



Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Distr. general
12 de diciembre de 2024
Español
Original: inglés
Español, francés e inglés
únicamente

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Investigación sobre Polonia con arreglo al artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención

Informe del Comité***

I. Introducción

1. El 28 de marzo de 2019, el Comité recibió información de Koalicja Karat (Coalición KARAT), Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (Federación para la Mujer y la Planificación Familiar) y del Centro de Derechos Reproductivos, de conformidad con el artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención. Se recibió información adicional el 17 de diciembre de 2019 y el 23 de diciembre de 2020. Las fuentes alegan que Polonia ha cometido violaciones graves y sistemáticas de derechos en virtud de la Convención debido al acceso restrictivo al aborto para mujeres y niñas.

2. Polonia ratificó la Convención el 30 de julio de 1980 y se adhirió a su Protocolo Facultativo el 22 de diciembre de 2003.

II. Presentación por las fuentes de información

3. Las fuentes señalan que prestar asistencia para obtener un aborto está tipificado como delito castigado con una pena máxima de tres años de prisión, y que el acceso al aborto está severamente restringido. Alegan que las leyes y la práctica del aborto en Polonia discriminan a las mujeres y violan sus derechos al anular su autonomía reproductiva y negarles el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva, todo lo cual constituye una violación grave y sistemática de los derechos consagrados en la Convención, en particular en los artículos 2, 5, 10, 12 y 14.

* Aprobada por el Comité en su 87º período de sesiones (29 de enero a 16 de febrero de 2024).

** El presente informe se hizo público una vez expirado el plazo de seis meses previsto en el artículo 8 párrafo 4 del Protocolo Facultativo de la Convención.



III. Antecedentes procesales

4. El 8 de febrero de 2021, Polonia presentó sus observaciones alegando que los Estados ejercen competencia soberana y están facultados para proteger el derecho del nonato a la vida desde el momento de la concepción; que el derecho al respeto de la vida privada de la mujer no puede interpretarse en el sentido de que el embarazo y su interrupción se refieren únicamente a la vida privada de la mujer; y que el derecho de la mujer al respeto de su vida privada debe sopesarse frente a otros derechos y libertades concurrentes invocados, incluidos los de los nonatos. Indicó que el aborto es lícito cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, o cuando el embarazo es consecuencia de un delito. Polonia negó todo incumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la Convención y afirmó que no estaba prevista ninguna revisión de su legislación.

5. Durante su septuagésimo séptimo período de sesiones, el Comité examinó toda la información recibida y determinó que las denuncias eran fiables e indicativas de violaciones graves o sistemáticas de los derechos consagrados en la Convención. Designó a Lia Nadaraia y a Genoveva Tisheva para que llevaran a cabo una investigación.

6. El 22 de febrero de 2022, Polonia aceptó en principio la visita de los miembros designados, dependiendo de las fechas concretas y de la situación epidemiológica del país. Aceptó la visita el 1 de septiembre de 2022. La visita tuvo lugar del 20 de noviembre al 2 de diciembre de 2022. Durante la visita, los miembros designados y dos miembros de la secretaría se reunieron con funcionarios del Ministerio de Salud, el Ombudsman de los Derechos del Paciente, la Plenipotenciaria para la Igualdad de Trato del Ministerio de la Familia, el Trabajo y Política Social, el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Fiscalía Nacional. Entrevistaron a profesionales de la salud, a parlamentarios, a representantes de la sociedad civil y del mundo académico, y a mujeres que habían solicitado o se habían procurado un aborto. Además, se reunieron con representantes de organizaciones internacionales.

IV. Marco jurídico de la interrupción del embarazo en Polonia

7. La Ley de planificación familiar, protección del feto humano y precondiciones para la admisibilidad del aborto, de 1993, regula el aborto. Sustituyó a la Ley de 1956 sobre las condiciones de interrupción legal del embarazo, que permitía el aborto por motivos sociales además de los legales.

8. Con arreglo a la Ley de 1993, el aborto es ilegal. Prevé dos excepciones: a) el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, en cuyo caso el aborto es legal durante todo el embarazo; o b) el embarazo es consecuencia de un delito, en cuyo caso el aborto es legal durante las 12 primeras semanas del embarazo, quedando supeditado previa autorización formal de un fiscal. En caso de peligro para la vida o la salud de la mujer, el aborto debe practicarse en un hospital. La mujer que procure abortar debe dar su consentimiento por escrito o, en su caso, presentar la autorización de su tutor legal o del tribunal de tutoría. Una tercera excepción codificada en el artículo 4 a), inciso 1, apartado 2 de la Ley de 1993, permitía la interrupción del embarazo en situaciones de “defecto fetal grave e irreversible o enfermedad incurable que amenace la vida del feto”, hasta que el feto alcanzara la viabilidad, fue declarada incompatible con el artículo 38, leído conjuntamente con el artículo 30 y el artículo 31, inciso 3 de la Constitución en una sentencia de 2020 del Tribunal Constitucional. La sentencia entró en vigor el 27 de enero de 2021.

9. La prestación de asistencia a las mujeres para que aborten al margen de las disposiciones de la ley de 1993 está tipificada como delito y puede acarrear penas de prisión de hasta tres años, con arreglo al artículo 152 del Código Penal. Según datos de la Fiscalía Nacional, entre 2018 y 2022 se examinó un total de 426 casos en virtud del artículo 152; se archivaron 207 y 40 casos acabaron en condena. Un caso conocido es el de un hombre condenado en 2021 a seis meses de prisión por comprar medicamentos abortivos para su novia. En marzo de 2023, una defensora de los derechos humanos que trabajaba para la organización Abortion Dream Team fue condenada a ocho meses de servicios comunitarios tras ser condenada con arreglo al artículo 52 por enviar píldoras abortivas a una mujer que mantenía una relación de malos tratos. Actualmente están pendientes actuaciones judiciales contra un ginecólogo por suministrar medicamentos abortivos.

10. El derecho de los médicos a invocar la objeción de conciencia para negarse a prestar atención médica, a menos que una demora en la atención pueda suponer un riesgo de muerte, lesiones corporales graves o deterioro de la salud del paciente, está regulado en la Ley de 5 de diciembre de 1996 sobre médicos y dentistas y también se aplica a la prestación de servicios de aborto. En la práctica, esa negativa por motivos de conciencia también ha sido utilizada por grupos completos de hospitales y farmacéuticos para negarse a vender medicamentos inductores del aborto. Tales negativas, aunque violan la ley, se han producido con impunidad. Anteriormente, los médicos que denegaban la asistencia por motivos de conciencia tenían la obligación legal de remitir a la paciente a otro médico. Este requisito fue invalidado por el Tribunal Constitucional en su sentencia del 5 de diciembre de 2015, por considerarlo contrario a la protección constitucional a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Además, declaró inconstitucional la obligación de los médicos de prestar servicios de salud en “otros casos urgentes que requieran tratamiento inmediato”.

V. Conclusiones de hecho

A. Acceso al aborto legal

1. Embarazos que ponen en peligro la vida o la salud de la mujer

a) Ausencia de un protocolo de orientación oficial para el personal médico

11. La excepción a la criminalización en caso de amenaza para la vida o la salud de la mujer embarazada no está complementada por un protocolo de orientación oficial para los profesionales médicos. La falta de un protocolo de ese tipo deja el significado de “amenaza para la vida o la salud” sujeto a interpretación y a menudo da lugar al temor de calificar erróneamente una situación como tal en violación de la ley, así como a la reticencia a llevar a cabo un aborto médico. También lleva a interpretaciones arbitrariamente restrictivas, como descartar determinados riesgos para la salud. Los miembros también tomaron conocimiento de casos en los que los médicos exigían diversas pruebas para determinar un riesgo para la salud y obligaban a las mujeres a esperar el resultado hasta que hubiera transcurrido el plazo para abortar. A raíz de esos casos las mujeres han perdido la confianza en los profesionales médicos. La falta de un protocolo de orientación oficial ha sido aprovechada por los grupos de presión antiabortistas para formular sus propios protocolos de orientación restrictivos, que han presentado a los hospitales, y en algunos casos, los hospitales han aplicado esos protocolos no oficiales.

b) Interpretación errónea de la excepción

12. Se informó a los miembros de que la excepción a la criminalización en casos de riesgo para la vida o la salud es a menudo interpretada erróneamente por el personal

médico, en particular que una amenaza para la salud debe ser de una gravedad tal que se pueda considerar un peligro para la vida. Ello ha dado lugar a casos en los que el personal médico esperó a que se produjera una sepsis u otra afección potencialmente mortal antes de practicar un aborto. Por su parte, los profesionales médicos suelen creer erróneamente que el latido del feto debe haberse detenido para poder realizar un aborto con arreglo a la excepción. Hubo casos de mujeres que tuvieron que esperar en el hospital en un estado de salud gravemente deteriorado hasta que el latido del feto se detuvo o su propio estado puso en peligro su vida. La interpretación de peligro para la vida también depende del médico a cargo. Con frecuencia, los médicos tienen miedo de practicar el aborto “demasiado pronto”, violando así la ley.

c) Casos de muertes relacionadas con el embarazo

13. Se informó a los miembros sobre seis casos de muertes de mujeres embarazadas que probablemente podrían haberse evitado mediante el aborto. Las mujeres fallecidas son Agnieszka T, Izabela, Agata, Marta, Anna y Justyna. Tras la visita de investigación, falleció otra mujer, Dorota L, en circunstancias similares. Se informó a los miembros de que las mujeres fallecidas no habían recibido la atención médica necesaria, en particular el acceso al aborto, que probablemente les habría salvado la vida, y que las circunstancias de sus muertes indican claramente la negativa del personal médico encargado a practicarles un aborto. El Comité toma nota del anuncio del Ministro de Salud tras el fallecimiento de Dorota L. y de que se elaborarían nuevas directrices sobre la prestación de servicios de aborto.

d) Dificultades para acceder al aborto por peligro para la salud mental de la mujer

14. El diagnóstico de malformaciones fetales graves, incluidas las malformaciones que pueden provocar el nacimiento de un feto muerto o la muerte del neonato, conlleva graves consecuencias para la salud mental de las mujeres embarazadas. Las mujeres que buscan asistencia médica en esos casos suelen sufrir un trastorno de ajuste. Muchos de las pacientes que procuraban tratamiento psiquiátrico presentaban resignación o ideas suicidas. En muchos casos, llevar el embarazo a término constituía una amenaza concreta para la salud mental e incluso para la vida. Aunque en definitiva se aceptaban, inicialmente los certificados expedidos por los psiquiatras a veces eran rechazados por el personal médico, incluso menospreciando la situación de las pacientes o tratando de infundirles culpabilidad. La falta de directrices oficiales permite a los hospitales determinar su propio procedimiento sobre cuándo realizar un aborto en función del peligro para la salud mental, incluidos los procedimientos que estipulan requisitos excesivos como la necesidad de contar con dos certificados, pruebas adicionales o un certificado de un psicólogo católico. Esa resistencia por parte del personal médico causa estrés y sufrimiento adicionales a las pacientes. Los grupos de presión antiabortistas también desacreditan la causal de riesgo a la salud mental, afirmando en “directrices” de elaboración propia que el aborto basado en esa causal es ilegal. En marzo de 2023, una mujer a la que un hospital público denegó el aborto en 2021 pese a que se había certificado un peligro para su salud mental, ganó su caso ante el Ómbudsman de los Derechos del Paciente. La decisión del 13 de marzo de 2023 confirma que es ilegal negar el aborto a una mujer con un certificado que confirma que la continuación del embarazo pone en peligro su salud mental.

e) Efecto amedrentador de la criminalización del aborto para el personal médico

15. La criminalización del aborto, salvo en unos pocos casos estrictamente definidos, genera una atmósfera de miedo, en la que los médicos temen incluso hablar del aborto con las pacientes. Además de los casos en que se hace esperar a las pacientes hasta que el peligro para su salud haya pasado a ser un peligro para su vida,

el personal médico también duda en realizar un aborto, por inseguridad, miedo o interpretación errónea de la ley. Los médicos son reacios a ser ellos quienes tomen la decisión y piden autorización a sus superiores. Una víctima describió cómo un médico esperó al médico del turno siguiente para llevar a cabo el procedimiento. El efecto amedrentador sobre los médicos se ve agravado por la fiscalización, ya que los hospitales deben enviar un informe anual al Ministerio de Salud indicando el número de abortos.

2. Embarazos resultantes de un delito

16. Para acceder al aborto en virtud de la excepción de un embarazo resultante de un delito, especialmente en caso de violación, incesto o relaciones sexuales con una menor, la víctima debe presentar primero una denuncia penal para obtener un certificado del fiscal que confirme que se ha abierto una investigación, permitiendo así al hospital practicar un aborto. No hay límite de tiempo para la expedición del certificado, pero el plazo durante el cual se puede practicar un aborto se limita a las 12 primeras semanas del embarazo. Las peticiones presentadas por la sociedad civil para introducir un límite de tiempo durante el cual los fiscales deben expedir los certificados requeridos no han tenido éxito. Por otra parte, el contexto poco amable para las que no son víctimas en el que deben solicitarse los certificados se caracteriza por un grado excesivo de dudas que manifiestan las autoridades. Para llegar a la fase de enjuiciamiento, primero es necesario que un psicólogo evalúe y confirme la credibilidad de las víctimas. Sólo entonces podrá iniciarse la investigación y obtenerse un certificado. A lo largo de la fase de investigación, las víctimas son, en ocasiones, objeto de estigmatización y de preguntas que implican responsabilidad compartida. Dado que el protocolo es muy oneroso y doloroso, las víctimas suelen ser reacias a abortar por ese procedimiento y, en su mayoría, encargan píldoras por Internet. Ese procedimiento constituye también un factor disuasorio para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, por ejemplo para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, cuando las mujeres quieren ocultar un posible embarazo para poder abortar clandestinamente. Aunque el Estado parte ha recibido un número encomiable de refugiados procedentes de Ucrania, es casi imposible que las mujeres y niñas refugiadas que son víctimas de la violencia sexual y de género accedan al aborto legal, ya que abrir una investigación por un delito que no ha tenido lugar en el Estado parte es más complicado y lleva más tiempo.

3. Limitaciones *de facto* al acceso al aborto legal en Polonia

a) Obligaciones de notificación e investigaciones

17. El personal médico que advierta que se ha producido un aborto potencialmente ilegal debe notificar a las autoridades. También hay casos en los que los médicos llamaron a la policía cuando advierten la ausencia de un embarazo previamente registrado. Las mujeres podían entonces ser interrogadas para identificar a la persona de quién recibieron asistencia. En octubre de 2022 se introdujo un “registro de embarazos”, en el que se registran y se hace un seguimiento de todos los embarazos. Según la información recibida, si la falta de un embarazo previamente registrado se documenta en el sistema, ello daría lugar a la notificación al fiscal y al consiguiente interrogatorio de la mujer. El Estado parte basó este registro en una directiva de la Unión Europea que obliga a recopilar datos sanitarios importantes para que las pacientes reciban tratamiento médico de un país europeo a otro. Sin embargo, el Comité señala que el Estado parte es el único país que recopila datos sobre embarazos. También se informó a los miembros acerca de dos casos en los que los abortos espontáneos denunciados a la policía dieron lugar a registros en los domicilios de las mujeres, incluido el vaciado del tanque séptico de una de ellas y el interrogatorio de la vecina de una mujer para determinar si había abortado. En otro caso, una mujer que

había abortado utilizando píldoras abortivas y se había puesto en contacto con su psiquiatra por ansiedad, fue ingresada en un hospital, donde la policía le confiscó la computadora portátil y el teléfono y la interrogó sobre el aborto. Las agentes de policía también le pidieron que se desnudara, se pusiera en cuclillas y tosiera. Si bien tales investigaciones son desproporcionadas e ilegales, el Comité considera que la atmósfera de criminalización del aborto propicia tales infracciones, ya que las personas que no están plenamente familiarizadas con la ley se mostrarán reacias a defenderse. Los miembros también tomaron conocimiento de las medidas proactivas adoptadas por las autoridades para identificar a las mujeres que han abortado. Por ejemplo, si se encuentra un feto en un lavabo, se buscará activamente a la mujer para determinar si se trata de un aborto espontáneo o ilegal.

b) Denegación de asistencia por objeción de conciencia

18. Una importante barrera *de facto* al aborto es la posibilidad de los médicos de denegar el aborto a las mujeres sobre la base de la cláusula de objeción de conciencia. La barrera se vio reforzada por la decisión del Tribunal Constitucional de 2015 (véase el párr. 10), por la que se invalidó la obligación que tenían anteriormente los médicos que invocaban esa causal para remitir a las pacientes a médicos que llevaran a cabo el procedimiento. Los miembros tomaron conocimiento de que la cláusula de objeción de conciencia también es aplicada ilegalmente por conjuntos de hospitales mediante una declaración unilateral, o haciendo firmar a todo el personal una declaración de objeción de conciencia en relación con los abortos. La aplicación de la cláusula no está regulada por ley y no existe una lista de médicos que la apliquen, por lo que las mujeres tienen que preguntar previamente o acudir a los médicos para enterarse de su negativa por causal de conciencia, con la consiguiente pérdida de tiempo. Los miembros tomaron conocimiento de un caso en el que una mujer no fue informada por su médico de una malformación fetal. El Comité considera que la falta de regulación de la cláusula de conciencia puede envalentonar a algunos médicos para engañar a las mujeres de esa manera. Tras su visita, los miembros también tomaron conocimiento de un caso en el que dos hospitales, invocando la cláusula de objeción de conciencia, se negaron a practicar el aborto a una mujer con una discapacidad intelectual, que estaba embarazada a causa de una violación y que tenía un certificado del fiscal.

c) Formación insuficiente y métodos imprecisos

19. Los estudiantes de medicina y los médicos no están formados o lo están insuficientemente en el tratamiento del aborto y desconocen las Directrices de Atención al Aborto de la Organización Mundial de la Salud. No hay directrices oficiales sobre el aborto y los hospitales suelen utilizar el anticuado método del legrado, lo que podía dañar gravemente el organismo de la mujer y que la OMS desaconsejaba. Cuando los hospitales utilizaban píldoras abortivas, a menudo sólo suministraban dos, lo que provocaba contracciones y dolor, que serían evitables si se dieran más píldoras. Incluso los casos de sepsis, la medida empleada con frecuencia es inducir el parto, en vez de realizar un aborto. Los médicos que desean practicar abortos con métodos modernos sólo pueden aprender acerca de esos métodos recurriendo a sus colegas extranjeros y a sus recursos externos, por ejemplo seminarios web, y siguen directrices elaboradas en otros países. Las herramientas modernas, como los instrumentos de succión, son casi imposibles de conseguir y había que encargarlas al extranjero. Los médicos están formados y actúan en un contexto en el que el aborto estaba silenciado y no se consideraba un procedimiento médico habitual. Muchos médicos no recuerdan los tiempos en que el aborto era legal en Polonia. Si bien hay una nueva generación de médicos que desean aprender acerca de los abortos y practicarlos, se lo impiden la dirección del hospital y los colegas de

más edad a los que, según la práctica establecida, el personal más joven debe obedecer, o la normativa general del hospital que exigía la aplicación de la cláusula de objeción de conciencia.

d) Procedimiento de denuncia inadecuado

20. Las mujeres cuyo médico se niegue a proporcionarles un tratamiento o información específicos, incluidos el aborto, las pruebas prenatales o la información correspondiente, pueden presentar una denuncia en virtud del artículo 31 de la Ley de Derechos de los Pacientes y Ómbudsman de los Derechos de los Pacientes, de 2008. Este procedimiento puede durar hasta 30 días. Teniendo en cuenta el plazo de 12 semanas dentro del cual es acceso al aborto es legal, ello disminuye el período de tiempo en el cual había que dejar certificada la necesidad de un aborto, sobre todo cuando la negativa se refiere a una prueba prenatal, como ha ocurrido en varios casos. Además, el procedimiento de las denuncias resulta muy engorroso, ya que exige que los pacientes especifiquen qué artículos de la Ley de 2008 habían sido infringidos, lo que es inviable a falta de un sólido conocimiento de la ley, a raíz de lo cual la mayoría de las denuncias se desestimaron por motivos de procedimiento. Además, las decisiones de la Junta Médica no están sujetas a control judicial. En consecuencia, la mayoría de las pacientes no consideraban eficaz ese procedimiento como de remedio inmediato, sino que más bien servía como procedimiento para obtener reparaciones *post factum*.

e) Limitaciones geográficas

21. En la práctica, existen graves discrepancias en el acceso al aborto en función de la ubicación geográfica. Los miembros tomaron conocimiento de que el acceso resulta especialmente difícil en las municipalidades (voivodeships) del Este y del Sur, donde algunos hospitales declararon la inaccesibilidad al aborto en sus instalaciones. Esa violación de la ley suele quedar impune. En algunas municipalidades del sudeste no hay ningún hospital que practique abortos, ya que todos ellos invocaban la cláusula de la objeción de conciencia. También había marcadas diferencias en el acceso al aborto y a la anticoncepción en las grandes ciudades en comparación con los pueblos más pequeños. En los pueblos pequeños donde la gente se conoce bien, hay mucho control social y aumentaba el efecto amedrentador sobre los médicos. Además, los pueblos pequeños cuentan con un número reducido de médicos o sólo uno, con horarios de apertura limitados, lo que dificultaba significativamente el acceso a la atención sanitaria, en particular a la anticoncepción de urgencia, sólo disponible con receta.

f) Falta de información

22. Las mujeres no siempre saben que no serán sancionadas por procurar o someterse a un aborto. No hay información accesible al público sobre los pasos para acceder al aborto ni sobre los hospitales donde se practicaban abortos, generando así una situación que infunde temor a muchas mujeres. Las mujeres sólo pueden encontrar esa información a través de las redes de organizaciones de la sociedad civil, que también proporcionaban información sobre el acceso al aborto fuera de los engorrosos procedimientos de la excepción.

B. La criminalización del aborto y su efecto sobre las mujeres y la sociedad

1. Embarazos en los que existe un defecto fetal grave e irreversible o una enfermedad incurable que pone en peligro la viabilidad del feto

23. Los miembros entrevistaron a mujeres cuyo feto había sido diagnosticado de un defecto grave e irreversible o de una enfermedad incurable que ponía en peligro su viabilidad. En dichos casos las mujeres ya no podían abortar legalmente, en virtud de una sentencia del Tribunal Constitucional de 2021, constituyendo dichos casos la mayoría de las causales de aborto hasta que se promulgó la ley en 1993. Las mujeres entrevistadas dieron testimonio de su angustia al enterarse del estado de su feto y, sobre todo, de la obligación de continuar su embarazo hasta el final.

24. Z descubrió en la vigésima semana de embarazo que su feto presentaba anomalías potencialmente mortales. Dada la etapa en que se encontraba su embarazo, viajó urgentemente a España para abortar, sin esperar a una tercera ronda de pruebas médicas. Tuvo que sufragar gastos de viaje de 2.000 a 3.000 zlotys, más costos de alojamiento durante tres o cuatro noches, con lo que el gasto ascendió a unos 8.000 zlotys; además, tuvo que pedir baja laboral. Z no pudo enterrar al feto como los demás padres. Al día de hoy, Z no sabe bien qué decirle a su ginecólogo y se siente como una criminal. Durante un año se sintió “como un vegetal” y tuvo que consultar a un psicólogo, al que pagó de su bolsillo: 170 zlotys por visita, con una visita por mes durante los primeros seis meses, y después cada tres meses. También tuvo que tomar pastillas psicotrópicas durante algún tiempo. Actualmente Z no sabe si volverá a plantearse volver a quedar embarazada.

25. Verse obligada a llevar a término un embarazo problemático pone en peligro la salud de las mujeres, en particular su salud mental. Los testigos entrevistados en el marco de la investigación afirmaron que el Gobierno había anunciado que se proporcionaría asistencia, incluso psicológica, a las mujeres que sufrieran por esos embarazos, pero no se lo ha hecho. El Gobierno ofrece 4.000 zlotys a las mujeres que den a luz a un niño con un defecto fetal grave e irreversible o una enfermedad incurable. Los padres que cuidan de niños con discapacidad reciben un subsidio mensual de 500 zlotys, subsidio que pierden si aceptan trabajo a tiempo completo o parcial.

26. Según los datos del Ministerio de Salud, en 2020 se practicaron 1.076 abortos legales, mientras que en 2021 solo hubo 107 abortos. En 2020 se practicaron 21 abortos por amenaza a la salud y a la vida de la mujer, y en 2021 se practicaron 32 abortos por ese motivo. En 2020 se practicaron dos abortos basados en la sospecha de que el embarazo era consecuencia de una violación; en 2021 y 2022 no se practicó ningún aborto por esas causales. En 2020 se practicaron 1.053 abortos por malformaciones fetales graves o mortales; en 2021, sólo hubo 75 abortos realizados por ese motivo (hasta el 27 de enero de 2021, cuando entró en vigor la prohibición del aborto por esas causales). Las estadísticas más recientes muestran que en 2022 se practicó un total de 161 abortos en hospitales. En 9 de las 16 municipalidades no se practicaron abortos legales en 2022. Esos últimos resultados ponen de manifiesto el hecho de que la mayoría de las mujeres no tienen acceso a los servicios de aborto como consecuencia de la legislación y la práctica del Estado parte.

2. Falta de obligación legal de informar a las pacientes sobre el resultado de las pruebas prenatales

27. Muchos testigos han declarado que el acceso a las pruebas prenatales y a la información sobre las mismas era restringido por el personal médico, por temor a que se considerara que ayudaban a abortar. Según testigos, el acceso a la información

sobre pruebas prenatales por teléfono del Fondo Nacional de Salud o del Ómbudsman de los Derechos del Paciente es teórico: los pacientes ponen su confianza y su salud en manos de sus médicos y del hospital, y normalmente no tendrán confianza para incluir sus recomendaciones.

28. Los testigos dijeron también a los miembros que los médicos no tenían la obligación legal de informar a las pacientes acerca de los resultados de las pruebas prenatales. Representantes del Ministerio de Salud indicaron que el hecho de que no se divulgaran los resultados y la restricción de la información acerca de las pruebas prenatales constituían una infracción procedimental. Sin embargo, los miembros no recibieron información sobre los correspondientes enjuiciamientos o sanciones.

3. Impacto en la calidad de los cuidados

29. Los testigos dan fe de la caída general del acceso y de la calidad de los servicios de salud tras la criminalización del aborto. Ha aumentado el número de muertes de recién nacidos y ha disminuido el acceso a la atención perinatal. Si bien las clínicas perinatales de Polonia solían considerarse ejemplos de buenas prácticas, las mejores, la ley ha afectado la práctica de los especialistas en atención a la salud, infundiéndole el temor de ser acusados de haber matado a un bebé si algo sale mal. Los médicos jóvenes se están yendo del país y el sistema de salud no cuenta con financiación suficiente.

4. Mujeres en situación de pobreza y otras situaciones de discriminación interseccional

30. Las restricciones al acceso al aborto tienen consecuencias diferentes en función de la posición geográfica y social de la mujer. Las mujeres con mayores niveles de instrucción, con recursos y que viven en grandes ciudades están más al tanto de otras opciones y pueden tener la posibilidad de viajar a países vecinos donde el aborto es legal. Las mujeres viajan a Alemania, Austria, Chequia, Eslovaquia, España o Francia. El Gobierno es consciente de esa posibilidad: en mayo de 2021 la prensa dio a conocer las palabras del ex Primer Ministro y presidente del partido conservador “Ley y Justicia”, Jaroslaw Kaczynski: “Hay anuncios en la prensa que cualquier persona medianamente inteligente entiende y puede tramitar el aborto en el extranjero, más o menos caro¹”. Sin embargo, esa opción sólo está disponible para quienes puedan costearse el procedimiento y los gastos asociados de desplazamiento, baja laboral y cuidado de los hijos. El costo del procedimiento en sí lo hace inaccesible para muchas mujeres. Además, tener que procurar un aborto en el extranjero causa a las mujeres un daño significativo al separarlas de la familia y de las estructuras de apoyo y obligarlas a desenvolverse en un sistema de salud de otro país en un idioma extranjero.

31. Por el contrario, las mujeres marginadas, incluidas las desfavorecidas económica y socialmente, las que viven en zonas rurales, las supervivientes de la violencia, las mujeres con discapacidad, las adolescentes y las mujeres migrantes corren un mayor riesgo de embarazos no deseados debido a la falta de acceso a anticonceptivos modernos asequibles. También afrontan múltiples obstáculos que surgen a la hora de viajar al extranjero para acceder a servicios de aborto seguros y legales, entre ellos barreras geográficas, económicas y sociales. Las mujeres marginadas que necesitan abortar pueden optar por alternativas peligrosas y recurrir en mayor número a abortos clandestinos e inseguros. Estas últimas corren más riesgos, ya que los testigos mencionaron que la Fiscalía Nacional Pública

¹ Véase <https://notesfrompoland.com/2021/05/25/there-is-no-abortion-ban-in-poland-says-kaczynski-women-can-arrange-abortions-abroad/>.

controla todo lo relacionado directa o indirectamente con el aborto, llevando a cabo labores de investigación ante la más mínima sospecha de aborto, incluidos los casos de aborto espontáneo.

32. Pese a la falta de información específica sobre la salud sexual y reproductiva y derechos conexos para las mujeres con discapacidad durante la visita, el Comité observa las barreras que afrontan cuando buscan acceso al aborto, debido a la falta de información y de servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, y también observa que no están protegidas contra el aborto forzado y presuntamente son sometidas a esterilización forzada, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD/C/POL/CO/1, párrs. 30, 43 e) y 44 e).

33. Los testigos indicaron que las refugiadas procedentes de Ucrania corren un riesgo especial, ya que disponen de escasa información y conocimiento de la legislación y la práctica del aborto en Polonia y la comunidad de los refugiados ucranianos es su principal fuente de información, a veces errónea. Muchos miembros de la comunidad siguen en contacto con grupos específicos, como las iglesias, que pueden ejercer presión y afectar la libertad de elección. Las víctimas de la violencia sexual relacionada con los conflictos suelen ser derivadas a los servicios de urgencias de los hospitales, aunque éstos a menudo no entienden qué servicios necesitan las víctimas.

5. Realidad de los abortos clandestinos en Polonia

34. Los miembros de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que fueron entrevistados dieron testimonio del efecto amedrentador de la ley sobre las redes de apoyo a las mujeres. Las ONG que ayudan a las personas a acceder al aborto indicaron que habían prestado apoyo a 78.000 mujeres desde 2020, proporcionándoles información, ayuda y fondos para los viajes. También dijeron haber recibido 700 llamadas de ayuda por mes. Se le dijo a los investigadores que el 90 % de las mujeres que buscaban asistencia estaban en las 12 primeras semanas de embarazo y en su mayoría necesitaban obtener píldoras abortivas de un proveedor en línea de su confianza. Aunque se consideran inocuas, las píldoras abortivas pueden poner en peligro la vida y la salud de las mujeres cuando se utilizan al margen del sistema de salud. El 1 % de las mujeres que necesitan asistencia con un aborto se encuentran en el segundo o tercer trimestre cuando solicitan asistencia. Por ende, deben viajar al extranjero para abortar por medio de un procedimiento médico.

6. Asistencia postaborto para abortos ilegales o practicados fuera de Polonia

35. Los testigos y los miembros de organizaciones de la sociedad civil entrevistados atestiguan que la atención post-aborto no existe formalmente. Las mujeres que se someten a un aborto ilegal o en el extranjero lo mantienen en secreto. Las organizaciones de la sociedad civil conocieron a muchas mujeres temerosas de acudir al hospital tras un aborto por miedo a las preguntas de los médicos. Son bien conocidos los casos de médicos que llaman a la policía para investigar sospechas de aborto, lo que genera temor entre las mujeres respecto a las consecuencias de solicitar atención médica.

7. Intimidación de manifestantes, defensores de los derechos humanos y sociedad civil

a) Defensores de los derechos humanos y la sociedad civil

36. Los defensores de los derechos humanos entrevistados describieron un claro riesgo, y el temor legítimo, de que las activistas de los derechos de la mujer sean enjuiciadas. Los representantes de las ONG reciben amenazas contra su vida y dirigidas contra sus familiares en sus correos electrónicos particulares. La policía no

da curso a dichas denuncias, por lo que muchos defensores de los derechos humanos han dejado de presentarlas. Muchos sufren agotamiento y trastornos de estrés postraumático.

37. Los testigos evocan un ataque más amplio contra los defensores de los derechos humanos y las ONG desde 2017, como parte de las investigaciones sobre la asistencia al aborto, y algunos señalan que son citados constantemente en comisaría para ser interrogados. Una mujer miembro de Abortion Dream Team, que apoya la salud sexual y reproductiva y derechos conexos de las mujeres fue condenada a servicios comunitarios por despachar píldoras abortivas (véase el párr. 9). También se investigó a las ONG que han organizado manifestaciones. Esa tendencia parece ser una estrategia de acoso contra todos los defensores de los derechos humanos, con el propósito que se sientan agotados y agoten sus recursos a fuerza de investigaciones.

38. Los miembros tomaron conocimiento de que se había dejado de financiar con fondos públicos a las organizaciones de defensa de los derechos de la mujer que no comparten las opiniones del Gobierno. Por ejemplo, en 2016 se retiró la ayuda económica al Centro de Derechos de la Mujer, que trabaja para combatir la violencia contra las mujeres, por considerar que supuestamente se consideraba que sus actividades “discriminan a los hombres”. Los testigos hablaron de un intento de normalizar una agenda contra las mujeres. Los derechos de las mujeres estaban disminuyendo, al igual que el espacio cívico.

b) Manifestantes

39. En octubre de 2020 se anunció el fallo del Tribunal Constitucional por el cual se declaró inconstitucional el aborto basado en defectos fetales, lo que fue seguido de protestas. El veredicto completo y los fundamentos se retrasaron hasta enero de 2021 a efectos de evitar nuevas protestas, que ya llevaban más de un mes. Los testigos afirmaron que la pandemia se utilizó como pretexto para reprimir las protestas. Oficiales de policía fueron atacados por grupos de extrema derecha, lo que dio lugar a una dura respuesta. Los manifestantes pacíficos, incluidos adolescentes y sus profesores, también fueron objeto de ataques, y se informó de que la policía recibió instrucciones de tratarlos igual que a los manifestantes violentos, deteniendo a algunos hasta 48 horas.

40. En las grandes ciudades, los activistas se organizaron para apoyar a los manifestantes, pero en los pueblos más pequeños ello resultó más difícil. En la ciudad de Oleśnica, por ejemplo, un activista de 17 años fue supuestamente citado en repetidas ocasiones en comisaría e interrogado por haber participado en protestas.

41. En noviembre de 2021 volvieron a estallar protestas masivas tras la muerte de Izabela (véase el párr. 13). En Varsovia y en otras ciudades se congregaron miles de personas para denunciar la restrictiva ley del aborto.

c) Influencia de los grupos de presión y activistas antiabortistas

42. Los miembros tomaron conocimiento de la fuerte influencia de las organizaciones de presión antiabortistas, incluso mediante iniciativas de presión para el nombramiento de sus representantes en sectores de la administración pública en educación y salud, así como en los tribunales.

43. Según los testigos, dichas organizaciones reúnen pruebas, las presentan a la policía y a la Fiscalía Nacional Pública, movilizan a la gente para que denuncie a personas, y entablan juicios contra defensores de los derechos humanos. Redactaron una guía para fiscales y asesoran jurídicamente a la Fiscalía Nacional Pública. A noviembre de 2022, habían presentado entre 130 y 150 causas contra la organización Abortion Dream Team. Esas organizaciones también han solicitado con

éxito constituirse en parte civil en determinados juicios (por ejemplo, en el caso relativo a un miembro del Abortion Dream Team, véase el párr. 9). Han redactado también directrices para que los hospitales gestionen las solicitudes de aborto. Los testigos los describen como personas respaldadas por el Gobierno, ricas y poderosas, temidas por médicos y defensores de los derechos humanos.

8. Efecto psicológico en las mujeres

44. Una encuesta de la Fundación CBOS realizada en 2022 muestra que el 68 % de las mujeres polacas (de 18 a 45 años) no quieren tener hijos o no saben si quieren tener hijos; entre los obstáculos citados figuran los posibles problemas de salud y el clima de incitación al odio contra las mujeres. Los testigos informaron de que las mujeres temen quedarse embarazadas, especialmente si tienen problemas de salud preexistentes. Saben que no recibirán apoyo en caso de embarazo problemático y que falta apoyo especial o plaza en la escuela para los niños con discapacidad. Las mujeres embarazadas temen acudir al hospital y que las dejen morir allí, basándose en casos anteriores tristemente célebres, por lo que optan por viajar inmediatamente al extranjero para obtener asistencia con un problema de salud, un viaje que se compara con una “tortura”, según los testigos. Las ONG afirman haber recibido muchas llamadas de mujeres hospitalizadas con un embarazo problemático que temían por sus vidas. Dado que ayudar a una persona a obtener un aborto puede dar lugar a enjuiciamiento y condena, para negarse a ayudar los médicos invocan el riesgo de terminar en la cárcel, lo que hace que las mujeres se sientan abandonadas. Muchas mujeres que abortaron por riesgo para su vida o su salud no vuelven a intentar quedarse embarazadas por miedo a tener que pasar por la misma experiencia.

45. Los miembros entrevistaron a testigos que se conocían entre sí, todos los cuales habían tenido un aborto en casos al margen de la excepción. Los testigos no se atrevían a hablar de ello en público, por temor a que les oyeran e informaran a los supervisores del trabajo.

C. Apoyo insuficiente a la planificación familiar

1. Acceso a los servicios de salud materna y reproductiva y a los anticonceptivos

a) Acceso a la anticoncepción hormonal, incluida la anticoncepción de emergencia y la esterilización

46. Sólo se puede acceder a los anticonceptivos hormonales con receta médica y no todos los tipos de píldoras anticonceptivas pueden ser reembolsados total o parcialmente por el seguro de enfermedad. Las nuevas generaciones de píldoras anticonceptivas, con menos efectos secundarios, tienen menos probabilidades de ser reembolsables que las antiguas. Las mujeres tienen que pagar por los anticonceptivos hormonales y luego presentar una solicitud de reembolso: sólo si se aprueba la solicitud se les puede devolver el dinero.

47. Los anticonceptivos de emergencia no son reembolsables y sólo están disponibles con receta médica. Esa restricción dificulta considerablemente el acceso a la anticoncepción de emergencia durante la tarde, la noche y los fines de semana, que son los momentos en que es mayor la necesidad. Las mujeres residentes en las localidades pequeñas afrontan obstáculos adicionales debido a las limitadas infraestructuras médicas y de transporte. Esas limitaciones reducen la probabilidad de que puedan tomar la medicación en un plazo de 72 horas, durante el cual resulta eficaz. En consecuencia, a menudo las mujeres solo pueden recurrir a las recetas de los médicos por medio de un servicio en línea, a un costo de 90 zlotys. Además, la anticoncepción de urgencia no está disponible en todas las farmacias.

48. Las mujeres sin alfabetización digital, sin acceso a farmacias ni acceso autónomo a fondos afrontan importantes barreras. Las pacientes menores de 18 años necesitan el consentimiento de sus padres o tutores, lo que restringe aún más el acceso.

49. La objeción de conciencia puede ser invocada por los médicos en materia de prescripción, incluida la anticoncepción de urgencia, y a veces es invocada ilegalmente por los farmacéuticos.

50. El artículo 156 inciso 1 apartado 1 del Código Penal estipula que “quien cause lesiones corporales graves en forma de privación de la capacidad de procrear a una persona, será castigado con pena de privación de libertad por un período no inferior a tres años”, prohibiendo de hecho la esterilización de las mujeres. Para los hombres, la vasectomía sigue siendo posible, ya que se considera reversible. Presuntamente se sigue esterilizando a la fuerza a mujeres y niñas con discapacidad.

b) Acceso a los servicios en materia de derechos salud sexual y reproductiva

51. Las mujeres tienen que esperar entre dos y tres meses para una cita ginecológica en el sistema público de salud, que deja insuficiente tiempo para identificar un embarazo y toda posible complicación al respecto y acceder al aborto antes del plazo de las 12 semanas. Esas complicaciones afectan especialmente a las mujeres sin los medios económicos para consultar a proveedores de atención a la salud privados. Las mujeres que son migrantes irregulares no pueden acceder a los servicios médicos. Desde 2016, la fecundación in vitro no está cubierta por el Fondo Nacional de Salud y las ayudas económicas para el procedimiento sólo se conceden a parejas heterosexuales. En su lugar se introdujo un programa de nanotecnología para la fertilización in vitro y una sesión de asistencia psicológica para rezar por el embarazo.

52. Según un informe de la Cámara Suprema de Control, no siempre se siguen los procedimientos legales sobre el tratamiento obstétrico. A menudo no se cumplía el requisito de tener un plan de parto, lo que dio lugar a casos de tratamiento-provisión no acordados de antemano por las mujeres. Los miembros escucharon el caso de un médico que se negó a realizar una histerectomía a una mujer que necesitaba el procedimiento debido a un caso grave de endometriosis. Según los testigos, los profesionales de la salud consideran que deben mantener la capacidad de las mujeres de dar a luz.

53. Pese a la posibilidad de acceder al aborto en determinadas circunstancias, no existen cuidados formalizados previos y posteriores al aborto; sólo hay cuidados en virtud del deber de cuidados generales del personal médico.

2. Educación e información sobre salud sexual

54. La educación en materia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos no forma parte del programa de estudios escolar. Los miembros tomaron conocimiento de que los alumnos sólo tenían acceso a clases voluntarias de “educación para la vida familiar” que se ofrecían durante los fines de semana, impartidos por personal sin formación pedagógica, por ejemplo afiliado con una iglesia, que enseñaba a los alumnos que no debían beber, fumar ni mantener relaciones sexuales, y que a veces proyectaba películas contra el aborto durante dichas lecciones. Solo en un estudio, de 2011, se analizaron los efectos de la ausencia de educación sobre salud sexual y reproductiva y derechos conexos, en el que se llegó a la conclusión de que la carencia de esa educación llevaba a un aumento de las conductas de riesgo. Los miembros se informaron sobre el influyente papel de la iglesia y de los grupos de presión antiabortistas en lo referente al programa educativo, especialmente los casos de padres que presentan denuncias contra las escuelas y los casos de grupos de presión

antiabortistas con respecto a los programas educativos por impartir educación sobre salud sexual y reproductiva y derechos conexos, así como casos de grupos de presión antiaborto que entablan querellas contra profesores y gobiernos locales por informar a los niños sobre la anticoncepción y el aborto.

55. Los miembros vieron que la ausencia de una educación formalizada sobre salud sexual y reproductiva y derechos conexos dejaba un vacío, por lo cual muchos jóvenes recurrían a la pornografía para informarse sobre el sexo. No solo la pornografía no brinda información pertinente, sino que expone a los jóvenes a una visión de la sexualidad a menudo muy sesgada en función del género, que asocia la sexualidad con la violencia contra las mujeres y con la opresión que ellas sufren.

D. Contexto social de los abortos en Polonia

56. A partir de finales de la década de 1960 y hasta que se aprobó la ley en 1993, en Polonia se podía solicitar el aborto, y este se practicaba gratuitamente en los hospitales públicos. La anticoncepción, incluida la de emergencia, era plenamente accesible. La presión ejercida por los grupos de presión eclesiásticos y antiabortistas tras la caída de la ex Unión Soviética propició los cambios legislativos.

57. Los testigos señalaron un aumento de las posturas regresivas, dirigidas a controlar a las mujeres e imponerles un papel específico, incluida la denegación de los derechos reproductivos, y los testigos observan un deterioro general de los derechos de las mujeres. Una comisión permanente del Gobierno está legalmente obligada a debatir toda propuesta legislativa con la Iglesia Católica si ésta lo solicita.

58. Una encuesta de noviembre de 2022 muestra que el 70 % de los encuestados apoyaban la plena legalización del aborto hasta la décimosegunda semana del embarazo. Otra encuesta reciente muestra que las mujeres jóvenes tienden a estar a favor del aborto, mientras que los hombres jóvenes tienden a mostrarse en contra. Sin embargo, los testigos observan un creciente compromiso de las generaciones más jóvenes desde las protestas de 2020, en las que participaron adolescentes de ambos sexos. Los testigos resaltaron que los debates sobre el aborto en los medios de comunicación eran mayoritariamente entre hombres.

VI. Conclusiones jurídicas

A. Obligaciones del Estado Parte en virtud de la Convención con respecto a la salud sexual y reproductiva y derechos conexos de las mujeres

59. El artículo 12 de la Convención, complementado por el artículo 16 1) e), garantiza a las mujeres el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Los artículos estipulan la necesidad de eliminar la discriminación contra la mujer en la prestación de asistencia a la salud y garantizar el acceso a los servicios, incluida la planificación familiar y el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. Las disposiciones del artículo 12, leído conjuntamente con los artículos 1, 2, 5, 14 y 16 1) e), constituyen los fundamentos jurídicos de la jurisprudencia del Comité en la materia.

60. El artículo 2 c), d), f) y g), estipula la obligación de establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer en pie de igualdad con el hombre y de abstenerse de incurrir en actos o prácticas que sean discriminatorios contra la mujer, así como de adoptar las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar las leyes vigentes, en particular las leyes penales, que sean discriminatorias

contra la mujer. El artículo 2, leído conjuntamente con el artículo 1, exige la adopción de medidas apropiadas para eliminar toda restricción que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el disfrute o ejercicio por la mujer de los derechos humanos en todas las esferas. El artículo 2 g) requiere que los Estados partes deroguen todas las disposiciones penales nacionales que constituyen discriminación contra la mujer. El artículo 5 aborda los estereotipos de género, incluidas las pautas de conducta sociales y culturales. Leído conjuntamente con los artículos 12 y 16, exige eliminar los estereotipos de género que dificultan la igualdad en el sector de la salud y repercuten negativamente en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres e informadas sobre el cuidado de su salud, su sexualidad y su reproducción.

61. En los párrafos 14 y 31 c) de su recomendación general núm. 24 (1999) sobre las mujeres y la salud, el Comité afirma que las leyes que criminalizan los procedimientos médicos que sólo necesitan las mujeres obstaculizan el acceso de las mujeres a la atención a la salud. Dado que el aborto es un servicio que sólo necesitan las mujeres, el Comité consideró que se producía una violación cuando se restringía indebidamente el acceso. En el párrafo 11 de la recomendación general, el Comité declara que las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención a la salud carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. Es igualmente aplicable si el servicio está disponible en teoría, pero su aplicación se ve muy limitada en la práctica. En el párrafo 11, el Comité señala asimismo que la negativa de un Estado parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. El Comité señala a este respecto que, por ejemplo, si los proveedores de servicios de salud se niegan a prestar dichos servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que los proveedores remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.

62. En *Da Silva Pimentel c. Brasil* (CEDAW/C/49/D/17/2008) y en el párrafo 27 de la recomendación general núm. 24, el Comité señaló que los Estados partes debían garantizar el derecho de la mujer a una maternidad sin riesgos y a servicios obstétricos. La maternidad sin riesgo engloba una serie de prácticas y protocolos diseñados para garantizar servicios de alta calidad a fin de lograr una salud óptima tanto para la embarazada como para el feto. No puede garantizarse la maternidad sin riesgo si se deniega a las mujeres información y acceso a los servicios de salud y se les obliga a llevar a término embarazos que suponen una amenaza para su salud mental. La salud óptima de las mujeres embarazadas no puede alcanzarse si se deniega el acceso al aborto cuando es la opción más segura para hacer frente a peligros para la salud física o mental.

63. En el párrafo 18 de su recomendación general núm. 35 (2017) sobre violencia de género contra las mujeres, en actualización de la recomendación general núm. 19, el Comité sostiene que la criminalización del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información, así como bienes y servicios sobre salud sexual y reproductiva, son formas de violencia por razón de género que, en función de las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

64. Basándose en sus conocimientos especializados respecto a la interpretación de los artículos 12 1) y 16 1) e), la recomendación general núm. 24, leída conjuntamente con el artículo 2 b), d), e) y f), aclarado por la recomendación general núm. 28, y del artículo 5, aclarado por la recomendación general núm. 19 (1992) sobre violencia contra las mujeres y la recomendación general núm. 35 (2017) sobre violencia de género contra la mujer, que actualiza la recomendación general núm. 19, el Comité recomienda sistemáticamente la despenalización del aborto en todos los casos.

Los Estados partes están obligados a no penalizar a las mujeres que recurran a esos servicios o a quienes los presten (véanse [A/54/38/Rev.1](#), párrs. 185 y 309, y [A/55/38](#), párr. 180).

65. La regulación penal del aborto no tiene ningún valor disuasorio conocido. Ante las restricciones de acceso, las mujeres suelen practicar abortos clandestinos, incluida la autoadministración de abortivos, arriesgando su vida y su salud. La criminalización, aunque con pocas excepciones, tiene un impacto estigmatizador sobre las mujeres y las priva de su intimidad, libre determinación y autonomía de decisión, atentando contra la igualdad de estatus de las mujeres, lo que constituye una discriminación. También tiene un efecto amedrentador sobre los médicos, al infundirles temor por su propia seguridad cuando prestan asistencia médica.

66. Todas las mujeres y niñas deben tener siempre acceso a anticonceptivos de alta calidad, incluida la anticoncepción de emergencia. Hay que eliminar todos los obstáculos, incluidas la situación socioeconómica o la ubicación geográfica. En la investigación sobre Filipinas, el Comité observó que entre las características de salud distintivas que diferían para las mujeres en comparación con los hombres cabía mencionar factores biológicos como las funciones reproductivas de las mujeres. Dado que esos factores influyen en las necesidades de salud reproductiva de las mujeres, el Comité consideró que la igualdad sustantiva hacía necesario que los Estados partes prestaran atención a los factores de riesgo que afectan predominantemente a las mujeres. Dado que sólo las mujeres pueden quedar embarazadas, la falta de acceso a los anticonceptivos afectaba su salud de forma desproporcionada (véase [CEDAW/C/OP.8/PHL/1](#), párr. 32).

67. Los servicios médicos post-aborto, independientemente de si el aborto es legal o no, deben estar siempre disponibles. En la investigación relativa a Filipinas, el Comité hizo hincapié en la necesidad de proporcionar atención postaborto de alta calidad en todos los centros de salud pública, especialmente en los casos en que surgen complicaciones derivadas de abortos peligrosos (*ibid.*, párr. 52 e)). En la investigación relativa al Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el Comité también hizo hincapié en la necesidad de brindar servicios de aborto y atención postaborto de alta calidad en todos los centros de salud pública, así como de adoptar directrices sobre la confidencialidad médico-paciente en ese ámbito (véase [CEDAW/C/OP.8/GBR/1](#), párr. 86 c)).

68. Las mujeres rurales, migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas y las mujeres en situaciones de conflicto y pobreza afrontan barreras adicionales para acceder a la atención a la salud. En el párrafo 52 c) de la recomendación general núm. 30 (2013) sobre las mujeres en la prevención de conflictos, conflictos y situaciones posteriores a conflictos, el Comité recomendó a los Estados partes que garantizaran que la atención de la salud sexual y reproductiva incluyera servicios de aborto seguro y atención post-aborto. En el párrafo 37 de su recomendación general núm. 34 (2016) sobre los derechos de las mujeres rurales, observó que el acceso a la atención a la salud, incluida la atención de la salud sexual y reproductiva, era a menudo extremadamente limitado para las mujeres rurales. En el párrafo 39 b) de la recomendación general núm. 34 se recomendó a los Estados partes que brindaran una financiación adecuada de los sistemas de atención a la salud en las zonas rurales, en particular en lo relativo a la salud sexual y reproductiva y derechos conexos.

69. En su declaración conjunta con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, en particular de las mujeres con discapacidad”, el Comité subraya que un enfoque de la salud sexual y reproductiva basado en los derechos humanos reconoce que las decisiones de las mujeres sobre su propio cuerpo son personales y privadas, y sitúa la autonomía de las mujeres en el centro de la

formulación de políticas y leyes relacionadas con los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la asistencia para el aborto.

70. En su declaración titulada “Acceso al aborto legal y en condiciones de seguridad: llamamiento urgente a los Estados Unidos para que se adhiera a la convención sobre los derechos de la mujer”, el Comité indica que “el acceso al aborto legal y en condiciones de seguridad y a una atención postaborto de calidad contribuye a ... garantizar el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre su cuerpo”. Indica además que “el acceso a los derechos reproductivos está en el centro de la autonomía de las mujeres y las niñas, y de su capacidad para tomar sus propias decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas, libres de discriminación, violencia y coacción”. En esa declaración, el Comité indicó que en sus diálogos con los Estados partes, en sus observaciones finales y en su jurisprudencia en el marco del Protocolo Facultativo había recalcado repetidamente que “la denegación del acceso al aborto seguro y legal es una grave restricción de la capacidad de la mujer para ejercer su libertad reproductiva, y que obligar a la mujer a llevar un embarazo a término implica un sufrimiento mental y físico que equivale a violencia de género contra la mujer y, en determinadas circunstancias, a tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, en violación de la [...] Convención”.

71. El Comité aclaró, en su declaración sobre el Día Internacional de la Niña en octubre de 2023, que obstaculizar el acceso de las niñas —y, por extensión, de las mujeres— a la interrupción de los embarazos no deseados en condiciones de seguridad entra en conflicto con las obligaciones de los Estados partes de garantizar los derechos de las niñas a la igualdad, la autonomía, la intimidad y la libertad reproductiva, el derecho fundamental a la protección frente a situaciones de salud peligrosas, y su derecho a no sufrir violencia de género ni tratos crueles, inhumanos o degradantes. El Comité pidió también el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, la descriminalización total del aborto y la legalización del aborto.

B. Violación de los derechos en virtud de la Comisión

1. Criminalización del aborto

72. La criminalización del aborto, su disponibilidad por causales limitadas y el acceso disfuncional al aborto en el marco de esos parámetros, obliga a las mujeres a llevar su embarazo a término, a desenvolverse en un sistema médico sin certeza de atención médica adecuada ni información, o a hacerlo en un sistema de procedimiento penal en el que corren el riesgo de volverse a ver traumatizadas y recibir un trato con sesgo de género en un entorno hostil para la víctima. El único motivo por el cual las mujeres no tienen que recurrir a los peligrosos procedimientos del aborto autoadministrado es debido una red de la sociedad civil que brinda información y apoyo sobre medidas seguras. La mayoría de las mujeres que necesitan abortar encargan píldoras abortivas por Internet o viajan al extranjero.

73. La criminalización del aborto también somete a las mujeres al sistema penal, ya que pueden ser interrogadas, dado que, pese a que la ley no las criminaliza por procurar o realizar un aborto, se las puede someter a un interrogatorio, generándoles una situación de estrés, en particular cuando intentan proteger a las personas que puedan haberlas asistido. También pueden ser víctimas de infracciones por parte de las fuerzas del orden y del poder judicial.

74. Recordando sus recomendaciones generales núms. 19 y 35, la discriminación contra la mujer incluye la violencia de género, que se define como la violencia dirigida contra una mujer por el hecho de ser mujer o que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. La restricción contra el aborto, que afecta únicamente a

las mujeres, les impide ejercer la opción reproductiva y hace que las mujeres se vean obligadas a llevar un embarazo a término, conlleva un sufrimiento mental o físico que constituye violencia contra la mujer, y puede llegar a constituir tortura o trato cruel, inhumano y degradante², en violación de los artículos 2 y 5, leídos conjuntamente con el artículo 1 de la Convención. Afrenta la libertad de elección y autonomía de las mujeres y su derecho a la libre determinación. La angustia mental sufrida se agrava cuando las mujeres se ven obligadas a llevar a término un feto no viable o cuando el embarazo es consecuencia de una violación o un incesto. La continuación forzada del embarazo en esos casos constituye una coacción injustificable, autorizada por el Estado. Al definir la discriminación, la Convención adopta deliberadamente un enfoque dual de “efecto” y “propósito” para captar los actos que pueden tener un efecto discriminatorio, aunque no sea intencionado. Criminalizar la prestación de servicios de aborto por parte de los profesionales médicos obstaculiza en efecto el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.

2. Acceso obstaculizado a los servicios de salud sexual y reproductiva

a) Disponibilidad muy limitada del aborto con arreglo a las excepciones relativas a la salud física o mental de la mujer o peligro para su vida debido a una interpretación restrictiva

75. El Comité considera que la falta de orientación oficial sobre la excepción de “peligro para la vida o la salud de la mujer”, la disponibilidad del aborto sólo como excepción en un contexto de criminalización general, el consiguiente efecto amedrentador sobre los médicos que a menudo les impide priorizar el bienestar de la paciente, los casos de interpretación arbitraria de la redacción de la ley por parte del personal médico, la posibilidad de que los médicos invoquen la cláusula de objeción de conciencia, y el acceso muy inadecuado a la revisión legal de las decisiones médicas, obstaculizan gravemente el acceso de las mujeres al aborto por la causal de peligro para su vida o su salud física o mental. Señala que se practican abortos en virtud de esa excepción, pero que su número es reducido y que las mujeres pueden tener que someterse al difícil y doloroso calvario de encontrar y/o convencer a un médico para que les practique un aborto basado en la condición que invocan, que con frecuencia se realizará de forma innecesariamente dolorosa. El Comité está gravemente preocupado por el hecho de que en los peores casos parece haber habido una relación causal directa entre la negativa, la demora o la prestación inadecuada de las medidas médicas necesarias por parte de los médicos, y la muerte de siete mujeres.

b) Indisponibilidad *de facto* del aborto en virtud de la excepción de acto delictivo debido a la duración, incertidumbre y/o dificultad de los procedimientos conexos

76. El Comité considera que el requisito de que la víctima presente cargos para obtener un aborto, la falta de cualquier limitación de tiempo en el que el fiscal debe certificar la apertura de una investigación y un sistema de investigación que parece exponer a las víctimas de la violencia sexual a estereotipos de género y cuestiona injustificadamente su credibilidad, sin ninguna garantía de que el certificado necesario se obtenga de manera oportuna, no constituyen una opción realista para que las víctimas de violencia sexual obtengan un aborto. El Comité considera que ello se refleja en el número particularmente reducido de mujeres que abortan por la causal de violencia sexual (véase el párrafo 26). También considera que este número

² El Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura han llegado a la conclusión de que la negativa de acceso a los servicios de adopción puede dar lugar a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Véanse *Whelan c. Irlanda* (CCPR/C/119/D/2425/2014); *Mellet c. Irlanda* (CCPR/C/116/D/2324/2013); *Llantoy Huamán c. Perú* (CCPR/C/85/D/1153/2003); *L.M.R. c. Argentina* (CCPR/C/101/D/1608/2007); *CAT/C/PER/CO/5-6*, párr. 15 y *CAT/C/IRL/CO/1*, párr. 26; véase también la recomendación general núm. 35 del Comité núm. 35.

particularmente bajo transmite una impresión errónea de la prevalencia de la violencia sexual en un país con 20 millones de mujeres y es una señal de que las víctimas no confían en la posibilidad de obtener un aborto a través de esta excepción. El Comité señala asimismo que, incluso con un certificado de un fiscal, las víctimas no tienen seguridad jurídica en la práctica para acceder al aborto.

c) Acceso restringido a la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia

77. El Comité considera que la exigencia de pagar por adelantado la anticoncepción hormonal y el reembolso solamente parcial al respecto, limitado además únicamente a las generaciones más antiguas de anticonceptivos hormonales, obstaculizan especialmente el acceso de las mujeres con acceso limitado o no autónomo a los fondos. Además, piensa que la ampliación del requisito de receta médica para la anticoncepción a la anticoncepción de urgencia retrasa injustificadamente el acceso, con lo que se desvirtúa su finalidad. También considera que la prohibición de la esterilización para las mujeres, pero no para los hombres, constituye una discriminación por razón de género.

d) Dificultades desproporcionadas para las mujeres rurales, en situación de pobreza o de otra forma de vulnerabilidad

78. El Comité considera que las mujeres marginadas, incluidas las mujeres con discapacidad, las mujeres desfavorecidas económica y socialmente, las mujeres de las zonas rurales, las supervivientes de la violencia y las adolescentes, experimentan dificultades diferentes y desproporcionadas para acceder a los servicios de aborto legal, en particular debido a la falta de servicios disponibles y a las barreras financieras y geográficas. Corren un mayor riesgo de embarazos no deseados debido a la falta de acceso a anticonceptivos modernos asequibles, incluida la anticoncepción de emergencia. También afrontan múltiples obstáculos que surgen a la hora de viajar al extranjero para acceder a servicios de aborto legales y en condiciones de seguridad, entre ellos barreras geográficas, económicas y sociales. En consecuencia, tienen más probabilidades de someterse a abortos clandestinos y peligrosos y, por lo tanto, afrontan mayores riesgos para su salud y su vida. La obtención de píldoras abortivas médicas puede no ser accesible para ciertos grupos de mujeres, ya que este método sólo se recomienda en las primeras etapas del embarazo y algunas mujeres marginadas pueden no ser capaces de procurar atención en ese plazo. Las mujeres que no pueden permitirse un aborto clandestino en Polonia o viajar al extranjero para abortar se ven obligadas a llevar a término embarazos no deseados, lo que puede perjudicar su salud, bienestar y medios de vida. La imposición de la maternidad también puede impedir que las mujeres prosigan sus estudios, sigan una carrera profesional y lleguen a ser económicamente independientes.

e) Ausencia de atención postaborto

79. El Comité considera que la falta de atención formal posterior al aborto, combinada con el temor infundido entre las mujeres por la criminalización del aborto y la consiguiente reticencia a procurar asistencia médica, genera un elevado riesgo para su salud y su vida. La atención postaborto ayuda a hacer frente a las consecuencias de un aborto peligroso, reducir la morbilidad y mortalidad maternas y mejorar la salud reproductiva de las mujeres. En Polonia, las mujeres no tienen acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto, ni a servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto, lo que repercute así en su derecho a la salud y a la vida.

3. Estereotipos de género discriminatorios

80. En las leyes y políticas se reflejan una serie de estereotipos de género y suposiciones relativas a la salud sexual y reproductiva que restringen la autonomía de las mujeres y son especialmente omnipresentes. Dado que comúnmente se asume que el papel predominante y natural de las mujeres es el de madres y cuidadoras, la decisión de una mujer de acceder a servicios de aborto suele considerarse contraria a ese rol y a la opinión de que las mujeres deben dar prioridad a la maternidad. A menudo se da por sentado que las mujeres son emocionales o incompetentes a la hora de tomar decisiones, por lo que su decisión de no llevar a término un embarazo suele cuestionarse y faltársele el respeto. Además, las leyes restrictivas sobre el aborto suelen incorporar el supuesto de que los derechos humanos de la mujer embarazada están legítimamente subordinados a la protección del feto. El Comité ha sostenido expresamente que las leyes y prácticas restrictivas del aborto incorporan estereotipos de género.

81. El Comité considera que la ley de Polonia sobre el aborto incorpora estereotipos de género y supuestos discriminatorios porque impide a las mujeres tomar decisiones autónomas sobre si llevar o no a término un embarazo. Les impide decidir sobre sus cuerpos y la mejor forma de actuar para salvaguardar su salud. En cambio, las somete a la autoridad de médicos y fiscales, a los que otorga el poder de determinar por ellas si cumplen los requisitos para un aborto legal.

4. Falta de acceso a la educación sexual

82. El Comité considera que el Estado parte no ha dado prioridad a la prevención de los embarazos no deseados mediante una educación sexual de alta calidad, impartiendo en su lugar clases voluntarias a cargo de personas sin los conocimientos necesarios y con una agenda antiabortista. La falta de un plan de estudios adecuado a la edad, que tenga en cuenta la cultura, exhaustivo y científicamente preciso sobre educación en relaciones y sexualidad, que incluya el uso de anticonceptivos, el aborto en condiciones de seguridad y la atención postaborto, viola el artículo 10 h) de la Convención.

5. Conclusiones

83. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte generan discriminación contra las mujeres y desigualdad ante la ley. Discriminan a las mujeres por razón de género al prohibir un tipo de asistencia a la salud que sólo las mujeres necesitan. El derecho a la igualdad y a la no discriminación supone que los Estados partes garanticen que los servicios de atención a la salud tengan en cuenta las diferencias biológicas fundamentales entre hombres y mujeres en materia de reproducción³. Las leyes y la práctica del aborto en el Estado parte son discriminatorias porque niegan a las mujeres la capacidad moral de acción relacionada con su autonomía reproductiva. No existen restricciones similares para los servicios de salud que sólo necesitan los hombres. Por lo tanto, trata de forma diferente a hombres y mujeres en función del género a efectos del artículo 2, incisos c), d), f) y g) de la Convención.

84. Las leyes y la práctica del aborto en el Estado parte constituyen una injerencia intrusiva en la decisión de la mujer sobre la mejor manera de afrontar su embarazo y violan el artículo 16 1) e) de la Convención. La decisión de una mujer de abortar entra dentro del ámbito de su derecho a la intimidad, y la prohibición y criminalización del aborto interfieren en su decisión de no continuar con su embarazo. La decisión de tener o no hijos no debe estar limitada por el Gobierno. En Polonia, las mujeres que desean abortar tienen que elegir entre llevar a término un embarazo no deseado,

³ Véase *Whelan c. Irlanda* (CCPR/C/119/D/2425/2014).

recurrir a servicios de aborto clandestinos y potencialmente peligrosos, o viajar al extranjero para acceder a servicios legales y en condiciones de seguridad. Ninguna de las opciones tiene el potencial de preservar su autonomía reproductiva y su bienestar mental. Al negar a las mujeres la única opción que respetaría su integridad física y psicológica y su autonomía reproductiva —permitiéndoles poner fin a su embarazo en Polonia—, el Estado parte interfiere arbitrariamente en su toma de decisiones.

85. Las leyes y la práctica del aborto en el Estado parte someten a las mujeres a un estereotipo basado en el género según el cual el papel principal de la mujer es reproductivo y maternal, lo que constituye discriminación e infringe tanto su libertad de libre determinación como su derecho a la igualdad de género, violando así el artículo 5 de la Convención. La criminalización del aborto en el Estado parte reduce la mujer a su capacidad reproductiva al priorizar la protección del “nonato” por sobre las necesidades de la mujer en materia de salud y su decisión de interrumpir el embarazo. Las mujeres están sometidas a un estereotipo basado en el género según el cual las mujeres deben continuar con sus embarazos independientemente de las circunstancias, o sus necesidades y deseos, porque, a raíz de ese estereotipo, su papel principal es el de madres y cuidadoras. Estereotipar a las mujeres como instrumento reproductivo las somete a discriminación, vulnerando su derecho a la igualdad de género.

86. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte no proporcionan a las mujeres la atención a la salud que necesitan y violan sus derechos a la no discriminación y a la igualdad de acceso a la atención a la salud, en violación del artículo 2 c), d), f), g) y el artículo 12 de la Convención. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte deniegan a las mujeres, por razones de género, el acceso a los servicios médicos que necesitan para preservar su autonomía, dignidad e integridad física y psicológica. Por el contrario, no se espera que los pacientes varones ignoren sus necesidades en materia de salud y su capacidad moral de actuación respecto a sus funciones reproductivas.

87. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte causan graves daños a las mujeres al interrumpir la continuidad de la atención a la salud reproductiva y violan el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En virtud de la obligación de respetar los derechos de las mujeres a acceder a la atención a la salud con arreglo al artículo 12, los Estados partes han de abstenerse de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Con arreglo a la ley, las mujeres que procuran abortar no pueden seguir recibiendo atención médica ni cobertura de su salud de su tratamiento por parte del sistema de atención a la salud. El calvario que padecen podría evitarse si se elimina la prohibición de interrumpir su embarazo bajo el cuidado de profesionales de la salud de su confianza o en el entorno conocido de su país. El efecto amedrentador del marco jurídico sobre los médicos perturba aún más la prestación de la atención médica y el asesoramiento que necesitan las mujeres.

88. Las leyes y prácticas del Estado parte sobre el aborto que obligan a las mujeres a elegir entre continuar con el embarazo, buscar servicios de aborto clandestinos o viajar a otro país para acceder a servicios de aborto legal, someten a las mujeres a condiciones de intenso sufrimiento físico y mental y dan lugar a tratos crueles, inhumanos o degradantes⁴. Las mujeres que deciden poner fin a un embarazo deben buscar servicios de aborto clandestinos o viajar al extranjero y soportar las cargas psicológicas, físicas y económicas que la búsqueda de esa solución les impone. Las mujeres sufren un alto nivel de angustia mental que conlleva un trato cruel,

⁴ Véase *Mellet c. Irlanda* (CCPR/C/116/D/2324/2013).

inhumano o degradante como consecuencia directa de las leyes y la práctica del aborto en el Estado parte.

89. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte impiden proporcionar educación e información sobre sexualidad adecuadas a la edad, que tengan en cuenta la cultura, integrales y científicamente precisas, que a su vez son fundamentales para el derecho de la mujer a la salud. Viola el derecho de mujeres y niñas a acceder a información y asesoramiento sobre planificación familiar.

90. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte perjudican de forma desproporcionada a las mujeres en situación de marginación y vulnerabilidad que, por diversas razones, afrontan obstáculos particulares para acceder a servicios de aborto legal y que no pueden salir fácilmente del país para acceder a servicios de aborto en condiciones de seguridad en el extranjero. Por ende, se ven obligadas a continuar con un embarazo no deseado o a recurrir a servicios de aborto clandestinos y peligrosos, con las consiguientes consecuencias para su salud y su vida.

91. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte también menoscaban el disfrute de otros derechos humanos por parte de las mujeres. Las decisiones sobre si tener o no hijos y cuándo hacerlo tienen consecuencias de gran alcance para la capacidad de las mujeres de concretar sus aspiraciones, su desarrollo personal y su seguridad económica. La legislación y la práctica del aborto socavan el disfrute igualitario de los derechos de la mujer a la educación y el empleo, ya que las responsabilidades de crianza de los hijos suelen recaer desproporcionadamente en las mujeres.

92. La legislación y la práctica del aborto en el Estado parte violan los derechos de la mujer a la no discriminación y a la igualdad ante la ley; a la intimidad, a la autonomía reproductiva y a la capacidad de acción; a liberarse de los estereotipos basados en el género; a la integridad personal, la dignidad, la salud física y mental y al bienestar⁵; al acceso a los servicios sanitarios; y al acceso a la información y asesoramiento sobre planificación familiar, garantizados en los artículos 2 c), d), f) y g), 5, 10 h), 12, 14 2) b), 15 y 16 1) e) de la Convención.

D. Principales conclusiones sobre violaciones de la CEDAW

93. A la luz de lo anterior, el Comité considera que el Estado parte ha violado los siguientes artículos de la Convención: 12, leído aisladamente; 12 en relación con 2 c), d), f), g), 5 y 10 h); 10) en relación con 16 1) e); 14 2) b) leído aisladamente; 15 (leído aisladamente) y 16 1) e) leído aisladamente. Dichos artículos deben leerse junto con las siguientes recomendaciones generales del Comité: recomendación general núm. 19, la recomendación general núm. 35, la recomendación general núm. 21 (1994) sobre la igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, la recomendación general núm. 24, la recomendación general núm. 26 (2008) sobre trabajadoras migrantes, la recomendación general núm. 28 (2010) sobre las obligaciones básicas de los Estados partes con arreglo al artículo 2 de la Convención, la recomendación general núm. 32 (2014) sobre las dimensiones relativas al género del estatuto de refugiadas, asilo, nacionalidad y la apatridia de las mujeres, la recomendación general núm. 33 (2015) sobre el acceso de las mujeres a la justicia y la recomendación general núm. 34.

⁵ *Ibid.*

E. Carácter grave o sistemático de las violaciones

Grave

94. La jurisprudencia del Comité deja en claro lo que se define como violación grave. En la investigación sobre Filipinas, el Comité subrayó que “determinación del Comité respecto a la gravedad de las violaciones tiene en cuenta, en particular, la magnitud, prevalencia, naturaleza y repercusión de las violaciones constatadas” (CEDAW/C/OP.8/PHL/1, párr. 47). En la investigación sobre el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la Comisión evaluó “la gravedad de las violaciones ocurridas en Irlanda del Norte teniendo en cuenta el sufrimiento experimentado por las mujeres y las niñas que portan el embarazo a término contra su voluntad debido al actual régimen jurídico restrictivo respecto del aborto” (CEDAW/C/OP.8/GBR/1, párr. 81).

95. La criminalización del aborto y las muy limitadas situaciones en las que es legal y accesible *de facto*, significan que la mayoría de las mujeres en Polonia no tienen acceso a servicios de aborto legales y en condiciones de seguridad. Las mujeres cuyos casos quedan fuera de las circunstancias excepcionales en las que el aborto es legal y accesible no tienen derecho legal a poner fin a un embarazo de forma legal y en condiciones de seguridad dentro del Estado parte. En su lugar, se ven obligadas a elegir entre tres opciones: a) someterse a la tortuosa experiencia de verse obligadas a llevar a término un embarazo no deseado; b) buscar servicios de aborto clandestinos y potencialmente peligrosos; o c) viajar al extranjero para acceder a servicios legales y en condiciones de seguridad y afrontar el trauma asociado a tal prueba. Además, las mujeres que cumplen los requisitos para recibir servicios de aborto según la ley a menudo no pueden acceder a esos servicios en la práctica, lo que significa que las mujeres cuya salud o vida están en peligro con frecuencia no pueden acceder a los servicios de aborto a los que tienen derecho legalmente y, por lo tanto, afrontan consecuencias para su salud de por vida y, en ocasiones, a la muerte como consecuencia de ello.

96. El Comité observa que las mujeres se encuentran en la encrucijada de cumplir las leyes discriminatorias que restringen indebidamente el aborto o de poner en riesgo su salud y su vida. Señala el gran daño y sufrimiento derivados de la angustia física y mental de llevar a término un embarazo no deseado. Por lo tanto, considera que Polonia ha cometido graves violaciones de los derechos consagrados en la Convención, teniendo en cuenta que la legislación penal del Estado parte obliga a las mujeres a llevar a término sus embarazos, sometiéndolas así a graves sufrimientos físicos y mentales, lo que constituye violencia de género contra las mujeres.

Sistemática

97. El Comité ha interpretado el término sistemático atendiendo al patrón persistente de actos que no resultan de una ocurrencia aleatoria, o que no son actos aislados. Siguiendo su jurisprudencia sobre México a este respecto, en la investigación sobre Filipinas el Comité señaló que: “El Comité considera que la denegación sistemática de la igualdad de derechos a las mujeres puede producirse deliberadamente o como resultado de leyes o políticas discriminatorias, con dicho propósito o sin él. El carácter sistemático de las violaciones también puede determinarse por la presencia de una pauta significativa y persistente de actos que no ocurren al azar”.

98. La ley del Estado parte sobre el aborto refleja una política deliberada del Estado para denegar a las mujeres el acceso a los servicios de aborto. Polonia ha creado un marco normativo de estricto control estatal sobre la salud reproductiva y la autonomía de las mujeres. Incluso las mujeres que cumplen los estrictos requisitos legales para

acceder a los servicios de aborto en la práctica no suelen poder ejercer este derecho, y las deficiencias del Estado a la hora de garantizar a las mujeres el acceso efectivo a los servicios de aborto legal no se limitan a casos individuales y aislados. Más bien, la denegación de servicios de aborto legal por parte de los médicos polacos, como agentes del Estado, refleja “un patrón significativo y persistente de actos” que no son sucesos aleatorios. El Comité constata violaciones sistemáticas de los derechos consagrados en la Convención, teniendo en cuenta que Polonia criminaliza deliberadamente el aborto y aplica una política y una práctica muy restrictivas en materia de acceso al aborto, lo que obliga a las mujeres a llevar sus embarazos a término, a viajar fuera del país o a buscar servicios de aborto clandestinos y potencialmente peligrosos.

VII. Recomendaciones

99. **A la luz de lo anterior y en consonancia con las recomendaciones pertinentes dirigidas al Estado parte por otros órganos de las Naciones Unidas, el Comité se remite a sus observaciones finales anteriores (CEDAW/C/POL/CO/7-8) y recomienda al Estado parte lo siguiente:**

A. Marco jurídico e institucional

100. El Estado parte recomienda que el Estado, de forma urgente:

a) **Vele por el acceso al aborto en consonancia con los principios de la Convención de no discriminación contra la mujer y de igualdad sustantiva de la mujer, adopte una legislación con arreglo a un enfoque basado en los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos que reconozca que las decisiones de las mujeres sobre su propio cuerpo son personales y privadas y sitúe a la autonomía de la mujer en el centro de la formulación de políticas y leyes relacionadas con los servicios de salud sexual y reproductiva y, por ende, adopte las enmiendas legales necesarias para la despenalización y legalización totales del aborto;**

b) **Reconozca el derecho al aborto como un derecho fundamental;**

c) **Adopte las medidas necesarias para garantizar que se respeten la autonomía y las decisiones de las mujeres con discapacidad en relación con su salud sexual y reproductiva y derechos conexos, y que ellas reciban educación sexual y reproductiva y tengan acceso al aborto en condiciones de seguridad y a la protección contra la esterilización forzada y el aborto forzado;**

d) **Introduzca, como medida provisional hacia la despenalización y legalización plenas, una moratoria de la aplicación de la legislación penal sobre el aborto e interrumpa todas las detenciones, investigaciones y enjuiciamientos penales conexos de todo profesional de la salud y particular que preste cualquier tipo de asistencia a mujeres que necesiten abortar;**

e) **Adopte protocolos con fundamento empírico para los profesionales de la salud en consonancia con las *Directrices sobre la atención para el aborto* de la Organización Mundial de la Salud, garantice la formación de los estudiantes de medicina y la capacitación continua sobre los protocolos y prohíba la difusión y el uso de directrices para los profesionales de la salud por parte de grupos de presión;**

f) Tome medidas eficaces para asegurar que las mujeres puedan adoptar decisiones autónomas sobre todos los aspectos de su salud sexual y reproductiva y tengan acceso a información con base empírica e imparcial al respecto;

g) Reintroduzca la obligación de que los profesionales médicos que invoquen la objeción de conciencia a los servicios de salud sexual y reproductiva remitan a las mujeres a un profesional de la salud alternativo y se aseguren de que se persiga el uso indebido de la objeción de conciencia;

h) Establezca un mecanismo para promover los derechos de la mujer, en particular vigilando el cumplimiento por las autoridades de las normas internacionales sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva y derechos conexos, incluido el acceso a abortos en condiciones de seguridad;

i) Elabore y aplique una estrategia integral dirigida a los líderes comunitarios y religiosos, los docentes, las niñas y los niños, y las mujeres y los hombres, con miras a eliminar los estereotipos sobre las funciones y responsabilidades de las mujeres y los hombres en la familia y en la sociedad, y establezca e incorpore un conjunto de metas e indicadores para cuantificar de forma sistemática los efectos de las intervenciones estratégicas realizadas;

j) Imparta a los funcionarios públicos y a los medios de comunicación, así como a los representantes del sector privado, capacitación para que puedan hacer frente a los estereotipos de género discriminatorios, entre otras cosas mediante un lenguaje que tenga en cuenta las cuestiones de género y promueva imágenes positivas de las mujeres como motor activo del desarrollo en los medios de comunicación;

k) Asegure procedimientos eficaces, oportunos y accesibles para la interrupción del embarazo;

l) Adopte medidas para asegurarse de que los profesionales de la salud están en condiciones de brindar información completa sobre servicios de aborto en condiciones de seguridad sin temor a ser objeto de sanciones penales.

B. Derechos y servicios en materia de salud sexual y reproductiva

101. El Comité recomienda que el Estado parte:

a) Proporcione servicios de asesoramiento e información sobre los derechos sexuales y reproductivos libres de prejuicios, con sólida base científica y un enfoque basado en los derechos, incluidos todos los métodos anticonceptivos y el acceso al aborto;

b) Garantice la posibilidad de obtener, a un costo razonable, servicios y productos referentes a la salud sexual y reproductiva, en particular respecto de los métodos anticonceptivos modernos y en condiciones de seguridad, entre ellos los orales, de emergencia, a largo plazo y permanentes, y apruebe un protocolo para facilitar su obtención en las farmacias, clínicas y hospitales;

c) Garantice que las mujeres y niñas con discapacidad tengan derecho a acceder al aborto y a decidir libremente sobre cualquier otro asunto relacionado con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación ni violencia; se asegure, a saber, que no se les practique ningún procedimiento médico sin su consentimiento libre, previo e informado;

d) Dé a las mujeres acceso al aborto de calidad y a la atención posterior al aborto en todos los centros de salud pública y apruebe directrices sobre la confidencialidad médica en esa esfera;

e) **Proporcione a todas las mujeres, incluidas las mujeres y niñas con discapacidad, acceso pleno y legal a la esterilización voluntaria con consentimiento libre, previo e informado;**

f) **Establezca como elemento obligatorio de los planes de estudios para adolescentes una educación adecuada a la edad, completa y científicamente correcta sobre la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva que incluya la prevención del embarazo precoz y el acceso al aborto, y haga un seguimiento de su puesta en práctica;**

g) **Intensifique las campañas de sensibilización sobre los servicios en materia de salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, en particular sobre el acceso a métodos anticonceptivos modernos;**

h) **Garantice el acceso a las pruebas prenatales y la entrega obligatoria de los resultados a las mujeres embarazadas en todos los hospitales y clínicas públicos;**

i) **Deje de recopilar datos sobre embarazos y dismantelar el registro de embarazos;**

j) **Proteja a las mujeres contra el acoso por manifestantes contrarios al aborto investigando las denuncias y enjuiciando y castigando a los autores.**
