²³.

Por otro lado, el Comité Para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer – CEDAW, recomendó a Bolivia: **29. El Comité recomienda que el Estado parte: a) Refuerce las medidas para reducir la tasa de mortalidad materna y vele por la prestación de servicios obstétricos esenciales a las mujeres embarazadas, en particular en las zonas rurales y alejadas y entre las indígenas y afrodescendientes; b) Imparta educación escolar apropiada a cada edad sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos y vele por el acceso asequible a los servicios y la información sobre los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y los niños adolescentes, realice campañas de sensibilización sobre los métodos anticonceptivos modernos en idiomas indígenas, y aumente el acceso a anticonceptivos seguros y asequibles en todo el Estado parte; c) Modifique las disposiciones legales pertinentes a fin de despenalizar el aborto y vele por que este pueda practicarse de manera legal en casos de amenazas a la vida o la salud de las mujeres embarazadas, violación, incesto y defectos graves del feto, y garantice la aplicación debida de la sentencia del Tribunal Constitucional por la que se elimina el requisito de la autorización judicial para el acceso al aborto en casos de violación o incesto**²⁴.

Así, si bien Bolivia en su informe actual (2019) ha reportado la emisión de la Sentencia Constitucional 0206/2014 que busca promover abortos seguros en determinados casos (violación, incesto, estupro y riesgo para la salud y la vida de la madre) eliminando el requisito de la autorización judicial y la sustituye con la sola presentación de la denuncia en caso de violencia sexual, en la práctica los avances son mínimos, atribuibles al desconocimiento de la normativa y

²² Ver Observaciones Finales del CCPR a Bolivia, nota CCPR/C/BOL/CO/3, párrafo 9, de 6 de diciembre de 2013.

²³ Ver Observaciones Finales del CDESCR a Bolivia, nota E/C.12/BOL/CO/2, párrafo f, de 8 de agosto de 2008.

²⁴ Ver Observaciones Finales del Comité CEDAW a Bolivia, nota CEDAW/C/BOL/CO/5-6, párrafo 29, de 28 de julio de 2015.

la negación de muchos y muchas profesionales médicas de practicar lo determinado legalmente, en clara violación de los derechos de mujeres y niñas, obligándolas a llevar embarazos, productos de una violación y su rechazo, situación que se corrobora con la no presentación de alguna cifra que demuestre que la situación haya mejorado²⁵.

Según datos estadísticos obtenidos en el Sistema Informático Perinatal – Aborto (SIP-A) del Ministerio de Salud²⁶, sobre procedimientos de interrupción legal del embarazo en establecimientos de salud desde el periodo comprendido de 2014 a 2018²⁷, se tiene:



Fuente: Ministerio de Salud, Sistema Informático Perinatal – Aborto (SIP-A), 2019

Instamos a este Comité recomendar que el gobierno despenalice el aborto a fin de tratar el problema del aborto inseguro. También instamos a este Comité a recomendar el cumplimiento de la Sentencia Constitucional 0206/2014 en toda su extensión y que fuera de lo anteriormente señalado, exhorta a la Asamblea Legislativa Plurinacional a diseñar políticas y crear normas que precautelen los derechos sexuales y derechos reproductivos; y al Órgano Ejecutivo diseñar planes y programas que reduzcan los abortos clandestinos y medidas a favor de la infancia y programas de educación sexual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una gran variedad de profesionales de la salud capacitados puede prestar servicios de aborto seguro, incluidas las enfermeras y parteras,²⁸ y cada vez hay más evidencia de que las mujeres pueden interrumpir su embarazo de manera segura por sí mismas. Un creciente número de mujeres que enfrentan embarazos no deseados se están administrando medicamentos para inducir el aborto sin la participación de un/a profesional de la salud.²⁹ Así, si bien en Bolivia, desde hace varios años, el sistema de salud cuenta con normas y protocolos para todos los usos gineco obstétricos del Misoprostol incluidos el aborto inducido y el aborto incompleto, como también se cuenta con la aprobación del uso de la Mifepristona para su uso, lamentablemente su uso no ha sido difundido y peor el uso de esta tecnología médica no es

²⁵ https://eldeber.com.bo/131100_interrumpen-embarazo-de-una-menor-abusada-y-la-bebe-sobrevive

²⁶ El Ministerio de Salud a través de Informe Técnico MS/VMSyP/DGSS/URSSyC/ACONT/IT/75/2019 informó que el Sistema Informático Perinatal – Aborto (SIP-A) discrimina la información de los abortos legales de los espontáneos en todos los Departamentos del país. Sin embargo, el mismo se encuentra en fase de prueba.

²⁷ El Ministerio de Salud a través de Informe Técnico MS/VMSyP/DGSS/URSSyC/ACONT/IT/75/2019 informó que a la fecha no se encuentran datos sobre las ILE en el (Sistema Nacional de Información de Salud – Vigilancia Epidemiológica) SNIS – VE, pero que se encuentran trabajando en la incorporación de variables que ayuden a la recolección de dichos datos estadísticos.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. 2012. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Ginebra, Suiza: OMS.

²⁹ Developing a forward-looking agenda and methodologies for research of self-use of medical abortion Kapp, Nathalie et al. Contraception, Volume 97, Issue 2, 184-188.

de la preferencia de uso de los profesionales médicos bolivianos por desconocimiento y que con su uso podrían reducir daños para prevenir las muertes y secuelas derivadas de los métodos más inseguros para las mujeres.

Según las estimaciones de la OMS, hay aproximadamente 8929 médicos/as, 5158 enfermeras y 0 parteras del total 10.027.254 habitantes en Bolivia.³⁰ En vista de este limitado número de profesionales de la salud en el país, una disposición que exige la participación de un/a prestador/a de servicios de salud significa que las mujeres vulnerables, en particular las jóvenes, las mujeres pobres y las mujeres que viven en zonas rurales, son más propensas a ser penalizadas por una ley que exige la participación de un/a prestador/a de servicios para realizar el aborto.

La aplicación de la SC 0206/2014, referente al aborto impune, también debe tener en cuenta el sistema actual de prestación de servicios de salud. Es posible que las mujeres pobres y las que viven en zonas rurales dependan en mayor medida de los servicios prestados en unidades de salud locales. El gobierno central y los gobiernos locales deberán procurar que las unidades de salud presten servicios de aborto seguro y legal en el marco de la SC 0206/2014.

En ese marco, también se debe otorgar a las adolescentes la capacidad para consentir en recibir servicios confidenciales de aborto, sin los requisitos de obtener la autorización de su madre, padre o tutor/a. Los servicios de aborto confidenciales deben ser muy explícitos para todas las mujeres, pero en particular para las adolescentes, ya que hay más probabilidad de que sean disuadidas de buscar servicios seguros si no se les garantiza privacidad y confidencialidad.

La edad promedio de muertes por aborto en la gestión 2011, fue de 27 años. Las mujeres comprendidas entre 20 y 24 años presentan los porcentajes más elevados (31,7%), seguido de las mujeres comprendidas entre 15 y 19 años (21,9%)³¹.

De acuerdo con el piso geológico del país, el altiplano presenta mayor porcentaje de muertes (36,6%), seguida de las zonas del valle (34,2%) y por último las zonas de los llanos (29,3%).

Se solicita que el Comité plantee las siguientes preguntas al Estado Plurinacional de Bolivia durante la sesión N° 71 del 09 de noviembre al 04 de diciembre de 2020 del CAT:

1. ¿Qué medidas adoptará el Estado para garantizar que se reforme el Código Penal, con el fin de tratar el problema del aborto inseguro?
2. ¿Cómo se asegurará el Estado de que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto seguro y legal en vez de sufrir lesiones o ser víctimas de muertes innecesarias y evitables a causa del aborto inseguro, lo cual viola sus derechos a una vida libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes?
3. ¿Qué medidas adoptará el Estado para garantizar que la atención postaborto y los servicios de aborto seguro sean integrados en todos los niveles del sistema de salud pública, incluidos aquellos para mujeres pobres y mujeres que viven en zonas rurales que necesitan buscar dichos servicios?

³⁰ Ministerio de Salud. 2013. Documento Técnico Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud Metas – Bolivia. La Paz, Bolivia.

³¹ Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal. <http://ommncides.edu.bo/ommn/>

4. ¿Cómo garantizará el Estado que las niñas y adolescentes que buscan servicios de aborto tengan acceso a los servicios que necesitan de manera confidencial, sin la participación de su madre, padre o tutor/a?

5. ¿Qué medidas el Estado está tomando en relación con el aborto farmacológico, método recomendado por la OMS, para así reducir los daños y prevenir la muerte de las mujeres por el uso de los métodos inseguros?

Antecedentes

La tasa de mortalidad materna, en Bolivia, es una de las más altas de la región. Si bien ha reducido a 160 mujeres por 100.000 nacidos vivos, con medidas tales como la implementación de la Estrategia Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal del Ministerio de Salud (2016-2020) que ha incrementado la cobertura de atención prenatal por personal capacitado a 87.9%, aún no logra alcanzar el promedio regional de 85 por 100,000 nacidos vivos³².

En Bolivia, el 13% de la mortalidad materna es producto de un aborto mal practicado en clínicas clandestinas (EDSA, 2011), que en muchos casos responde a personal que carecen de la cualificación necesaria en un entorno, que generalmente, no cumplen con las normas médicas mínimas necesarias para realizar este tipo de procedimientos.

A la fecha, el aborto voluntario es penado, razón por la cual no se cuenta con datos oficiales que los cuantifiquen y denoten las muertes producidas. El 2017, el Ministerio Salud informó que 115 mujeres al año llegan al Sistema Nacional de Salud con complicaciones por abortos inseguros; la ex Ministra de Salud, Gabriela Montaña, informó que “el aborto es una realidad esté penalizado o no, hoy es la tercera causa de muerte materna en nuestro país y no lo podemos negar. Si sigue penalizado va a seguir existiendo la muerte materna por esta causa”³³.

Según datos extraoficiales, se estima que durante la gestión 2016, 59.646 abortos clandestinos fueron realizados en Bolivia. Si se divide esta cifra por los 365 días del año, se calcula un promedio de 163 abortos por día³⁴. Los datos emergentes de los abortos clandestinos responden a embarazos imprevistos. Parte de éstos son el resultado de relaciones sexuales involuntarias (delitos de violencia), del uso incorrecto de un método anticonceptivo o no uso de métodos anticonceptivos en absoluto.

Con arreglo al **artículo 1** de la Convención, las restricciones al acceso a los servicios de aborto violan el derecho de la mujer a una vida libre de tortura. La inaplicabilidad de la SC 0206/2014 en Bolivia significa que cada año aproximadamente cada año mueren 70 mujeres³⁵. Asimismo, una mujer que acude a un/a prestador/a de servicios no capacitado/a o que intenta autoinducir un aborto podría sufrir efectos devastadores para su salud física durante el resto de su vida, tales como infertilidad, lesiones o incluso la muerte. Las restricciones al aborto discriminan a las mujeres al

³² Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (6 de mayo de 2014). Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbeanreduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es

³³ <https://www.minsalud.gob.bo/2347-el-aborto-es-la-tercera-causa-de-muerte-materna-en-el-pais> De acuerdo al último estudio nacional de mortalidad materna del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/3-investigaciones>

³⁴ Ipas Bolivia. 2018. Las cifras hablan II. La Paz, Bolivia.

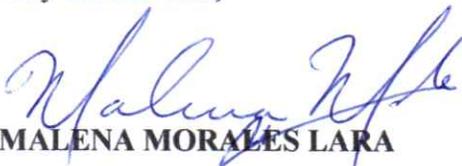
³⁵ Cálculo realizado en base a datos del Ministerio de Salud, que reportan que en la gestión 2011 se reportaron 538 muertes maternas, de las cuales el 13% corresponden a muertes por aborto.

penalizar un procedimiento de salud que solo las mujeres necesitan, y el impacto de estas restricciones es sentido principalmente por las mujeres, quienes deben llevar la carga del embarazo no deseado, o de lo contrario poner en riesgo su vida y su salud al buscar un aborto inseguro.

Se debe instar enfáticamente al Estado Plurinacional de Bolivia a que elimine las restricciones legislativas al aborto y a que garantice que los servicios de aborto sean seguros y accesibles para todas las mujeres que los necesitan, y el Estado debe asegurar que esto ocurra de una manera oportuna.

Esperamos que esta información les sea útil durante el examen del cumplimiento del Estado Plurinacional de Bolivia con la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

Muy atentamente,



MALENA MORALES LARA

DIRECTORA EJECUTIVA

Ipas - BOLIVIA