



UPPSALA
UNIVERSITET

Juridiska institutionen
Höstterminen 2023

Examensarbete i folkrätt
30 högskolepoäng

Rätten till abort inom folkrätten

En analys av Argentinas abortlagstiftning i relation till rätten till hälsa

An analysis of Argentinian abortion legislation in relation to the right to health

Författare: Elma Pålsson

Handledare: Inger Österdahl



Prefacio

Primero quiero agradecer al equipo de la embajada de Suecia en Buenos Aires por su ayuda y amistad. Gracias.

Segundo quiero pedir perdón a todxs mis argentinxs queridxs que tuvieron que aguantarme durante este proceso. Gracias por su apoyo.

Por último quiero dedicar esta tesis a todxs lxs argentinxs que lucharon, y siguen luchando, por sus derechos.

“Y ahora que estamos juntas, y ahora que sí nos ven, abajo el patriarcado, se va a caer, se va a caer.”

Förord

Först vill jag tacka personalen på den svenska ambassaden i Buenos Aires för deras hjälp och vänskap. Tack.

Därefter vill jag be om ursäkt till alla mina älskade argentinare, som tvingades stå ut med mig under den här processen. Tack för ert stöd, och förlåt.

Till sist vill jag tillägna denna uppsats till alla de argentinare som kämpade, och som fortsätter kämpa, för sina rättigheter.

“Och nu när vi står enade, nu när de faktiskt ser oss, ner med patriarkatet, det kommer att falla, det kommer att falla.” (Citat från abortrörelsen i Argentina).

Elma Pålsson

Uppsala augusti 2023

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	8
1.1	BAKGRUND	8
1.2	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
1.3	METOD OCH MATERIAL	10
1.4	DISPOSITION	13
1.5	AVGRÄNSNINGAR	13
1.6	DEFINITIONER	15
2	RÄTTEN TILL ABORT	16
2.1	ABORTRÄTTEN GLOBALT - EN ÖVERBLICK	16
2.1.1	<i>Stora skillnader i nationell reglering</i>	16
2.1.2	<i>Regionala rättighetsdokument och rättspraxis</i>	17
2.1.3	<i>Brist på internationella regler</i>	19
2.2	RÄTTEN TILL HÄLSA	20
2.2.1	<i>Internationell reglering</i>	20
2.2.2	<i>Definitionen av "hälsa" och rättighetens omfång</i>	21
2.2.3	<i>Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter</i>	23
2.3	RÄTTEN TILL ABORT SOM EN DEL AV RÄTTEN TILL HÄLSA	26
2.3.1	<i>Osäkra aborter</i>	26
2.3.2	<i>Mental hälsa och socialt välbefinnande</i>	28
2.3.3	<i>Rätten till information och utbildad vårdpersonal</i>	31
2.3.4	<i>Kvinnors rätt till hälsa</i>	32
2.4	KRAV PÅ ABORTLAGSTIFTNING OCH VÅRD	35
2.4.1	<i>Krav på avkriminalisering</i>	35
2.4.2	<i>Krav på tillgänglighet</i>	36
3	ABORTRÄTTEN I ARGENTINA	39
3.1	ARGENTINAS POLITISKA OCH JURIDISKA SYSTEM	39
3.1.1	<i>Federalism och ett regionaliserat hälsosystem</i>	39
3.1.2	<i>Relationen mellan nationell och internationell rätt</i>	41
3.2	SITUATIONEN FÖRE DEN NYA ABORTLAGEN	42
3.2.1	<i>Tidigare reglering</i>	42
3.2.2	<i>Ökat stöd för legalisering</i>	44
3.3	LAGEN OM TILLGÅNG TILL FRIVILLIGT AVBRYTANDE AV GRAVIDITET	45
3.3.1	<i>Lagens innehåll och utformning</i>	45
3.3.2	<i>Ansvar för implementering</i>	46
3.4	LAGENS ÖVERENSSTÄMMELSE MED FOLKRÄTTEN	47

3.4.1	<i>Konstitutionell och internationell förankring</i>	47
3.4.2	<i>Lagens överensstämmelse med kravet på avkriminalisering.....</i>	48
3.4.3	<i>Lagens överensstämmelse med kravet på tillgänglighet</i>	50
3.4.4	<i>Lagens överensstämmelse med rätten till information, utbildad personal och läkemedel</i>	55
4	SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER.....	57
5	KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING	60

Förkortningar

ACHPR:	African Charter on Human and Peoples' Rights/African Commission on Human and Peoples' Rights
ACHR:	American Convention on Human Rights
BPfA:	The Beijing Declaration and Platform for Action (Pekingplattformen)
CABA:	Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Buenos Aires stad, egen jurisdiktion)
CEDAW:	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CERD:	UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination
CESCR:	The Committee on Economic, Social and Cultural Rights
CN:	Constitución de la Nación Argentina (argentinas konstitution)
DNSSR:	Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, (Nationella Direktoratet för Sexuell och Reproduktiv Hälsa i Argentina)
EKMR:	European Convention on Human Rights
FN/UN:	Förenta Nationerna/ United Nations
HRC:	United Nations Human Rights Committee
IACHR:	Inter-American Commission on Human Rights/Inter-American Court of Human Rights
ICCPR:	International Covenant on Civil and Political Rights
ICDP:	The International Conference on Population and Development in Cairo 1994
ICESCR:	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
ICJ Statute:	Statute of International Court of Justice

ILE:	Interrupción Legal del Embarazo (legalt avbrytande av graviditet)
IVE:	Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet)
OECD:	Organisation for Economic Co-operation and Development
OHCHR:	The Office of the High Commissioner for Human Rights
UDHR:	Universal Declaration of Human Rights
UNSDG:	United Nations Sustainable Development Group
WHO:	World Health Organisation

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Rätten till abort är en komplex och kontroversiell fråga. Det handlar inte bara om kvinnans rätt till den egna kroppen, utan innefattar även stora och svåra frågor om när *liv* uppstår rent juridiskt, vems rätt som väger tyngst: mammans eller fostrets, samt om eller när denna rätt bör gå över från den ena till den andras fördel. Det finns i dagsläget inga generella internationella bestämmelser som ger konkreta svar på dessa frågor.¹ Bristen på tydliga regler beror till stor del på kontroverser orsakade av religiösa, ekonomiska och ideologiska åskådningar, vilket gör det nära omöjligt för det internationella samfundet att komma överens om en gemensam reglering. Trots detta tycks det råda en utbredd internationell konsensus om behovet att avskaffa lagar som direkt kriminaliserar och straffbelägger de som genomgår eller utför aborter, för att på så sätt tillgängliggöra nödvändig vård och minska konsekvenserna av osäkra aborter.² Dessutom ökar stödet för att abort i sig självt utgör en mänsklig rättighet, eller i vart fall ingår som en del av andra rättigheter, exempelvis rätten till hälsa.³

Ett land som nyligen legaliserat abort med hänvisning till de mänskliga rättigheterna, däribland rätten till hälsa, är Argentina. I december 2020 röstade den argentinska senaten genom lag 27.610, *Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo* (IVE), lagen om tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet. I och med den nya lagen blev Argentina ett av de första länderna i Latinamerika att avkriminalisera abort. Vägen dit har emellertid varit lång och komplicerad. Abortrörelsen började växa fram efter den senaste militärdiktaturens fall i början av 1980-talet då debatten om mänskliga och kvinnliga rättigheter tog fart. Därefter expanderade och intensifierades den under 1990-talet och sedan 2000-talets början har en rad lagar för ökad

¹ Rebouché, R., *Social & Legal Studies* 2016, s. 287, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 14.

² Detta framkommer bland annat av Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, 16 februari 2004 (E/CN.4/2004/49), para. 30, samt Your Health, Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights, OHCHR & Ipas 2018, s. 14.

³ Se bland andra Rebouché, R., *Social & Legal Studies* 2016, s. 777, samt Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 12 f och Chapman, A., *Health and Human Rights Journal* 2023, och Hunt, K. & Gruszczynski, M., *Politics & Gender* 2019, s. 729.

jämställdhet införts i landet vilka banat väg för legaliseringen av abort på olika sätt.⁴ Det verkliga genombrottet kom 2015 när rörelsen “Ni Una Menos” (“Inte en kvinna mindre”), en massiv protest mot könsrelaterat våld, öppnade upp för ytterligare reformer och omstruktureringar som exempelvis införandet av El Ministerio de la Mujer (Kvinnoministeriet). I samband med detta tog även den mer allmänna diskussionen om laglig abort fart.⁵ Enligt Victoria Pedrido, docent vid Argentinas nationella direktorat för Sexuell och Reproductiv Hälsa (DNSSR) och ansvarig för implementeringen av den nya abortlagen, var det avgörande för debatten när aborträtten kopplades till rätten till hälsa. Diskussionen gick från att handla om politiskt och kulturellt laddade frågor om kvinnlig sexualitet, frihet och feminism, till att handla om den relativt okontroversiella och mycket mer etablerade rätten till hälsa. Trots legaliseringen är det fortsatt en fråga som delar landet. Den religiösa och politiska splittringen i kombination med ett regionaliserat hälsovårdssystem riskerar att påverka kvinnors faktiska möjlighet att tillgodose sig denna numer lagstadgade rättighet. Något som eventuellt innebär en kränkning av deras mänskliga rättigheter och i synnerhet deras rätt till hälsa.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att utreda huruvida det kan anses existera en rätt till abort inom rätten till hälsa och vilka krav den internationella rätten ställer på nationell abortlagstiftning och vård. I ljuset av detta analyseras den argentinska abortlagstiftningens relation till den internationella rätten och i vilken mån dessa överensstämmer. Detta sker genom att besvara följande frågeställningar:

- *I vilken mån kan en rätt till abort anses ingå i rätten till hälsa och vilka krav ställs på nationell abortlagstiftning och vård enligt den internationella rätten?*
- *Hur kan den argentinska lagen om tillgång till frivilligt och lagligt avbrytande av graviditet kopplas till aborträtten i förhållande till rätten till hälsa och i vilken mån överensstämmer lagens utformning och implementering med den internationella rätten?*

⁴ Loppreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022, s. 1 f., se även Felitti, K., *Cahiers des Amériques latines* 2020, s. 9.

⁵ Loppreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022, s. 1 f.

1.3 Metod och material

För att besvara frågeställningarna i detta arbete används främst en rättsdogmatisk metod. Den rättsdogmatiska metoden används traditionellt för att tolka gällande rätt utifrån accepterade rättskällor.⁶ Vad som utgör gällande internationell rätt utreds utifrån rättskällorna presenterade i the Statute of International Court of Justice (ICJ Statute) artikel 38, med utgångspunkt främst i the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), samt the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Vid tolkningen av dessa och andra konventioner används relevanta kommentarer och rekommendationer från FN:s övervakningskommittéer. Dessa uttalanden har inte folkrättslig status som rättskälla enligt ICJ Statute artikel 38 och är inte rättsligt bindande. Emellertid har parterna som tillträtt konventionerna erkänt kommittéernas mandat att granska efterlevnaden och deras allmänna kommentarer och rekommendationer tillmäts därför stor betydelse som tolkningsredskap av traktaten och hur de bör implementeras i staterna.⁷ Även rapporter och rekommendationer från FN:s särskilda rapportörer och arbetsgrupper används. Rapportörerna och arbetsgrupperna utses av FN:s råd för mänskliga rättigheter. Deras uppdrag är att granska, ge råd och rapportera om specifika frågor rörande mänskliga rättigheter. Även om inte heller dessa rapporter och rekommendationer är rättsligt bindande för staterna ger de en objektiv bild av situationen i olika länder eller på olika teman och bidrar till utvecklingen av internationella normer för mänskliga rättigheter genom att bedriva påverkansarbete.⁸ Baserat på betydelsen som samtliga av dessa kommentarer, rapporter och rekommendationer tillmäts inom arbetet för mänskliga rättigheter internationellt och tolkningen av relevanta människorättskonventioner nationellt, anser jag att de kan användas för att besvara frågeställningarna i denna uppsats och att de är förenliga med den rättsdogmatiska metoden.⁹ Särskild betydelse tillmäts de till Argentina specifikt riktade rekommendationerna från Kommittén för avskaffande av diskriminering av kvinnor (CEDAW-kommittén) och FN:s särskilde Rapportör om våld mot kvinnor.¹⁰

⁶ Hjertstedt, M., s. 166 f.

⁷ Ds 2019:23. Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter, s. 29.

⁸ UNSDG, *Strengthening Engagement with the International Human Rights Machinery*

⁹ Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 253.

¹⁰ The CEDAW committee, Concluding observations on the seventh periodic report of Argentina, 18 November 2016 (CEDAW/C/ARG/CO/7), se även UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, 12 April 2017 (A/HRC/35/30/Add.3).

Vidare används regionala konventioner och rättsfall från Europa, Amerika och Afrika. Även om Argentina endast tillträtt och är rättsligt bunden av the American Convention on Human Rights (ACHR), anser jag att material även från andra delar av världen kan bidra till att fördjupa diskussionen och ge en mer övergripande bild av aborträtten globalt. Av samma anledning används handlingsplanerna från FN:s internationella befolkningskonferens i Kairo 1994 (ICPD),¹¹ och från FN:s andra kvinnokonferens i Beijing 1995 (Pekingplattformen).¹² Dessa dokument är inte rättsligt bindande, men vägledande i debatten och regleringen av sexuell- och reproduktiv hälsa internationellt. De visar på ett globalt stöd för vikten av kvinnors sexuella och reproduktiva rättigheter. Dessutom hänvisar internationella domstolar och andra människorättsorgan regelbundet till handlingsplanerna.¹³

Diskussionen bygger vidare på relevanta konventioner, dokument och rapporter från WHO. Att utgå från material framtaget av WHO ter sig naturligt eftersom en del av uppsatsens syfte är att utreda aborträttens förhållande till rätten till hälsa. Enligt WHO:s konstitution har organisationen som främsta syfte att tillgodose all världens befolkning denna rättighet.¹⁴ Argentina ratificerade WHO:s konstitution i juli 1946.¹⁵ Eftersom rapporterna inte utgör en accepterad rättskälla enligt den rättsdogmatiska metoden,¹⁶ kommer dessa främst användas i syfte att ge en överblick av abortvård och lagar i världen som kan användas som grund för en mer juridisk diskussion om förhållandet till rätten till hälsa.

Ytterligare ett relevant dokument från WHO är riktlinjerna för säker abortvård från 2022.¹⁷ Riktlinjerna innehåller kliniska, juridiska och politiska rekommendationer om abortvård, baserade på de mänskliga rättigheterna. Det främsta syftet med riktlinjerna är att ge stater och vårdinrättningar verktyg för att erbjuda vård av högsta kvalitet, baserat på vetenskapliga bevis för att abort är ett säkert och enkelt ingrepp. Flera rättighetsorgan, däribland FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa, hänvisar till riktlinjerna i sina rapporter och många nationella

¹¹ Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 1994 (Programme of Action, Cairo 1994).

¹² United Nations, Beijing Declaration and Platform of Action, adopted at the Fourth World Conference on Women in Beijing 1995 (Beijing Platform for Action 1995).

¹³ Zampas, C. & Gher, J.M., Human Rights Law Review 2008, s. 253.

¹⁴ Constitution of the World Health Organization, New York 1946, art. 1.

¹⁵ Constitution of the World Health Organization, New York 1946.

¹⁶ Hjerstedt, M., s. 160.

¹⁷ WHO, Abortion care guideline.

myndigheter inkluderar dem i vårdplaner och/eller i processen att liberalisera abortlagar.¹⁸ Exempelvis hänvisar det Argentinska hälsoministeriet till riktlinjerna i rapporter om implementeringen av den nya abortlagen.¹⁹ Baserat på detta anser jag att riktlinjerna kan användas för att utreda vilka krav den internationella rätten, framförallt utifrån rätten till hälsa, kan anses ställa på nationell abortvård. Detta trots att riktlinjerna endast utgör rekommendationer och alltså inte är rättsligt bindande.

Även dokument och rapporter från andra internationella organisationer, exempelvis UNFPA, OHCHR och Center for Reproductive Rights²⁰, samt doktrin, används för att ge stöd åt diskussionen kring aborträtten och rätten till hälsa där det anses lämpligt.

I den andra delen av uppsatsen med fokus på den argentinska lagstiftningen utgår diskussionen främst utifrån lagtext. Eftersom lag 27.610 om tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet är relativt ny är utbudet av relevanta källor i form av exempelvis rättsfall och mer djupgående juridiska analyser av lagen mycket begränsat. Diskussionen baseras därför till stor del på doktrin, samt information från nationella officiella källor i form av rapporter och andra dokument från nationella och provinsiella myndigheter. Eftersom frågan om abort har varit, och fortsatt är, mycket kontroversiell och polariserad i Argentina bör läsaren uppmärksammas på att information från regeringen och myndigheter kan ha en politisk agenda och därför vara vinklade utifrån olika åsikter och ideologier. Informationen som hämtas från dessa källor har emellertid som syfte att ge en bild av dagens situation i Argentina, vilken i sin tur analyseras utifrån den internationella rätten. Källorna används således inte för att utreda gällande rätt och jag anser därför att deras ursprung inte utgör ett problem så länge informationen används transparent och med de förbehåll som anges ovan.

Mycket av materialet som används i uppsatsen är skrivet på spanska. Samtliga översättningar är gjorda av författaren i samarbete med personer med spanska som modersmål. Ambitionen är att göra översättningar så nära ordalydelsen och den faktiska innebörden som möjligt men

¹⁸ WHO, HRP Annual Report 2022, s. 17.

¹⁹ *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, Ministerio de Salud Argentina 2022, s. 10.

²⁰ Center for Reproductive Rights, <https://reproductiverights.org/>.

det finns alltid en risk att vissa skillnader uppstår i tolkningen. För att motverka denna diskrepans har mycket arbete lagts på att säkerställa så korrekta översättningar som möjligt.

1.4 Disposition

Uppsatsen är, utöver det inledande avsnittet (kap. 1), uppbyggd på två delar. I den första delen (kap. 2) utreds aborträtten globalt, med fokus på i vilken mån den kan anses ingå i rätten till hälsa och vilka krav den internationella rätten eventuellt ställer på nationell abortlagstiftning och vård. I uppsatsens andra del (kap. 3) redogörs först kort för Argentinas politiska och juridiska system och hur relationen mellan internationell och nationell rätt regleras i landet. Detta görs för att ge läsaren nödvändig bakgrundsinformation för att lättare förstå den efterföljande diskussionen om den argentinska abortlagstiftningen och dess relation till den internationella rätten. Därefter analyseras i vilken mån utformningen och implementeringen av den argentinska abortlagen stämmer överens med den internationella rätten. Uppsatsen avslutas med en kort sammanfattning och några ytterligare slutsatser (kap. 4).

1.5 Avgränsningar

Jag har valt att utgå från abortlagstiftningen i ett enskilt land, i detta fall Argentina, för att ha utrymme att fördjupa analysen på ett sätt som inte varit möjligt om exempelvis en hel region analyserats. Det enskilda landet är tänkt att fungera som exempel på vilka utmaningar och framgångar som kan förekomma vid en viss typ av abortlagstiftning i förhållande till den internationella rätten. Att just Argentina valdes som exempel beror dels på att de var pionjärer i regionen som ett av de första länderna i Latinamerika att legalisera abort, dels på att legaliseringen skedde relativt nyligen och att arbetet med implementeringen därför är högst aktuellt. Dessutom har den argentinska abortlagstiftningen en stark koppling till de mänskliga rättigheterna.²¹

De sexuella och reproduktiva rättigheterna, inklusive rätten till abort, kan kopplas till flera olika mänskliga rättigheter, exempelvis rätten till liv, rätten till privatliv och rätten till hälsa. Jag har valt att fokusera på aborträttens koppling till rätten till hälsa, samt till de sexuella och reproduktiva rättigheterna som en del av rätten till hälsa. Valet av rätten till hälsa tedde sig

²¹ Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019, s. 41 & 49.

naturligt då denna koppling hade stor påverkan på legaliseringen av abort i Argentina. Även rätten att inte diskrimineras är relevant i diskussionen kring abort. I detta arbete kommer endast diskriminering av kvinnor i relation till deras rätt till hälsa beröras. Könssdiskriminering mer generellt, samt diskriminering på andra grunder som exempelvis sexuell läggning eller etnicitet, kommer inte att diskuteras. HBTQ+, tonåringar och barn, samt kvinnor på landsbygden är särskilt utsatta grupper vad gäller åtnjutandet av rätten till sexuell och reproduktiv hälsa.²² Denna problematik kommer emellertid inte att beröras närmare i detta arbete. Frågor om könsidentitet och definitionen av "kvinnor" kommer inte heller analyseras djupare, utan diskussionen utgår från formuleringen i den argentinska abortlagen: "Kvinnor och personer med annan könsidentitet som kan bli gravida".²³

Utöver en kort sammanfattning av situationen i Argentina innan genomförandet av den nya abortlagen kommer diskussionen att begränsas till lagens utformning och implementering med fokus på vårdens tillgänglighet. Andra rättigheter som garanteras av lagen, exempelvis rätten till eftervård och effektivitet etc. kommer inte att diskuteras närmare.

Motståndare till aborträtten i Argentina hävdar att lagen kränker fostrets rätt till liv och därmed står i strid med den argentinska konstitutionen (CN) och ACHR artikel 4.²⁴ Enligt artikeln ska rätten till liv skyddas genom lag och gäller i allmänhet från befruktningens ögonblicket. En liknande formulering finns i *Código Civil de la Nación* (Argentinska Civilrättslagen) som stadgar att människor börjar "existera" i och med befruktningen i livmodern och att de kan förvärva vissa rättigheter redan före födseln.²⁵ Den interamerikanska kommissionen för mänskliga rättigheter (IACHR) har emellertid fastslagit att ACHR artikel 4 inte utgör ett förbud mot abort.²⁶ Enligt en rapport från DNSSR 2022 hade 37 klagomål med anledning av IVE kommit in till de argentinska domstolarna sedan legaliseringen.²⁷ De flesta kom från katolska icke-statliga organisationer som ansåg att lagen är grundlagsstridig med hänvisning till fostrets rätt till liv. När rapporten publicerades hade domstolarna avvisat 26 av dessa klagomål. Resten

²² CEDAW, General recommendation No. 34 on the rights of rural woman, 7 mars 2016, (CEDAW/C/GC/34), para. 37, se även WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 23 ff.

²³ Ley No. 27.610, art. 2.

²⁴ Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019, s. 46.

²⁵ Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, kap. 4 art. 70.

²⁶ *White and Potter vs. United States*, IACHR, mål nr. 2141, Report No. 23/81, 6 mars 1981, para. 18.

²⁷ *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, Ministerio de Salud Argentina 2022, s. 25.

av fallen väntar på domstolsavgörande och i dagsläget finns ingen dom som bifaller ifrågasättanden av lag 27.610.²⁸ Att domstolarna avvisar klagomålen talar för lagens överensstämmelse med konstitutionen och ACHR. Det visar även hur argument om mänskliga rättigheter kan användas både av förespråkare och motståndare till legaliseringen av abort.²⁹ Trots att diskussionen om huruvida abortlagen är grundlagsstridig eller ej är intressant och i hög grad kan relateras till uppsatsens syften gällande relationen mellan de mänskliga rättigheterna och abort, berör den främst rätten till liv och inte rätten till hälsa. Därför kommer frågan inte att analyseras mer djupgående.

1.6 Definitioner

Mänskliga rättigheter definieras som rättigheter och friheter som kan härledas från internationella, regionala eller nationella bestämmelser om mänskliga rättigheter vilka skapar skyldigheter att garantera dessa rättigheter och friheter.

Familjeplanering utgör en del av de *sexuella- och reproduktiva rättigheterna*, vilka definieras under ett eget avsnitt i kapitel 2. "Familjeplanering", är ett svårdefinierat begrepp då det innebär olika saker i olika länder. Enligt CEDAW art. 16.1.e utgörs det av rätten att fritt och ansvarsfullt besluta om antal och tidpunkt för födselar, samt tillgång till information, utbildning och verktyg för att möjliggöra utövandet av denna rättighet.³⁰ I praktiken utgör tillgången till abort ett medel som möjliggör för en kvinna att fritt besluta om sin reproduktivitet. I handlingsplanen från ICPD uttrycks emellertid att abort aldrig ska förespråkas som en metod för familjeplanering.³¹ Enligt Pekingplattformen ska samtliga tillgängliga åtgärder tas för att undvika behovet av abort och att minska antalet aborter genom utökade och förbättrade familjeplaneringstjänster.³² Sett till dessa dokument tycks således familjeplanering snarare utgöra en metod för att undvika abort, inte innefatta en rätt till abort.

Abort innebär avbrytande av graviditet. Med "rätt till abort", "aboträtt" och motsvarande formuleringar menas en direkt eller indirekt rätt till avbrytande av graviditet, generellt eller

²⁸ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022), Ministerio de Salud Argentina 2022, s. 25, se även Romero, M., & Michel A.R, JAMA 2022, s. 1700.

²⁹ Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019, s. 46.

³⁰ CEDAW, art. 16.1.e.

³¹ Programme of Action, Cairo 1994, p. 8.25.

³² Beijing Platform for Action 1995, p. 97.

under särskilda omständigheter. Med “fri” och “frivillig” abort menas att denna rätt existerar på begäran av den gravida, utan krav på särskilda omständigheter, dock oftast med tidsbegränsning. Det finns även en skillnad mellan laglig rätt till abort och en faktiskt rätt till abort. Detta kommer diskuteras mer ingående nedan. Att en abort är ”osäker” innebär att den utförs av någon som saknar nödvändiga kunskaper och/eller i en miljö som inte uppfyller de medicinska minimikraven.³³

Med “embryo” menas det befruktade ägget innan kroppsdelar som armar och ben kan urskiljas. Då kallas det i stället för “foster”. I denna uppsats används foster synonymt med “ofött barn”.

Begreppet “kvinnor” används i de flesta av konventionerna detta arbete utgår ifrån och används därför även i själva uppsatsen. Som redogjordes för under avsnitt 1.5 Avgränsningar bör begreppet “kvinnor” dock läsas som att det innefattar samtliga personer som kan bli gravida, i enlighet med formuleringen i den argentinska lagen.

2 Rätten till abort

2.1 Aborträtten globalt - en överblick

2.1.1 Stora skillnader i nationell reglering

Abort är en kontroversiell fråga och regleringen skiljer sig stort mellan olika länder och ibland även inom länder. Vissa tillämpar mycket liberala abortlagar, medan abort är strängt förbjudet med långa fängelsestraff som följd i andra. Idag tillåter endast 51 av världens länder abort på kvinnans begäran, utan krav på rättfärdigande. Något fler stater tillåter abort vid graviditet orsakad av våldtäkt (68) och/eller incest (46), samt vid risk för den gravida personens fysiska (47) och mentala (43) hälsa. 118 länder tillåter abort vid risk för den gravidas liv,³⁴ medan abort är helt förbjudet i 23 länder.³⁵ Vissa länder har de senaste åren begränsat en tidigare omfattande rätt, som exempelvis USA där Högsta domstolen genom sitt upprivande av domslutet i Roe vs.

³³ WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. 1, fotnot 1.

³⁴ WHO, Global Abortion Policies Database.

³⁵ Center for reproductive rights, *The Worlds Abortion Laws Map*, 14/09 2022.

Wade gjorde det möjligt för enskilda stater att införa mycket restriktiva abortlagar.³⁶ Även Polen, som var ett av de första länderna i Europa att legalisera abort, tillåter nu endast abort under vissa specifika omständigheter. I vissa fall är abort även hårt sanktionerat, exempelvis i El Salvador där kvinnor som får missfall sent i graviditeten riskerar flera års fängelse då de misstänks för försök till abort. I andra länder, som exempelvis i Irland och Argentina, går utvecklingen åt andra hållet och tidigare strikta förbud har ersatts av mycket mer liberala regleringar.³⁷ Den globala trenden tycks också vara liberalisering.³⁸ Enligt Center for Reproductive Rights har 59 länder utökat grunderna för laglig abort sedan 1994 medan endast fyra länder har begränsat dem.³⁹

2.1.2 Regionala rättighetsdokument och rättspraxis

Abort nämns inte uttryckligen i the European Convention on Human Rights (EKMR),⁴⁰ men frågan har tagits upp i den Europeiska Domstolen för de Mänskliga Rättigheterna (Europadomstolen) vid ett antal tillfällen ur olika perspektiv. I fallet *Vo vs. France* från 2004 utreddes ett ofött barns rätt till liv enligt artikel 2 EKMR efter att en läkare av misstag utfört en behandling på en gravid kvinna som tvingade henne att avbryta graviditeten. Modern anklagade läkaren för mord på det ofödda barnet. När den franska domstolen friade honom ansåg hon att lagens oförmåga att skydda det ofödda barnet innebar en kränkning av dess rätt till liv.⁴¹ Europadomstolen konstaterade att fostrets och mammans rättigheter överlappade. Dock ansågs det varken vara lämpligt eller ens möjligt att avgöra om fostret var en person i den mening som avses i artikel 2 EKMR. Detta eftersom det saknas en europeisk konsensus kring frågan. Det lämnades i stället åt varje enskild stat att avgöra från vilket ögonblick ett ofött barn erhåller sin rätt till liv.⁴²

I rättsfallet *A, B and C vs. Ireland* från 2010 ifrågasatte de sökande för det första Irlands underlåtenhet att tillämpa den dåvarande abortlagen vilken begränsade abort till situationer där den gravidas liv var i fara. För det andra påstod sökande att själva lagen i sig stred mot EKMR

³⁶ Osborne, D., m.fl., *Political Psychology* 2022, s. 30.

³⁷ Center for Reproductive Rights, *Global Trends: Abortion Rights*, 14/09 2022.

³⁸ Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 292 ff.

³⁹ Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws Map*, 14/09 2022 (13/6 2023).

⁴⁰ European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, 4 November 1950 (EKMR).

⁴¹ *Vo. vs. France*, 8 juli 2004, ECHR, para. 9-22.

⁴² *Vo. vs. France*, 8 juli 2004, ECHR, para. 82, 84 & 85.

genom att endast tillåta aborter under mycket specifika omständigheter. Domstolen avstod från att uttala sig om lagens överensstämmelse med EKMR men konstaterade att Irland misslyckats med att skapa ett praktiskt och tillgängligt förfarande för kvinnor att utföra aborter i de situationer då det var tillåtet, i detta fall vid fara för kvinnans liv. Domstolen ansåg därmed att Irland brutit mot sina positiva skyldigheter enligt EKMR och ålade dem att införa en rättslig ram för att garantera kvinnor tillgång till laglig abort.⁴³ Utifrån rättsfallen kan konstateras att i den europeiska kontexten och EKMR faller aborträtten inom varje lands "margin of appreciation". Detta innebär att det åligger varje enskild stat att själv lagstifta om när abort ska vara tillåtet. Dessa regler måste emellertid vara tydliga och effektiva och abortvården faktiskt tillgänglig då den är laglig.⁴⁴

Enligt ACHR artikel 4 skyddas rätten till liv "generellt från tidpunkten för befruktningen".⁴⁵ Vid första anblick tycks skrivningen ge stöd för restriktiva abortlagar men det finns ett antal avgöranden från the Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) som öppnar upp för en annan tolkning. I Baby Boy-fallet från 1981 blev en läkare anklagad för mord efter att ha utfört en abort på begäran av en gravid kvinna. Läkaren frikändes av USA:s högsta domstol.⁴⁶ Fallet togs senare upp till prövning inför kommissionen på begäran av ett antal katolska aktivister som argumenterade att läkaren kränkt fostrets rätt till liv enligt ACHR artikel 4. Efter en tolkning av lagtexten kom kommissionen fram till att även om rätten till liv "generellt" gäller från befruktningen kan det uppstå situationer då särskilda omständigheter gör att den gravida personens rättigheter bör vägas mot fostrets rätt till liv.⁴⁷ Nationella lagar som tillåter abort ansågs inte strida mot ACHR eftersom artikelns utformning inte var menad att medföra ett förbud mot abort utan snarare att undvika att påverka den nationella regleringen över huvud taget.⁴⁸

I protokollet till the African Charter on Human and Peoples' Rights (ACHPR) om kvinnors rättigheter (Maputoprotokollet) artikel 14.2(c) stadgas kvinnors rätt till medicinsk abort vid

⁴³ *A, B and C vs. Ireland*, 16 december 2010, ECHR.

⁴⁴ Bantekas I, Oette, L, s. 518 ff.

⁴⁵ American Convention on Human Rights, 22 November 1969.

⁴⁶ *White and Potter (Baby Boy) vs. United States*, IACHR, mål nr. 2141, Report No. 23/81, 6 mars 1981.

⁴⁷ *White and Potter (Baby Boy) vs. United States*, IACHR, mål nr. 2141, Report No. 23/81, 6 mars 1981, para. 19, 25 och 30, se även Bantekas, I. & Oette, L., s. 521.

⁴⁸ *White and Potter (Baby Boy) vs. United States*, IACHR, mål nr. 2141, Report No. 23/81, 6 mars 1981, para. 18.

“sexuella övergrepp, våldtäkt, incest, och där fortsatt graviditet äventyrar moderns mentala och fysiska hälsa eller moderns eller fostrets liv.”⁴⁹ I den afrikanska kommissionen för mänskliga och folkens rättigheters allmänna kommentar nr. 2 konstateras att rättigheten innebär en rätt till information om och tillgång till vård som krävs specifikt av kvinnor, inklusive säker abort. Dessutom krävs att varken de kvinnor som genomgår eller personal som utför sådan vård som nämns i protokollet ska riskera att åtalas eller bestraffas för detta samt att staterna ska garantera att kvinnor som söker denna vård inte bemöts på ett omänskligt eller förnedrande sätt.⁵⁰ Det är upp till medlemsländerna att implementera artikel 14.2(c) i sina nationella rättssystem på det sätt de anser vara lämpligt.⁵¹

Maputoprotokollet är det enda regionala och internationella rättighetsinstrumentet som uttryckligen nämner abort och som garanterar denna vid de i artikeln specificerade omständigheterna.⁵² I den europeiska och amerikanska kontexten ställs inte några direkta krav på legalisering av abort, varken generellt eller under särskilda omständigheter. Däremot kan konstateras utifrån rättspraxis att det inte heller finns något förbud mot legalisering och att det är upp till de enskilda staterna att lagstifta om denna. Om abort legaliseras måste regleringen innebära att vården faktiskt är tillgänglig under de omständigheter då den är laglig.⁵³

2.1.3 Brist på internationella regler

Förutom Maputoprotokollet finns det i dagsläget inget rättsligt bindande rättighetsinstrument som globalt uttryckligen garanterar eller förbjuder abort.⁵⁴ Ämnet har emellertid diskuterats vid flera tillfällen. På den internationella befolkningskonferensen i Kairo 1994 (ICDP) betonades att abort aldrig ska förespråkas som en metod för familjeplanering. Samtidigt uppmanades deltagande stater och organisationer att öka engagemanget och förbättra hanteringen av de hälsokonsekvenser och risker som följer av osäkra aborter. Dessutom

⁴⁹ African Union, Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa, 11 July 2003, art. 14.2(c).

⁵⁰ ACHPR, General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and Article 14.2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 12 maj 2015, para. 31, 32 och 36.

⁵¹ ACHPR, General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and Article 14.2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 12 maj 2015, para. 1.

⁵² Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights, OHCHR & Ipas 2018, s. 13.

⁵³ Se exempelvis *A, B and C vs. Ireland*, 16 december 2010, ECHR.

⁵⁴ Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 12 f., se även Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 287.

beslutades att samtliga deltagare skulle arbeta aktivt för att helt eliminera behovet av abort, exempelvis genom att utöka och förbättra tillgången till information, rådgivning och familjeplaneringstjänster.⁵⁵ Vidare konstaterades att abortreglering ska hanteras i varje enskild stat i enlighet med den nationella lagstiftningsprocessen men att i de länder som legaliserat abort ska denna vara säker. Oavsett lagligheten ska kvinnor ha tillgång till vård av komplikationer till följd av abort, information och rådgivning, samt familjeplanering som kan bidra till att undvika att situationen uppstår igen.⁵⁶

I Pekingplattformen uppmanas staterna att se över eventuella lagar som innefattar straffåtgärder mot de kvinnor som genomgått en illegal abort.⁵⁷ Sedan konferensen 1995 har flera länder gått mot mer liberal abortreglering.⁵⁸ CEDAW-kommittén har även vid flera tillfällen antytt att kvinnokonventionen utgör ett stöd för rätten till abort.⁵⁹ FN:s speciella rapportör om rätten till hälsa konstaterade att de sexuella- och reproduktiva rättigheterna garanterar alla personer som kan bli gravida rätten att själva bestämma över sin reproduktivitet och om de vill, eller inte vill, få barn.⁶⁰ Det finns även argument för att de globala målen innefattar legalisering av abort eftersom laglig abort har visat sig minska mödradödlighet (mål 3.1) och utgör en avgörande del av tillgången till sexuell- och reproduktiv hälsa (mål 3.7). Dessutom anses möjligheten att kontrollera den egna sexualiteten och fertiliteten, genom exempelvis abort, vara lika viktigt för jämställdheten som exempelvis tillgång till utbildning och arbete (mål 5).⁶¹

2.2 Rätten till hälsa

2.2.1 Internationell reglering

Varje människa har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa. Detta framkommer av flera rättighetsdokument och traktat. Bland annat stadgas i ICESCR artikel 12 att

⁵⁵ Programme of Action, Cairo 1994, s. 89.

⁵⁶ Programme of Action, Cairo 1994, s. 90.

⁵⁷ Beijing Platform for Action 1995, s. 64.

⁵⁸ Women's access to safe abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development, Ipas 2015, s. 3.

⁵⁹ Hunt, K. & Gruszczynski, M., *Politics & Gender* 2019, s. 730.

⁶⁰ Report of the Special Rapporteur on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng, 16 July 2021 (A/76/172), para. 40.

⁶¹ A/RES/70/1. s. 14, 16 & 18, se även Women's access to safe abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development, Ipas 2015.

“konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa”.⁶² Enligt FN:s Universal Declaration of Human Rights (UDHR) artikel 25.1 har alla rätt till “en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande”.⁶³ Vidare konstateras i WHO:s konstitution att “åtnjuta bästa möjliga hälsa är en av de grundläggande rättigheterna för varje människa utan åtskillnad på ras, religion, politisk övertygelse, ekonomisk eller social situation.”⁶⁴ I CEDAW artikel 12.1 stadgas att diskriminering av kvinnor inom hälso- och sjukvården måste avskaffas och vården erbjudas på lika villkor för män och kvinnor.⁶⁵ Rätten till hälsa framkommer även genom FN:s konvention om barnets rättigheter,⁶⁶ och Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.⁶⁷ Den garanteras även genom flera regionala rättighetsdokument.⁶⁸

2.2.2 Definitionen av “hälsa” och rättighetens omfång

Begreppet “hälsa” och vad det innebär är i ständig förändring och därför svårdefinierat.⁶⁹ I WHO:s konstitution definieras hälsa som “ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet.”⁷⁰ Det är emellertid osäkert om detta kan anses utgöra en universellt accepterad definition och den har fått kritik för att bland annat vara för bred och otydlig.⁷¹ Å ena sidan finns de som menar att det inte är nödvändigt att definiera begreppet “hälsa” i internationell lag, utan att detta bör ske genom praxis från internationella domstolar. Å andra sidan tas kränkningar av rätten till hälsa mycket sällan upp inför domstolar, vilket komplicerar ett sådant tillvägagångssätt. Att kränkningar sällan tas upp till prövning kan dessutom bero på just det faktum att det är svårt att definiera vad som faktiskt ingår i begreppet “hälsa” och därmed om det skett en kränkning.⁷²

⁶² ICESCR, art. 12.

⁶³ UN General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights*, 10 December 1948, 217 A (III), art. 25.1.

⁶⁴ Constitution of the World Health Organization, 1946, s. 2.

⁶⁵ CEDAW art.1 12.1.

⁶⁶ Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, art. 24.1.

⁶⁷ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 13 December 2006, art. 25.

⁶⁸ Tobin, J, *The Right to Health in International Law*, kap. 4.II(A).

⁶⁹ CESCR, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (art. 12), 11 augusti 2000 (E/C.12/2000/4), para. 10, se även Tobin, J., *The Right to Health in International Law*, kap. 4.II(B).

⁷⁰ Constitution of the World Health Organization, New York, 1946, s. 2.

⁷¹ Tobin, J, kap. 4.II(B).

⁷² Tobin, J, kap. 4.II(B).

I rätten till hälsa ingår rätten till psykisk, eller mental, hälsa. Enligt WHO är psykisk hälsa “ett tillstånd av psykiskt välbefinnande som gör att människor kan hantera livets påfrestningar, förverkliga sina förmågor, lära sig och arbeta bra, samt bidra till samhället.”⁷³ Mental hälsa är inte bara frånvaron från psykiska sjukdomar utan ett komplext koncept som kan variera mycket från person till person. Det omfattar “psykiska störningar och psykosociala funktionshinder samt andra psykiska tillstånd som är förknippade med betydande lidande, försämrade funktionsförmåga eller risk för självskada.”⁷⁴

Rätten till fysisk och psykisk hälsa är en förutsättning för att kunna åtnjuta andra mänskliga rättigheter.⁷⁵ Enligt WHO har regeringarna ett ansvar för sin befolknings hälsa och för att vidta lämpliga åtgärder för att uppfylla detta ansvar.⁷⁶ Vilka åtgärder som anses vara lämpliga beror först på hur långt ansvaret sträcker sig, det vill säga vad rätten till hälsa omfattar. I CESCR:s allmänna kommentar till ICESCR artikel 12 konstateras att rätten till hälsa inte ska ses som en rätt till att vara frisk och hälsosam utan snarare rätten till ett hälsosystem som ger lika möjligheter för alla att åtnjuta den högsta möjliga hälsonivån.⁷⁷ Enligt CESCR kan en stat inte förväntas vara skyldig att garantera att dess befolkning över huvud taget inte blir sjuk eftersom detta beror på en rad olika faktorer som kan vara mycket svåra att kontrollera. Vad “bästa möjliga hälsa” innebär ska i stället avgöras med hänsyn till individens biologiska och socioekonomiska förutsättningar, samt till statens tillgängliga resurser. Rättigheten ska förstås som en rätt att åtnjuta olika faciliteter, varor, tjänster och villkor som är nödvändiga för att förverkliga högsta möjliga hälsostandard i det specifika landet.⁷⁸ Detta innefattar enligt CESCR ”snabb och lämplig hälso- och sjukvård”,⁷⁹ men även en rätt till de underliggande faktorerna för hälsa. Dessa faktorer är bland annat tillgång till rent dricksvatten och goda sanitära förhållanden, tillgång till säkra och näringsrika livsmedel, boende, bra och säkra arbetsförhållanden och miljö, samt tillgång till hälsorelaterad utbildning och information, även gällande sexuell och reproduktiv hälsa. Dessutom läggs vikt vid befolkningens deltagande vid beslutsfattande gällande hälsa- och sjukvård, både på lokal, nationell och internationell nivå.⁸⁰

⁷³ WHO, *Mental Health*, 17/6 2022.

⁷⁴ WHO, *Mental Health*, 17/6 2022.

⁷⁵ E/C.12/2000/4, para. 1.

⁷⁶ Constitution of the World Health Organization, 1946, s. 2.

⁷⁷ E/C.12/2000/4, para. 8.

⁷⁸ E/C.12/2000/4, para. 9.

⁷⁹ E/C.12/2000/4, para. 11.

⁸⁰ E/C.12/2000/4, para. 11.

Rättighetens mest väsentliga delar är “availability, accessibility, acceptability, and adequate quality” och ska enligt CESCER ingå i rätten till hälsa i alla dess former och på alla nivåer, även om dess faktiska tillämpning beror på förhållanden i den aktuella konventionsstaten.⁸¹ Även WHO ställer krav på vårdens kvalitet vilka till viss del stämmer överens med CESCER:s kommentar. Kvalitativ vård innebär enligt WHO att vården är “effective, efficient, accessible, acceptable/patient centered, equitable and safe”.⁸²

Även om innebörden av rätten till hälsas avgörs med hänsyn till den enskilda statens förhållanden och därmed skiljer sig mellan länder finns det enligt CESCER vissa väsentliga delar som alltid ska ingå. För det första ska det finnas en för landet rimlig nivå av infrastruktur vad gäller exempelvis sjukhus och hälsokliniker, rent vatten och sanitetsanläggningar. För det andra ställs krav på tillgång till nödvändiga mediciner, utbildad sjukvårdspersonal och relevant information. Det finns inget krav på att dessa hälsovårdsanläggningar, varor och tjänster ska erbjudas gratis men de ska vara fysiskt och ekonomiskt tillgängliga, erbjudas fritt från diskriminering och bygga på acceptans och kvalitet.⁸³

Varken WHO:s definition av “hälsa” eller dess omfattning enligt CESCER ger någon direkt klarhet i var gränserna för rätten till hälsa ska eller bör dras. Det framgår exempelvis inte om även sådana oönskade tillstånd som kräver operation av sociala snarare än medicinska skäl innefattas eller hur funktionsnedsättningar förhåller sig till hälsodefinitionen.⁸⁴ Rättighetens omfattning har diskuterats flitigt inom doktrin och det finns förslag på alternativa definitioner men utan något konkret och universellt accepterat resultat.⁸⁵ Nedan utreds om, och i så fall hur, rätten till abort kan anses omfattas av rätten till hälsa.

2.2.3 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell och reproduktiv hälsa utgör en grundläggande del av rätten till hälsa som varje stat är skyldig att garantera sin befolkning för att uppfylla sina skyldigheter enligt de mänskliga

⁸¹ E/C.12/2000/4, para 12.

⁸² WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. xix.

⁸³ E/C.12/2000/4, para. 12, se även Bantekas I., Oette, L., s. 444.

⁸⁴ Tobin, J., kap. 4.II(C).

⁸⁵ Tobin, J., kap. 4.II(C).

rättigheterna.⁸⁶ Detta framkommer av flera olika konventioner och handlingsplaner, bland annat av ICESCR,⁸⁷ CEDAW⁸⁸, Barnkonventionen,⁸⁹ ICDP,⁹⁰ Pekingplattformen,⁹¹ samt FN:s globala mål för 2030.⁹² Mängden reglering visar på en medvetenhet om vikten av varje människas rätt att kontrollera och bestämma över den egna sexualiteten och fertiliteten.⁹³ Denna rätt är, liksom rätten till hälsa i sig självt, avgörande för att framförallt kvinnor ska kunna åtnjuta övriga mänskliga rättigheter, både de medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella.⁹⁴

CESCR definierar reproduktiv hälsa som att “kvinnor och män har frihet att bestämma om och när de ska fortplanta sig och rätt att få information och tillgång till säkra, effektiva, ekonomiskt överkomliga och godtagbara metoder för familjeplanering efter eget val, samt en rätt att få tillgång till lämpliga hälso- och sjukvårdstjänster som till exempel gör att kvinnor kan genomgå graviditet och förlossning på ett säkert sätt”.⁹⁵ Vidare stadgas i CEDAW artikel 16.1.e att staterna ska säkerställa kvinnors rätt att fritt och ansvarsfullt bestämma över sitt barnafödande avseende antal barn och när dessa barn föds. De ska dessutom ha tillgång till den information och utbildning som krävs för att kunna utöva denna rättighet.⁹⁶ Även om abort inte uttryckligen nämns tolkas artikeln ofta som en grund för rätten till abort, varför flera stater reserverat sig mot den.⁹⁷

I handlingsplanen från ICDP definieras reproduktiv hälsa som “ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet, i alla frågor som rör det reproduktiva systemet och dess funktioner och processer”.⁹⁸ Detta innebär bland annat en grundläggande rätt för enskilda personer och par att självständigt och

⁸⁶ Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, 2011 (A/66/254), para. 6, se även E/C.12/2000/4, para. 11, samt WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. 1.

⁸⁷ ICESCR art. 12.2.a, se även E/C.12/2000/4, para. 14 och General Comment No. 22, The right to sexual and reproductive health (article 12 of ICESCR), 2016 (E/C.12/GC/22), para. 1.

⁸⁸ CEDAW art. 5(b), 12.1, 14.2(b) och 16.1(e).

⁸⁹ CRC, art. 24.

⁹⁰ Programme of Action, Cairo 1994, s. 45 f.

⁹¹ Beijing Platform for Action 1995, para. 95.

⁹² A/RES/70/1, se exempelvis mål 3.7 och 5.6.

⁹³ Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 255.

⁹⁴ Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 59.

⁹⁵ E/C.12/2000/4, para. 15 & fotnot 12.

⁹⁶ CEDAW, art. 16.1.e.

⁹⁷ Hunt, K. & Gruszczynski, M., *Politics & Gender* 2019, s. 730.

⁹⁸ Programme of Action, Cairo 1994, s. 59 (punkt 7.2).

ansvarsfullt besluta om när och hur ofta de vill ha barn, fritt från diskriminering, tvång och våld. Det innefattar även en rätt till information och andra medel för att kunna fatta sådana beslut, exempelvis effektiva preventivmedel.⁹⁹ Vidare ska varje individ garanteras den högsta standarden av sexuell- och reproduktiv hälsa i form av bland annat heltäckande vård- och hälstjänster. Här ingår bland annat familjeplanering, rätt till abort där detta är lagligt, samt rätt till vård efter abort.¹⁰⁰ Samtliga delar ska gälla alla, alltid och överallt. Det innebär att relevant sjuk- och hälsovård måste erbjudas både i tätbefolkade städer och i glesbygd och den måste vara tillgänglig även för marginaliserade och utsatta grupper i samhället som barn och ungdomar, etniska grupper, HBTQ+ och funktionshindrade.¹⁰¹

I Pekingplattformen från 1995 bekräftas bland annat de rättigheter som fastställs i CEDAW och handlingsplanen från ICDP. Exempelvis konstateras att en god sexuell och reproduktiv hälsa är grundläggande för ett bra och tillfredsställande liv och att tillgången till och kontrollen av den egna hälsan, i synnerhet den egna fertiliteten, är avgörande för kvinnors möjlighet till egenmakt.¹⁰² Staterna uppmanas vidare att avskaffa eventuella straffåtgärder relaterade till den reproduktiva hälsan.¹⁰³ Idag samspelar uppmaningarna i Pekingplattformen i hög grad med jämställdhetsmålen inom de globala målen. Som tidigare nämnts adresserar vissa av målen ett antal specifika problem relaterade till den reproduktiva hälsan. Exempelvis ska mödradödligheten i världen minska till mindre än 70 dödsfall per 100 000 förlossningar till 2030 enligt mål 3.1. Vidare ämnar mål 3.7 säkerställa att alla får tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning, och att detta integreras i nationella strategier och program.¹⁰⁴ Enligt mål 5.6 ska allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter säkerställas i enlighet med överenskommelserna i handlingsprogrammen från Pekingplattformen och befolkningskonferensen i Kairo.¹⁰⁵ Trots detta framkommer det i lägesrapporten från 2022 att endast 57 % av världens kvinnor mellan 15 och 49 år fattar självständiga och informerade

⁹⁹ Programme of Action, Cairo 199, s. 60, se även Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions, OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights 2015, s. 22 f.

¹⁰⁰ Beijing Platform for Action 1995, para. 106(k), se även Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions, OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights 2015, s. 23.

¹⁰¹ Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions, OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights 2015, s. 23.

¹⁰² Beijing Platform for Action 1995, s. 56.

¹⁰³ Beijing Platform for Action 1995, s. 64 & 245.

¹⁰⁴ A/RES/70/1, s. 16.

¹⁰⁵ A/RES/70/1, s. 18.

beslut om sin sexuella och reproduktiva hälsa. Det är ett av de områden inom jämställdhetsarbetet som går absolut långsammast, särskilt efter pandemin. En avgörande orsak är bristen på lagar och system som tillgängliggör information och metoder för att kunna fatta sådana beslut.¹⁰⁶

2.3 Rätten till abort som en del av rätten till hälsa

2.3.1 Osäkra aborter

FN och andra organisationer och människorättsorgan har under en lång tid uppmanat stater att avkriminalisera abort i situationer då det föreligger risk för den gravidas liv eller hälsa eftersom detta anses kränka den gravidas rättigheter.¹⁰⁷ Att neka abortvård när det kan leda till hälsokomplikationer och i värsta fall död bör anses oproportionerligt, oavsett vilket legitimt mål staten önskat uppnå med en kriminalisering.¹⁰⁸ Många stater tillåter också abort i dessa situationer.¹⁰⁹ Det är emellertid inte bara under sådana omständigheter hälsorisker kan uppstå.

Kopplingen mellan abort och rätten till hälsa bör göras med utgångspunkt i de faktiska konsekvenser ett förbud får. Kriminalisering av abort har visat sig inte minska antalet aborter, utan endast antalet säkra aborter. Enligt WHO utförs cirka 73 miljoner aborter runt om i världen varje år. Av dessa uppskattas ungefär 45% vara osäkra, det vill säga inte följa WHO:s rekommendationer för utförandet av säkra aborter.¹¹⁰ Osäkra aborter riskerar att få allvarliga konsekvenser för gravidas hälsa och välmående och är en av de största orsakerna till mödradödlighet.¹¹¹ Eliminering av osäkra aborter och tillförsäkrad av eftervård vid abort är en av de åtgärder som krävs för att garantera kvinnor rätten till en god sexuell och reproduktiv

¹⁰⁶ The Sustainable Development Goals Report 2022, UN Department of Economic and Social Affairs, s. 36 f.

¹⁰⁷ General comment no. 36, Article 6 (Right to Life), 3 September 2019 (CCPR/C/GC/36), para. 8, se även Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, 8 April 2016 (A/HRC/32/44), para. 83, samt Report of the Special Rapporteur on extrajudicial, summary or arbitrary executions on a gender-sensitive approach to arbitrary killings, 6 June 2017 (A/HRC/35/23), para. 103, och Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights, OHCHR & Ipas 2018, s. 14.

¹⁰⁸ Rebouché, R., *Social & Legal Studies* 2016, s. 769, se även: Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 14.

¹⁰⁹ Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws Map*, 14/09 2022, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 14.

¹¹⁰ WHO, *Abortion*, 25 november 2021 (15/7-23).

¹¹¹ WHO, *Abortion*, 25/11 2021 (15/7-23), se även WHO, *HRP annual report 2022, 2023*, s. 16, samt Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 52.

hälsa.¹¹² Staterna har, enligt CESCR och the United Nations Human Rights Committee (HRC), en skyldighet att vidta åtgärder för att förhindra osäkra aborter och skydda sina medborgare mot de mentala och fysiska hälsorisker de orsakar.¹¹³ De flesta av världens stater är överens om att osäkra aborter måste utrotas, något som går att uppnå förhållandevis enkelt och kostnadseffektivt.¹¹⁴ Det finns nämligen ett tydligt samband mellan osäkra aborter och kriminalisering. Studier visar att det utförs färre osäkra aborter i länder där det är lagligt vilket i sin tur leder till bättre hälsa och minskad mödradödlighet.¹¹⁵ Omständigheter som tenderar att leda till osäkra aborter är bland annat brist på information om tillgänglig och nödvändig vård, brist på utbildad personal, dålig hygien, brist på nödvändiga läkemedel och redskap, samt användning av skadliga medel och metoder. Omständigheter som främst förekommer där abort är olagligt. I stater med mer liberala abortlagar tenderar både vård och information vara tillgänglig och kan dessutom regleras och kontrolleras. På så sätt undviks osäkra aborter genom avkriminalisering och legalisering.¹¹⁶ För att förhindra osäkra aborter krävs alltså, enligt CESCR, att staterna undanröjer restriktiva abortlagar och avkriminaliserar kvinnor som avslutar sina graviditeter.¹¹⁷

FN:s människorättskommitté konstaterar i den allmänna kommentaren nr. 36 om rätten till liv att även om konventionsstaterna tillåts vidta åtgärder för att reglera frivilligt avbrytande av graviditet får dessa åtgärder inte leda till en kränkning av den gravidas rätt till liv, utsätta dem för fysisk eller mental smärta eller lidande eller på något sätt diskriminera dem.¹¹⁸ Staterna har enligt kommittén en skyldighet att se till att kvinnor och flickor inte behöver genomgå osäkra aborter även i andra fall än då deras liv eller hälsa är i fara, och konstaterar att staterna bör revidera sina abortlagar i enlighet med detta.¹¹⁹ Denna skyldighet medför inte i sig ett krav på legalisering av fri abort, men innebär exempelvis att straffåtgärder mot kvinnor som genomgår abort och mot vårdpersonal som hjälper dem att utföra den bör avskaffas för att inte tvinga

¹¹² A/76/172 para. 33, se även WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. 7 och Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights, UNFPA 2010, s. 13.

¹¹³ E/C.12/GC/22, para. 49(e), se även CCPR/C/GC/36 para. 8, samt Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 269 & 274.

¹¹⁴ WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. 4, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 18 och WHO, *Abortion*, 25/11 2021 (15/7-23).

¹¹⁵ A/66/254 para. 25, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 18.

¹¹⁶ A/66/254 para. 26 & 28.

¹¹⁷ E/C.12/GC/22, para. 28.

¹¹⁸ CCPR/C/GC/36 para. 8.

¹¹⁹ CCPR/C/GC/36 para. 8.

kvinnor till olagliga aborter.¹²⁰ Dessutom drabbar restriktiva abortlagar de redan ekonomiskt och socialt utsatta kvinnorna hårdast. Eftersom det främst är de som saknar tillräckliga medel för att kunna erhålla abortvård av högre medicinska standard eller för att resa dit abort är lagligt och därför tvingas till oseriösa och farliga utövare.¹²¹

2.3.2 Mental hälsa och socialt välbefinnande

Som tidigare konstaterats innefattar rätten till hälsa inte bara fysisk utan även *psykisk* hälsa,¹²² samt, enligt WHO:s definition, socialt välbefinnande.¹²³ Två situationer då det kan anses finnas en direkt koppling mellan abortförbud och den mentala hälsan och det sociala välbefinnandet är då graviditeten är resultatet av sexuella övergrepp och/eller könsrelaterat våld, samt då det föreligger risk för allvarlig fosterskada.¹²⁴

Det anses inhumant att den som utsatts för en våldtäkt eller ett liknande trauma dessutom ska nekas adekvat vård och tvingas att genomlida den påfrestning en sådan graviditet riskerar att innebära för den fysiska och mentala hälsan. Detta kommer bland annat till uttryck i den särskilda FN rapportörens rapport om rätten till hälsa från 2017,¹²⁵ samt i CEDAW-kommitténs rekommendationer i *LC vs. Peru*.¹²⁶ Vidare är graviditet orsakad av sexuella övergrepp eller incest två av de omständigheter i Maputoprotokollet artikel 14.2(c) vid vilka ACHPR uppmanar staterna att avkriminalisera abort.¹²⁷ I kommentaren hänvisar ACHPR till WHO:s definition av "hälsa", där mental hälsa ingår, och uppmanar medlemsstaterna att ta den gravidas anledning till att vilja utföra aborten i beaktning då risken för hälsan bedöms. Detta eftersom "vägran av tillgång till säkra aborttjänster ofta orsakar psykiskt lidande, som kan förvärras av kvinnans funktionsnedsättning eller osäkra socioekonomiska status."¹²⁸ Trots att Maputoprotokollet endast är bindande för de afrikanska stater som ratificerat det kan det och

¹²⁰ A/HRC/32/44 para. 77, se även CCPR/C/GC/36 para. 8.

¹²¹ A/HRC/32/44 para. 80, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 19.

¹²² ICESCR, art. 12.

¹²³ Constitution of the World Health Organization, 1946, s. 2.

¹²⁴ Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 15.

¹²⁵ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 28 March 2017 (A/HRC/35/21), para. 59.

¹²⁶ Communication No. 22/2009, Views adopted by the Committee at its fiftieth session, 3 to 25 november 2011 (CEDAW/C/50/D/22/2009), para. 9(iii).

¹²⁷ General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and (f) and Article 14. 2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 12 maj 2015, para. 37.

¹²⁸ General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and (f) and Article 14. 2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 12 maj 2015, para. 38.

ACHPR:s allmänna kommentar ge ett uttryck för under vilka omständigheter det kan anses finnas en direkt koppling mellan abort och rätten till psykisk hälsa.¹²⁹ Säker och laglig abort fungerar i dessa situationer som en typ av mental sjukvård och är något staten är skyldig att erbjuda offren.¹³⁰ De bör därför, enligt CEDAW-kommittén, “se över sina lagar i syfte att inrätta en mekanism för effektiv tillgång till terapeutisk abort under förhållanden som skyddar kvinnors fysiska och mentala hälsa.”¹³¹ Slutligen bör alla eventuella hinder undanröjas för att sådan vård ska kunna erbjudas, exempelvis krav på att händelsen anmäls till polisen.¹³²

Liknande resonemang förekommer vid risk för allvarliga fosterskador. Detta kom till uttryck i *K.L vs. Peru*, där FN:s kommitté för mänskliga rättigheter fann att en gravid kvinnas rätt till hälsa kränkts till följd av att hon nekats abort. Kvinnan, som var mycket ung, fick inte avbryta graviditeten trots att vårdpersonalen visste att det förelåg risk för allvarliga skador på fostret som också dog strax efter födseln. Kvinnan blev deprimerad efter händelsen och hennes rätt till psykisk hälsa ansågs därmed ha kränkts.¹³³ Liknande resonemang och slutsatser förekommer även i beslut från andra rättighetsorgan, bland annat från IACHR gällande den mycket restriktiva abortregleringen i El Salvador.¹³⁴

Även om kopplingen mellan abortförbud och risker för den mentala hälsan är tydligast då graviditeten är resultatet av övergrepp, incest, eller då det föreligger risk för allvarliga fosterskador kan det tänkas att kvinnors psykiska hälsa påverkas även i andra situationer. För det första medför kriminalisering ofta stigmatisering vilket kan påverka den mentala hälsan hos kvinnor som tvingas uppsöka olaglig abortvård.¹³⁵ Att bryta mot lagen och i många fall ljuga för nära och kära kan orsaka en enorm mental stress och skam, särskilt för redan socialt och ekonomiskt utsatta kvinnor. Rädslan för att bli ertappad och straffad, eller socialt utdömd och stigmatiserad, riskerar dessutom att medföra allvarliga mentala hälsobesvär som påverkar kvinnorna i alla aspekter i livet. I värsta fall kan det leda till att den gravida kvinnan tar sitt eget

¹²⁹ Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 14.

¹³⁰ E/C/12/GC/22, para. 45, se även A/76/172, para. 51 och CEDAW//C/50/D/22/2009, para. 9(i).

¹³¹ CEDAW/C/50/D/22/2009, para. 9(i).

¹³² CCPR/C/GC/36, para. 8.

¹³³ Communication NO. 1153/2003, Views of the Human Rights Committee under article 5, paragraph 4, of the optional protocol to the international covenant on civil and political rights, 22 november 2005 (CCPR/C/85/D/1153/2003), para. 6.3.

¹³⁴ Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 15.

¹³⁵ A/66/254 para. 36.

liv.¹³⁶ För det andra leder kriminalisering, som tidigare beskrivits, till osäkra aborter som kan få konsekvenser inte bara för det fysiska utan även det psykiska välmåendet både innan, under och efter ingreppet.¹³⁷ Säkra och lagliga aborter har däremot visat sig kunna ha positiva effekter på välmåendet.¹³⁸ Även straffåtgärder till följd av olagliga aborter riskerar påverka kvinnors mentala hälsa om de ställs inför rätta och döms till exempelvis fängelse.¹³⁹ Alternativet till att straffas är att fullfölja en oönskad graviditet vilket även det kan få allvarliga konsekvenser för den gravidas psykiska välmående.¹⁴⁰

Även om det krävs fler studier i ämnet finns det mycket som tyder på att abortförbud riskerar att leda till allvarliga negativa konsekvenser för kvinnors mentala hälsa och därmed strida mot de mänskliga rättigheterna. Att införa undantag som tillåter abort specifikt vid risk för den mentala hälsan skulle i och för sig kunna gå i linje med de mänskliga rättigheterna och rätten till hälsa men medför i praktiken risker. Ett undantag kan antingen tolkas generöst utan att några särskilda villkor ställs för att vården ska erbjudas men det kan även tolkas mycket restriktivt. Om det ställs krav på exempelvis en viss allvarlighetsgrad av psykisk ohälsa eller olika intyg riskerar processen att dra ut på tiden, samt orsaka ytterligare stress för den utsatta.¹⁴¹ För att gravida kvinnor ska vara garanterade bästa möjliga mentala hälsa, i enlighet med WHO:s definition, bör abort således avkriminaliseras helt.¹⁴² Synen på detta skiljer sig emellertid mycket mellan stater och i dagsläget tycks kopplingen mellan abort och mental hälsa främst göras då graviditeten är ett resultat av sexuella övergrepp eller incest, samt då det föreligger risk för allvarliga fosterskador. Abort bör således legaliseras åtminstone i dessa situationer.¹⁴³

¹³⁶ WHO, *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*, 2009, s. 52, se även Romero, M. & Moisés, S., *El aborto en cifras*, 2020, s. 7.

¹³⁷ CCPR/C/GC/36, para. 8, se även WHO, *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*, 2009, s. 54 f.

¹³⁸ WHO, *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*, 2009, s. 54 f.

¹³⁹ A/66/254 para. 21.

¹⁴⁰ A/66/254 para. 36.

¹⁴¹ WHO, *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*, 2009, s. 51.

¹⁴² WHO, *Mental Health*, 17/6 2022 (21/6 2023).

¹⁴³ CCPR/C/GC/36, para. 8, se även A/HRC/32/44 para. 83 & 107(c).

2.3.3 Rätten till information och utbildad vårdpersonal

Rätten till hälsa innefattar även rätten till utbildad vårdpersonal och tillgång till information och utbildning.¹⁴⁴ Enligt handlingsplanen från ICDP bör kvinnor som genomgår oönskade graviditeter ha tillgång till pålitlig information och rådgivning.¹⁴⁵ Att avkriminalisera vårdpersonal som utför aborter är en grundläggande förutsättning för att rätten till hälsa ska kunna garanteras. Ett av de största problemen med ett abortförbud är bristen på varor och tjänster av god kvalitet. När abort utförs av utbildade vårdgivare under lämpliga förhållanden är det ett av de säkraste medicinska ingreppen som finns. Vid ett förbud innebär emellertid frånvaron av statlig och yrkesmässig reglering att vården ofta utförs av okvalificerade läkare och under ohygieniska förhållanden. Av rädsla för straffåtgärder utförs aborten dessutom många gånger i hemlighet vilket omöjliggör kvalitets- och licenskontroller. Vidare begränsar kriminalisering vårdpersonalens tillgång till relevant information och utbildning. Det kan dessutom, även i länder där abort är tillåtet under särskilda omständigheter, avskräcka personalen från att själv uppsöka sådan information av rädsla för stigmatisering.¹⁴⁶ Personal som trots detta väljer att utföra aborter saknar följaktligen många gånger tillräcklig kunskap och utbildning för att vården ska vara säker och av god kvalitet i enlighet med rätten till hälsa.¹⁴⁷ För att garantera rätten till hälsa uppmanar därför FN:s människorättskommitté samt FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa staterna att avskaffa lagar som straffbelägger vårdpersonal som utför aborter.¹⁴⁸

Möjligheterna att ta till sig relevant information begränsas inte bara för vårdpersonal vid kriminalisering utan försvåras även för de i behov av abortvården.¹⁴⁹ För det första finns en risk att vårdpersonal låter bli att tillhandahålla relevant information på grund av rädsla för repressalier eller på grund av personliga uppfattningar och åsikter som många gånger påverkas och bekräftas av en restriktiv lagstiftning.¹⁵⁰ För det andra begränsas ofta även den information som sprids i privata sammanhang utanför vårdinrättningarna. Eftersom strafflagar bidrar till

¹⁴⁴ E/C.12/2000/4, para. 12, se även A/76/172 para. 20, samt WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 18.

¹⁴⁵ Programme of Action, Cairo 1994, para. 8.25.

¹⁴⁶ A/HRC/32/44, para. 78, se även A/66/254 para. 32.

¹⁴⁷ A/66/254 para. 32.

¹⁴⁸ CCPR/C/GC/36, para. 8, se även A/66/254, para. 14 & 65(h).

¹⁴⁹ A/66/254, para 17, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 18 f.

¹⁵⁰ A/66/254, s. 6.

social stigmatisering avstår många kvinnor från att ställa frågor eller dela med sig av egna erfarenheter.¹⁵¹ Bristen på tillgång till relevant och korrekt information kan avskräcka kvinnorna från att söka den vård de behöver, vilket i sin tur kan få allvarliga konsekvenser för deras hälsa och välmående.¹⁵² Staterna har ett ansvar att tillåta information om abort, utan att påverka denna vare sig genom moralisering eller straffbestämmelser.¹⁵³ Tillgång till relevant information och utbildning är en förutsättning för att kunna åtnjuta sig rätten till hälsa och utgör en grundläggande del av denna, även gällande den sexuella och reproduktiva hälsan.¹⁵⁴ Eftersom kriminalisering av abort riskerar att begränsa denna tillgång, riskerar det följaktligen också att kränka rätten till hälsa.

2.3.4 Kvinnors rätt till hälsa

Relationen mellan könsstereotyper, diskriminering och marginalisering av kvinnor och flickor och deras åtnjutande av rätten till hälsa, inklusive sexuell och reproduktiv hälsa, är väldokumenterad.¹⁵⁵ Problematiken har uppmärksammats av flera internationella organisationer och på flera internationella konferenser, bland annat inom FN.¹⁵⁶ Enligt FN:s arbetsgrupp för diskriminering av kvinnor i lag och i praktik är staterna skyldiga att säkerställa kvinnors rätt till högsta möjliga hälsa och säkerhet. Detta innefattar bland annat kvinnors lika tillgång till hälsovårdstjänster, inklusive sådana som rör familjeplanering, samt deras rätt till privatliv, information och kroppslig integritet.¹⁵⁷ Enligt CEDAW artikel 12.1 ska konventionsstaterna “vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor inom hälso- och sjukvården för att på lika villkor för män och kvinnor säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster, inklusive sådana som rör familjeplanering.”¹⁵⁸ Dessa åtgärder innefattar bland annat lagstiftning och bör förebygga könsdiskriminering och stereotyper som

¹⁵¹ E/C.12/GC/22, para. 41, se även A/66/254, para. 17, samt A/HRC/32/44, para. 76, och Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 18.

¹⁵² A/HRC/32/44 para. 78 & 82.

¹⁵³ A/HRC/32/44, para. 96.

¹⁵⁴ E/C.12/GC/22, para. 41, E/C.12/2000/4, para. 11, se även CEDAW, art. 16.1.e gällande sexuella och reproduktiva rättigheter.

¹⁵⁵ A/66/254 p. 17, se även Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 48.

¹⁵⁶ General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health), 1999 (A/54/38/Rev.1, chap I), para. 3-4.

¹⁵⁷ A/HRC/32/44, para. 14.

¹⁵⁸ CEDAW art.12.1.

hindrar jämställdhet inom hälsosektorn och som försvårar för kvinnor att få tillgång till vård och fritt fatta informerade beslut om den egna hälsan, sexualiteten och reproduktiviteten.¹⁵⁹

Att erbjuda kvinnor samma vård som män på lika villkor är emellertid inte tillräckligt. De rent biologiska skillnaderna måste tas i beaktning för att rätten till bästa möjliga hälsa ska kunna garanteras.¹⁶⁰ I CESCR:s allmänna kommentar nr. 14 uppmanas staterna att integrera ett genusperspektiv i den nationella hälsopolitiken, planeringen och forskningen eftersom synliggörande av skillnader mellan könen kan bidra till bättre hälsa för både kvinnor och män.¹⁶¹ Dessutom konstateras att staterna bör införa nationella strategier för att garantera kvinnors rätt till hälsa, inklusive sexuell och reproduktiv hälsa. I dessa strategier ska särskilda insatser som förebygger och behandlar sjukdomar som främst drabbar kvinnor samt metoder för att motverka hinder som försvårar kvinnors tillgång till behandling, information och utbildning ingå.¹⁶² FN:s arbetsgrupp för diskriminering av kvinnor i lag och i praktik konstaterar att "skyldigheten att respektera, skydda och garantera kvinnors rätt till lika tillgång till hälso- och sjukvård och att avskaffa alla former av diskriminering av kvinnor i relation till deras hälsa och säkerhet kränks genom försummelse av kvinnors hälsobehov, underlåtenhet att utföra könsspecifika hälsoinsatser, nekandet av kvinnors självständiga beslutsförmåga och kriminaliseringen eller nekandet av tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster som endast kvinnor behöver."¹⁶³ Även CEDAW-kommittén konstaterar att lagar som kriminaliserar och straffbelägger vård som endast kvinnor behöver, exempelvis abort, utgör könsdiskriminering som motverkar jämställdheten och därmed bör undanröjas.¹⁶⁴ Exempelvis rekommenderade CEDAW-kommittén Peru att se över sina restriktiva abortlagar i syfte att tillgodose kvinnors och flickors mentala och fysiska hälsa i *L.C vs. Peru* år 2009.¹⁶⁵ Vidare fastslog kommittén år 2018 att Storbritanniens abortlagar i Nordirland kränkte kvinnors rättigheter genom att endast tillåta abort vid fara för den gravidas hälsa och liv, eftersom det är vård endast kvinnor behöver.¹⁶⁶

¹⁵⁹ Inquiry concerning the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland under article 8 of the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Report of the Committee, 6 March 2018 (CEDAW/C/OP.8/GBR/1), para 55. (s. 15).

¹⁶⁰ A/HRC/32/44, para. 22, se även Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 49.

¹⁶¹ E/C.12/2000/4, para. 20.

¹⁶² E/C.12/2000/4, para. 21.

¹⁶³ A/HRC/32/44, para. 14.

¹⁶⁴ A/54/38/Rev.1, chap I., para. 14, se även General Recommendation No. 33 on women's access to justice, 3 august 2015 (CEDAW/C/GC/33), para. 47(b), samt A/HRC/32/44, para. 28 & 29.

¹⁶⁵ CEDAW/C/50/D/22/2009, p. 9(i) & (iv).

¹⁶⁶ CEDAW/C/OP.8/GBR/1.

Många gånger bygger restriktiva regler och restriktioner på en idé om att kvinnors sexualitet och fertilitet är något som bör regleras och begränsas, exempelvis genom abortförbud. Att tvinga kvinnor att fortsätta oönskade graviditeter är enligt FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa ett exempel på ett sätt att möjliggöra för och rättfärdiga statlig kontroll av kvinnor.¹⁶⁷ Om kvinnor går emot sådana normer och söker sexuell frigörelse riskerar de att straffas, både socialt och institutionellt. Straffen kan i sin tur medföra negativa hälsoeffekter och därmed innebära en kränkning av de straffades kvinnornas rätt till hälsa.¹⁶⁸ Dessutom begränsas, som tidigare beskrivits, tillgången till relevant information. Bristen på information bidrar i sin tur till ytterligare stigmatisering och försvårar för kvinnor att tillgodogöra sig den vård de behöver. Rädslan för stigmatisering innebär dessutom att många kvinnor helt enkelt avstår från att uppsöka vården.¹⁶⁹ Abort är ett tydligt exempel då kriminalisering orsakar stigmatisering, som i sin tur leder till kvinnlig marginalisering och utsatthet, vilket vidmakthåller och intensifierar kränkningar av kvinnors rätt till hälsa.¹⁷⁰

Ett abortförbud tycks således inte bara begränsa kvinnors rätt att själva bestämma över den egna sexualiteten och reproduktiviteten, något som de uttryckligen har rätt till och som är avgörande för jämställdheten och för deras möjlighet att åtnjuta andra mänskliga rättigheter och friheter.¹⁷¹ Det kan även anses kränka deras rätt till hälsa på ett diskriminerande och oproportionerligt sätt eftersom ett förbud riskerar att leda till fysiska och psykiska hälsorisker som av både sociala och biologiska skäl endast drabbar kvinnor.¹⁷² Oavsett om en gravid kvinna som önskar avbryta graviditeten följer eller bryter mot förbudet medför det en hälsorisk. Antingen till följd av sociala eller institutionella straffåtgärder eller på grund av utebliven eller osäker vård. Med utgångspunkt i sådan argumentation stödjer många forskare, CEDAW-kommittén och i viss mån även FN:s generalförsamling att det alltid existerar en rätt till abort eller åtminstone under vissa specifika omständigheter. Detta gäller i synnerhet om landet i fråga ratificerat CEDAW.¹⁷³

¹⁶⁷ A/66/254, para. 16 & 27, se även A/HRC/32/44, para. 80.

¹⁶⁸ A/66/254, para. 16 (fysisk hälsa) & 21 (psykisk hälsa).

¹⁶⁹ E/C.12/GC/22 para. 41, se även A/66/254 para. 17, samt Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 18.

¹⁷⁰ A/66/254 para. 17 & 34.

¹⁷¹ CEDAW art. 16.1(e), se även Shalev, C., *Rights to Sexual and Reproductive Health: The ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, s. 59.

¹⁷² A/66/254 para. 17, se även Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 52.

¹⁷³ Hunt, K. & Gruszczynski, M., *Politics & Gender* 2019, s. 731.

2.4 Krav på abortlagstiftning och vård

2.4.1 Krav på avkriminalisering

Det enda rättighetsdokument som uttryckligen reglerar abort är Maputoprotokollet, där staterna uppmanas att avkriminalisera abort i åtminstone tre situationer: (i) vid fara för den gravidas hälsa eller liv, (ii) då graviditeten är orsakad av ett sexualbrott samt (iii) vid fara för fostrets liv.¹⁷⁴ Protokollet utgör emellertid ett regionalt rättighetsinstrument och bara de länder i Afrika som ratificerat det är bundna att följa det. Trots avsaknaden av rättsligt bindande regler som uttryckligen kräver avkriminalisering i dessa situationer tycks det enligt de mänskliga rättigheterna finnas ett sådant krav även för övriga stater.¹⁷⁵ Flera av FN:s övervakningsorgan för människorättsfrågor, samt andra människorättsorganisationer och FN-organ har vid upprepade tillfällen konstaterat att lagar som kriminaliserar abort i dessa situationer riskerar att kränka kvinnors rättigheter, däribland rätten till hälsa, och bör därför avskaffas.¹⁷⁶ I enlighet med detta tycks det dessutom, bortsett från enstaka undantag, finnas en global trend av liberalisering av abortlagar, framförallt i ovan nämnda situationer.¹⁷⁷

Som tidigare diskuterats talar mycket för att abort bör avkriminaliseras även i avsaknad av någon av de omständigheter som nämnts ovan, med hänvisning till rätten till hälsa. Detta eftersom abortförbud *alltid* riskerar att påverka kvinnors hälsa negativt på olika sätt. Kriminalisering leder till osäkra aborter. Osäkra aborter riskerar i sin tur att leda till fysiskt och psykiskt lidande. På grund av att det är vård som endast kvinnor efterfrågar utgör ett förbud dessutom könsdiskriminering som i sin tur kan leda till stigmatisering vilket riskerar att försvåra för kvinnor att tillgodose sig den vård de behöver för att kunna åtnjuta rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.¹⁷⁸ Den särskilda FN-rapportören om rätten till hälsa har, bland andra, påpekat hur förbud och restriktioner av produkter och tjänster relaterade till den

¹⁷⁴ Maputoprotokollet, art. 14.2(c).

¹⁷⁵ Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 255.

¹⁷⁶ Se bland annat CCPR/C/GC/36 para. 8, A/HRC/35/21, para. 59, CEDAW//C/50/D/22/2009, para. 9.(iii), A/HRC/32/44 para. 83 & 107(c), A/HRC/35/30/Add.3, para. 85, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 4 April 2016 (A/HRC/32/32), para. 92, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 5 January 2016, (A/HRC/31/57), samt : Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights, OHCHR & Ipas 2018, s. 14., och Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 288 f.

¹⁷⁷ Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 292 ff.

¹⁷⁸ A/HRC/32/44, para. 78.

sexuella och reproduktiva hälsan, däribland laglig abort, riskerar att på olika sätt kränka rätten till fysisk och psykisk hälsa.¹⁷⁹ För att staterna ska leva upp till sina skyldigheter enligt rätten till hälsa uppmanas de därför att avkriminalisera abort och reformera lagar relaterade till abort.¹⁸⁰ Även CESCR konstaterar att staterna har en skyldighet att “respektera, skydda och förverkliga allas rätt till sexuell och reproduktiv hälsa.”¹⁸¹ Detta innebär enligt kommittén att staterna ska avstå från att direkt eller indirekt hindra och/eller begränsa sina invånare att utöva denna rättighet och därför reformera lagar som på olika sätt kriminaliserar sexuella och reproduktiva hälsojourer och tillgången till information om dessa, däribland abort.¹⁸² Att avkriminalisera abort innebär inte bara att ingreppet tas bort från nationella straffbestämmelser. Enligt WHO krävs även att ingen annan straffbestämmelse, som exempelvis mord, kan tillämpas i stället, samt att staten ser till att straffrättsliga påföljder avskaffas för samtliga relevanta aktörer som utför eller assisterar vid utförandet av eller tillhandahåller information om abort.¹⁸³

2.4.2 Krav på tillgänglighet

Avkriminalisering har visat sig inte vara tillräckligt för att garantera abortvård till den som är berättigad sådan, oavsett om det är på begäran eller under särskilda omständigheter. Avsaknad av rättslig reglering, eller för vagt formulerad sådan, riskerar att medföra osäkerhet och meningsskiljaktigheter kring vad som faktiskt gäller.¹⁸⁴ Även bristen på effektiva legala instrument och rutiner kan medföra att kvinnor nekas sin rätt till abort.¹⁸⁵ Detta eftersom tvetydigheter kan skapa tolkningsutrymme för oenig vårdpersonal och leda till långa (rätts)processer som riskerar att dra ut på tiden. Vid en graviditet får sådana processer oåterkalleliga konsekvenser eftersom laglig abort nästan alltid är tidsbegränsad och sena aborter utgör en större hälsorisk.¹⁸⁶ I *Tysięc vs. Polen* från 2007 konstaterade Europadomstolen att de förfaranden som tillämpas vid abort bör garantera att beslut fattas i tid för att undvika sena aborter och de risker detta innebär för den gravidas hälsa.¹⁸⁷ Vidare slog domstolen fast

¹⁷⁹ A/66/254, para. 14 och 16, se även A/76/172, para. 33, samt A/HRC/32/44, para. 29.

¹⁸⁰ A/66/254, para. 65(h), för liknande resonemang se även A/HRC/32/32, para. 92.

¹⁸¹ E/C.12/GC/22 para. 39–40.

¹⁸² E/C.12/GC/22, para. 39–40, se även A/HRC/31/57, para. 22.

¹⁸³ WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. xxv.

¹⁸⁴ Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 15.

¹⁸⁵ Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 56, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 15 f.

¹⁸⁶ Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M., s. 156.

¹⁸⁷ *Tysięc vs. Polen*, 20 mars 2007, ECHR, para. 118.

att i de fall abort är lagligt, oavsett på vilka grunder, måste lagar och annan relevant reglering och rutiner vara utformade på sådant sätt att vården de facto är tillgänglig.¹⁸⁸ Även FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa ställer krav på att laglig och säker abort ska vara tillgänglig och av god kvalitet.¹⁸⁹ Enligt WHO:s riktlinjer för abortvård bör vårdinrättningar, varor och tjänster vara tillgängliga. Vidare ska lagstiftning och politik om abort formuleras, tolkas och tillämpas på ett sätt som är förenligt med de mänskliga rättigheterna och WHO:s definition av fysisk och psykisk hälsa.¹⁹⁰ Även FN:s särskilde rapportör om tortyr och annan grym, inhuman och förnedrande behandling eller bestraffning uppmanar staterna att garantera att nödvändiga tjänster är tillgängliga och effektiva, samt att vårdsökande och vårdutövare skyddas från eventuella sociala eller institutionella repressalier.¹⁹¹ Sammantaget kan alltså konstateras att vården de facto måste vara tillgänglig i de situationer då den är laglig.

För att åstadkomma tillgänglighet bör staterna, enligt FN:s människorättskommitté, undanröja eventuella hinder som begränsar tillgången.¹⁹² Dessa hinder utgörs många gånger av andra lagar.¹⁹³ Ett exempel är samvetsklausuler som tillåter enskilda vårdgivare att vägra utföra aborter med hänvisning till religiös, moralisk eller filosofisk övertygelse. Sådana klausuler bygger på rätten till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet som skyddas av internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter och är därmed tillåtna.¹⁹⁴ I vissa fall är en rätt till samvetsvägran till och med avgörande för att abort ska kunna legaliseras.¹⁹⁵ Det får emellertid inte innebära att kvinnor nekas tillgång till vården, i synnerhet inte i akuta och livshotande situationer. Staterna bör därför vidta åtgärder för att garantera att patienten hänvisas till annan kompetent och villig personal.¹⁹⁶ Denna personal bör alltid vara tillgänglig, både i offentliga och privata vårdinrättningar och inom ett rimligt geografiskt avstånd.¹⁹⁷

¹⁸⁸ *Tysic vs. Polen*, 20 mars 2007, ECHR, para. 116, se även Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020, s. 16, samt Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008, s. 278 f.

¹⁸⁹ E/CN.4/2004/49, para. 30, se även A/66/254, para. 29.

¹⁹⁰ WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. xx och 1.3.1(iv).

¹⁹¹ UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53), para. 90.

¹⁹² CCPR/C/GC/36, para. 8.

¹⁹³ E/C.12/GC/22, para 41, se även WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 15.

¹⁹⁴ WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 15.

¹⁹⁵ Detta var exempelvis fallet i Argentina, se Felitti, K.A., *Cahiers des Amériques latines* 2020, s. 8.

¹⁹⁶ E/C.12/GC/22, para. 43, se även CEDAW, Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 1999 (A/54/38/Rev.1), kap. 1, para. 11, samt WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 15.

¹⁹⁷ E/C.12/GC/22, para. 14.

Hinder utöver samvetsklausuler som kan begränsa tillgången till abortvård är exempelvis restriktiva tidsbegränsningar som i praktiken omöjliggör laglig abort, krav på medicinsk eller moralisk rådgivning, obligatoriska betänketider, samtycke från föräldrar eller partners, rättsliga bemyndiganden eller att vården utesluts från offentlig finansiering och/eller bistånd.¹⁹⁸ Inget av dessa krav är motiverade av hälsoskäl.¹⁹⁹ Även annan reglering, som exempelvis att endast legitimerade läkare är tillåtna att utföra medicinska aborter, administrativa och byråkratiska hinder, eller negativa attityder, inkompetens och ointresse från vårdpersonal riskerar att bidra till begränsad tillgänglighet.²⁰⁰ Staterna har också ett ansvar att se till att vårdpersonal kan göra utföra aborter utan “otillbörlig inblandning, hot eller restriktioner”.²⁰¹

Förutom att undanröja hinder bör staterna även aktivt skapa förutsättningar för att kvalitativ vård ska kunna tillhandahållas på ett korrekt och effektivt sätt.²⁰² De bör därför inrätta tillgängliga och åtkomliga kliniker, erbjuda utbildning för läkare och vårdpersonal, införa krav på licensiering, samt säkerställa tillgången till de senaste och säkraste läkemedlen och utrustningen.²⁰³ Även tillgången till information om laglig abort utgör en viktig del för att skapa förutsättningar för kvalitativ vård.²⁰⁴ Vård, läkemedel och information ska erbjudas universellt, till alla, alltid, överallt och utan diskriminering.²⁰⁵ Tillgängligheten får således inte bero på den vårdsökandes personliga egenskaper som exempelvis socioekonomiska status, ras eller könsidentitet, eller på var personen bor.²⁰⁶ För att undvika detta bör vården vara ekonomiskt tillgänglig, i synnerhet för utsatta kvinnor som saknar tillräckliga ekonomiska medel för att betala privata sjukförsäkringar.²⁰⁷ Essentiella läkemedel, det vill säga sådana som tillgodoser befolkningens prioriterade behov av hälso- och sjukvård, ska enligt WHO “alltid finnas

¹⁹⁸ E/C.12/GC/22 para. 41, se även A/66/254 para. 24, CCPR/C/GC/36 para. 8, samt WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. 10.

¹⁹⁹ A/HRC/32/44, para. 82.

²⁰⁰ A/HRC/32/44, para. 74, se även A/HRC/31/57, para. 44, se även WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 16.

²⁰¹ Implementation of the outcome of the World Summit for Social Development and of the twenty-fourth special session of the General Assembly, Report of the Secretary-General, 20 July 2018 (A/73/214), para. 89(h).

²⁰² CEDAW//C/50/D/22/2009, para. 9(i).

²⁰³ E/C.12/GC/22 para. 45, se även A/66/254 para. 29 och Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, on access to medicines, 1 May 2013 (A/HRC/23/42), para. 3.

²⁰⁴ A/HRC/32/32, para. 92, se även A/HRC/32/44, para. 96.

²⁰⁵ E/C.12/GC/22, para. 45, A/HRC/23/42, para. 3, se även A/HRC/32/32, para. 92, samt WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, och Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions, OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights 2015, s. 23.

²⁰⁶ WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. 1 f.

²⁰⁷ A/HRC/32/44, para 90.

tillgängliga inom ramen för fungerande hälso- och sjukvårdssystem, i tillräckliga mängder, i lämpliga former och doser, med säkerställd kvalitet och till ett pris som individen och samhället har råd med.”²⁰⁸ Misoprostol, som används vid medicinsk abort, ingår i WHO:s lista över essentiella läkemedel.²⁰⁹

Slutligen är det, förutom undanröjande av hinder och skapandet av förutsättningar, av yttersta vikt att abortlagar kombineras med tillgång till information, utbildning och andra familjeplaneringstjänster och medel som exempelvis effektiva preventivmedel.²¹⁰ Som framkommer av bland annat Handlingsplanen från ICPD ska abort aldrig förespråkas som en metod för familjeplanering.²¹¹ Även där det är lagligt bör staterna arbeta förebyggande för att undvika att behovet av abort över huvud taget uppstår.²¹² Förebyggande är alltid ett bättre alternativ framför ett avbrytande av oönskad graviditet, inte bara utifrån sociala aspekter, utan även ur hälsosynpunkt.²¹³ Tillgång till effektiva preventivmedel som förebyggande åtgärd är viktigt men kan aldrig helt eliminera behovet av abort eftersom det inte är 100% säkert och inte heller skyddar mot exempelvis våldtäkt.²¹⁴ Dessutom finns det tydliga indikationer på att antalet aborter minskar i länder där det är lagligt. Legalisering kan således även verka förebyggande.²¹⁵

3 Aborträtten i Argentina

3.1 Argentinas politiska och juridiska system

3.1.1 Federalism och ett regionaliserat hälsosystem

Argentina är en förbundsrepublik och makten delas enligt konstitutionen mellan den lagstiftande (kongressen), verkställande (regeringen och presidenten) och dömande makten

²⁰⁸ WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 14.

²⁰⁹ WHO, *Model List of Essential Medicines – 22nd list (2021)*, 30 September 2021.

²¹⁰ Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 54.

²¹¹ Programme of Action, Cairo 1994, para. 8.25.

²¹² Programme of Action, Cairo 1994, s. 89 f., se även CCPR/C/GC/36, para 8.

²¹³ Shalev, C., *Health and human rights* 2000, s. 54.

²¹⁴ A/HRC/32/44 para. 81.

²¹⁵ OHCHR, *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Abortion*, 2015 (uppdaterad 2020), s. 1, se även A/HRC/32/44, para. 80, A/HRC/35/23, para. 92, samt *Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide (Fact Sheet)*, Guttmacher Institute, mars 2022.

(Högsta domstolen). Landet består av 24 jurisdiktioner; 23 provinser och Buenos Aires stad (CABA) som har en särskild ställning som federalt distrikt. Varje jurisdiktion har en egen regering som leds av en guvernör (borgmästare i CABA) och stiftar sina egna lagar i enlighet med konstitutionen (CN art. 5). Även om de viktigaste lagarna stiftas av kongressen har provinsregeringarna många gånger stort inflytande vad gäller lagarnas konkreta reglering och implementering. Detta ger individer på viktiga politiska poster, exempelvis guvernörer och borgmästare, en mycket långtgående politisk makt.²¹⁶ Till följd av det starka federala systemet kan det många gånger finnas incitament för guvernörer och borgmästaren att i första hand försöka möta lokala krav och behov framför nationella. Detta kan få en positiv effekt på framåtsträvande provinser som får utrymme att utvecklas fortare än mer konservativa regioner. Det innebär emellertid också att nationella lagar och prejudikat ibland inte implementeras fullt ut eller alls i vissa provinser.²¹⁷

De provinsiella skillnaderna syns bland annat inom hälso- och sjukvårdssektorn som under 1990-talet genomgick en rad reformer med ambitionen att få ordning på ett tidigare komplicerat, oenhetligt och generellt dåligt fungerande vårdssystem.²¹⁸ Genom reformerna infördes exempelvis privata sjukförsäkringar som skulle konkurrera med de så kallade *obras sociales*, de offentliga sjukförsäkringarna som inte fyllde den funktion de var tänkta att fylla.²¹⁹ Sjukvården decentraliserades och ansvaret för vården och kostnaden för denna föll istället på provinserna och de lokala hälsoministerierna.²²⁰ Resultatet blev i många avseenden det motsatta från vad som eftersträvades och bidrog snarare till ytterligare splittring och komplexitet utan att åstadkomma tydlighet i reglering och ansvarsskyldighet.²²¹ Idag präglas sjukvårdssystemet av orättvisor baserade på skillnader i inkomst, typ av sjukvårdsförsäkring och i vilken provins vården erbjuds.²²² Sedan vårdreformerna har dessutom sjukhusen mer självständig makt i förhållande till provinserna. Till vilken grad och på vilket sätt varierar mycket mellan och inom provinser vilket bidrar till stora skillnader i vården både mellan

²¹⁶ Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018, s. 138.

²¹⁷ Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018, s. 139, se även Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1007.

²¹⁸ Lloyd-Sherlock, P., *Social science & medicine* 2005, s. 1899.

²¹⁹ Lloyd-Sherlock, P., *Social science & medicine* 2005, s. 1897.

²²⁰ Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018, s. 138, se även Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1007.

²²¹ Lloyd-Sherlock, P., *Social science & medicine* 2005, s. 1899.

²²² Utrikesdepartementet, *Argentina – Mänskliga rättigheter, demokrati och rättsstatens principer: situationen per den 31 december 2019*, 16 september 2020, s. 12.

regioner och till och med mellan sjukhus inom samma provins. Ibland även inom samma kommun.²²³

3.1.2 Relationen mellan nationell och internationell rätt

När en stat tillträder internationella traktat, exempelvis inom folkrätten, uppkommer frågor om deras relation till nationella lagar och regler. Argentina saknade länge formella regler om hur denna relation skulle hanteras. I ett antal rättsfall under slutet av 80-talet och början av 90-talet tillämpade den argentinska Högsta domstolen något som liknade en monistisk strategi. Denna rättspraxis kodifierades sedan vid reformeringen av konstitutionen år 1994 och idag tillämpar landet ett monistiskt system.²²⁴ Enligt det monistiska systemet anses bindande nationella och internationella regler utgöra ett enda rättssystem. Internationella traktat får därmed status som nationell lag i och med tillträddandet utan att ytterligare åtgärder behövs för att traktaten ska kunna börja tillämpas i landet.²²⁵

Det monistiska systemet medför en risk för normkonflikter, särskilt om traktatens överensstämmelse med nationella bestämmelser inte granskas noga innan tillträddandet.²²⁶ Enligt den internationella traktaträtten löses normkonflikter genom traktatens överordnad,²²⁷ men enligt den argentinska konstitutionen beror det hierarkiska förhållandet mellan internationell rätt och argentinsk nationell rätt på vilken typ av traktat det rör sig om. Enligt artikel 75.22 CN står internationella traktat över nationell lag. Detta innebär att ingen lag får stå i strid med tillträdde traktat, varken på federal, provinsiell eller kommunal nivå. Detta framkommer även av artikel 31 CN som stadgar att myndigheterna i varje provins är skyldiga att följa konstitutionen, federala lagar som antas av kongressen i enlighet med konstitutionen och internationella traktat eftersom dessa är nationens "högsta rätt". Detta gäller oavsett om bestämmelser i provinsiella lagar eller konstitutioner står i strid med sagda rätt.²²⁸

²²³ Lloyd-Sherlock, P., *Social science & medicine* 2005, s.1898.

²²⁴ Constitución de la Nación Argentina art. 31 & 75.22, se även Napolitano, S.S.G., *Prudentia Iuris* 1995, s. 140, samt Dobovšek, J., *Aequitas Virtual* 2013, s. 8.

²²⁵ Dobovšek, J., *Aequitas Virtual* 2013, s. 21, Napolitano, S.S.G., *Prudentia Iuris* 1995, s. 133 ff.

²²⁶ Dobovšek, J., *Aequitas Virtual* 2013, s. 3 f.

²²⁷ United Nations, *Vienna Convention on the Law of Treaties*, 23 May 1969, art. 27, se även Napolitano, S.S.G., *Prudentia Iuris* 1995, s. 136.

²²⁸ Constitución de la Nación Argentina art. 31.

Konstitutionen och vissa internationella traktat och deklamationer som fått konstitutionell status står hierarkiskt över andra traktat. Dessa utgörs av ett antal internationella rättighetsdokument vilka uttryckligen och uttömmande listas i artikel 75.22 CN.²²⁹ Av dessa kan exempelvis nämnas UDHR, ACHR, ICESCR, International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), samt CEDAW. Övriga internationella konventioner om mänskliga rättigheter som tillträds och som inte nämns uttryckligen i konstitutionen måste, efter att ha godkänts av kongressen, godkännas av två tredjedelar av samtliga ledamöter i varje kammare för att åtnjuta konstitutionell status (CN art. 75.22). Den konstitutionella statusen erhålls på de villkor som gäller för traktatens giltighet, det vill säga i samband med att de börjar gälla internationellt. Sådana traktat får emellertid inte strida mot konstitutionens första del, vilken innehåller “Declaraciones, derechos y garantías” (deklamationer, rättigheter och garantier), utan ska i stället ses som ett komplement till denna. I artikel 27 CN framkommer vidare att regeringen är skyldig att trygga sina freds- och handelsförbindelser med främmande makter genom fördrag som är förenliga med de offentligrättsliga principer som fastställs i konstitutionen. En traktat med konstitutionell status och som kompletterar konstitutionen bör alltså i princip inte kunna stå i strid med konstitutionen men om den gör det har, enligt den argentinska rätten, konstitutionen företräde.²³⁰

3.2 Situationen före den nya abortlagen

3.2.1 Tidigare reglering

Innan legaliseringen år 2020 reglerades abort i den argentinska brottsbalken från 1921. Tidigare artikel 86 förbjöd abort förutom under vissa specifika omständigheter. Enligt artikeln var abort endast tillåtet då graviditeten var resultatet av en våldtäkt eller om den innebar fara för den gravida kvinnans hälsa eller liv. Undantagen var komplicerade och innehöll många otydligheter. På grund av lagens ordalydelse rådde det exempelvis olika uppfattningar om huruvida undantaget gällde samtliga våldtäktsoffer eller bara de med intellektuell funktionsnedsättning.²³¹ På grund av personliga övertygelser eller av rädsla för att bryta mot

²²⁹ Constitución de la Nación Argentina, se även Dobovšek, J., *Aequitas Virtual 2013*, s. 19.

²³⁰ Dobovšek, J., *Aequitas Virtual 2013*, s. 19. Trots den normativa prioriteringsordningen som framkommer av konstitutionen, har den argentinska Högsta domstolen i ett antal fall applicerat internationella Jus Cogens-regler i strid med konstitutionen, för att döma tidigare militärer som begick folkrättsbrott under militärdiktaturen (1976–1983), se t ex: S. 1767. XXXVIII. RECURSO DE HECHO. *Simón, Julio Héctor y otros s/ privación ilegítima de la libertad, etc.* Causa Nr. 17.768C.

²³¹ Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M., s. 146.

lagen applicerade mycket vårdpersonal långtgående samvetsfrihet och olika krav på samtycke, rättsligt bemyndigande och obligatoriska väntetider, trots att det inte krävdes enligt bestämmelsen.²³² Som ett resultat av detta skilde sig tillämpningen mycket mellan provinser och vårdpersonal. Vissa lät till och med helt bli att tillämpa undantagen.²³³ Mellan år 2006 och 2007 uppmärksammades flera fall som visade på stora brister i vårdens utövande och tillgänglighet, vilket ökade pressen på att undantagens innebörd och omfattning behövde förtydligas.²³⁴

År 2012 kom den argentinska Högsta domstolen med ett förtydligande i den vägledande F.,A.L.-domen gällande undantaget för graviditet som resultat av våldtäkt.²³⁵ Förutom att klargöra att undantaget omfattade *samtliga* våldtäktsoffer fastslogs även vilka skyldigheter detta innebar för vårdpersonal och för tjänstemän inom rättsväsendet. Det konstaterades vidare att den argentinska konstitutionen och internationella bestämmelser om mänskliga rättigheter inte innebar något direkt förbud mot abort utan snarare ett förbud mot att straffa våldtäktsoffer som väljer att genomföra en abort. Domstolen beaktade bland annat WHO:s ståndpunkt i frågan och olika uttalanden från FN:s kommitté för mänskliga rättigheter och Kommittén för barnets rättigheter. Båda hade tidigare betonat behovet av att garantera säker tillgång till icke straffbara aborter i Argentina, samt att undanröja de institutionella och rättsliga hinder som fanns och som begränsade gravidas tillgång till den vård de erkändes genom lagen.²³⁶ Trots domstolens relativt tydliga uppmaningar vidtogs inga nationella åtgärder förrän år 2015 då det nationella hälsoministeriet publicerade ett protokoll där de uppmanade provinserna att ändra sina regelverk i enlighet med prejudikatet.²³⁷ Många provinser ignorerade både protokollet och F.,A.L.-domen och vårdpersonal fortsatte tillämpa icke-rättsliga villkor eller direkt vägra att utföra aborter med hänvisning till sina personliga övertygelser. De regionala skillnaderna förblev därmed stora.²³⁸ På grund av politisk motvilja var även tillgången till information

²³² Bonder, G., Radjavi, M., & Ramirez, C., *Canadian Woman Studies* 2008, s. 128.

²³³ Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M., s. 150.

²³⁴ Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1699, se även Lopreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022, s. 8.

²³⁵ F.,A.L., 2012.

²³⁶ F.,A.L., 2012., para. 7, 15 och 18.

²³⁷ Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (IVE/ILE)*, uppdaterad 2022, se även A/HRC/35/30/Add.3, para. 25.

²³⁸ A/HRC/35/30/Add.3, para. 25-26.

mycket begränsad i vissa regioner och olika organisationer arbetade hårt över hela landet för att kvinnor skulle bli medvetna om sina rättigheter.²³⁹

I en rapport från 2017 kritiserade FN:s särskilda rapportör om våld mot kvinnor Argentinas misslyckade implementering av prejudikatet från F.,A.L.-målet och rekommenderade vidare att “de straffrättsliga åtgärder som kriminaliserar kvinnor som genomgår abort tas bort och en lag som reglerar lagliga aborter antas, åtminstone för graviditeter som är resultatet av våldtäkt eller incest, graviditeter där den gravida kvinnans liv eller hälsa är i fara och graviditeter där det finns risk för en allvarlig fosterskada.”²⁴⁰ Även CEDAW-kommittén uppmanade Argentina att “garantera att kvinnor har tillgång till säker och laglig abort och eftervård”,²⁴¹ samt att “påskynda antagandet av lagförslaget om frivilligt avbrytande av graviditet och öka den lagliga tillgången till abort, inte bara i fall av våldtäkt och risk för den gravida kvinnans liv eller hälsa utan även andra omständigheter som incest och när det finns risk för allvarlig fosterskada.”²⁴²

3.2.2 Ökat stöd för legalisering

Kriminaliseringen av abort och stigmatiseringen som denna orsakade eliminerade inte behovet eller efterfrågan av abortvården. Istället drev det ofrivilligt gravida till att uppsöka vård i hemlighet, på mer eller mindre seriösa kliniker, där den antingen var väldigt osäker eller väldigt dyr.²⁴³ Enligt uppgifter från The Guttmacher Institute utfördes nästan 400 000 aborter per år i Argentina mellan år 2015 och 2019 vilket är en abort per två födselar.²⁴⁴ År 2018 publicerades dessutom rapporter som visade att osäkra aborter var den främsta orsaken till mödradödlighet i landet mellan år 1980 och 2016 och att drygt 40 000 kvinnor uppsökte sjukhus varje år på grund av komplikationer relaterade till osäkra aborter.²⁴⁵ I samband med att dessa uppgifter kom till allmänhetens kännedom och i linje med domstolens argumentation i F.,A.T.-målet kopplades rätten till abort till kvinnors rätt till hälsa vilket ökade påtryckningarna för legaliseringen av abort.²⁴⁶

²³⁹ Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M., s. 162 f., se även Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018, s. 140.

²⁴⁰ A/HRC/35/30/Add.3, para. 85(b).

²⁴¹ CEDAW/C/ARG/CO/7, para. 33(c).

²⁴² CEDAW/C/ARG/CO/7, para. 33(d).

²⁴³ Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1699.

²⁴⁴ The Guttmacher Institute, *Country Profile: Argentina*, 2022.

²⁴⁵ Romero, M. & Moisés, S., *El aborto en cifras*, 2020, s. 7.

²⁴⁶ Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1699.

En skiftning i attityden kring aborter började synas i det argentinska samhället. Fler hotlines och organisationer som arbetade med att informera och stötta kvinnor som ville avsluta sina graviditeter började marknadsföra sig mer öppet.²⁴⁷ Enligt opinionsundersökningar fördubblades stödet för abort mellan år 2008 och 2018, även bland katoliker som traditionellt sett varit mycket konservativa i frågan.²⁴⁸ År 2018 godkändes ett lagförslag om legalisering av abort i den lägre kammaren men röstades ned i senaten. Även om resultatet var ett nederlag för många, påverkade det både den allmänna och den politiska diskussionen om abort. År 2019 utgjorde frågan för första gången en del av en nationell presidentvalskampanj, vilket också bidrog till att bereda väg för det slutgiltiga godkännandet i december 2020 av lag 27.610 om tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet.²⁴⁹

3.3 Lagen om tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet

3.3.1 Lagens innehåll och utformning

Lag 27.610 om tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet ämnar, precis som namnet indikerar, garantera alla kvinnor och andra personer som kan bli gravida tillgång till abort.²⁵⁰ Denna ska vara säker och erbjudas utan kostnad av den offentliga hälso- och sjukvården, samt omfattas av privata hälsoförsäkringar.²⁵¹ Lagen utgörs av två delar: (i) frivilligt avbrytande av graviditet och (ii) lagligt avbrytande av graviditet. Enligt artikel 4 har alla kvinnor och andra personer som kan bli gravida rätt att avbryta sin graviditet fram till och med vecka 14. Det är denna del som kallas *Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE*, (frivilligt avbrytande av graviditet). Efter vecka 14 är det fortsatt tillåtet om graviditeten är resultatet av våldtäkt (art. 4.a) eller om den innebär fara för den gravidas liv eller hälsa (art. 4.b). Denna del kallas *Interrupción Legal del Embarazo, ILE*, (legalt avbrytande av graviditet). Skillnaden från tidigare reglering är främst den frivilliga delen som innebär att kvinnan inte behöver uppge någon särskild anledning för aborten innan vecka 14. ILE överensstämmer med undantaget i straffbestämmelsen i brottsbalken som tidigare förbjöd abort. Att ILE nu utgör lag och inte bara ett undantag innebär ett förtydligande av vilka skyldigheter vårdpersonal och andra tjänstemän

²⁴⁷ Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1699.

²⁴⁸ Lopreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022, s. 10.

²⁴⁹ Lopreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022, s. 10.

²⁵⁰ Ley N° 27.610, art. 2.a och 4.

²⁵¹ Ley N° 27.610, art. 12.

har och medför ett mer långtgående ansvar att garantera abortvård vid de i lagen angivna situationerna.²⁵² Eftersom dessa situationer förtydligades i F.,A.L.-målet utgör domen fortsatt relevant rättspraxis för tillämpningen av denna del av lagen.²⁵³

Oavsett om en kvinna önskar avbryta sin graviditet inom 14-veckorsgränsen, eller på grund av någon av situationerna i ILE, ställer lagen krav på att vården ska erbjudas inom 10 dagar från det att den efterfrågas (art. 5). Vidare ska vårdpersonalen behandla den gravida med värdighet och med respekt för dennes personliga och moraliska övertygelser (art. 5.a), samt respektera dennes privatliv och integritet. Personlig information ska behandlas med försiktighet (art. 5.b) och patienten ska få tillgång till relevant information om den egna hälsan och vården (art. 5.e & 6.a). Lagen innefattar även en samvetsklausul vilken ger hälso- och sjukvårdspersonal som är direkt involverad i avbrytandet av en graviditet rätt att vägra delta i ingreppet under vissa förutsättningar (art. 10).

3.3.2 Ansvar för implementering

Lag 27.610 infördes direkt på federal nivå och inga ytterligare åtgärder behövde vidtas på provinsial nivå för att lagen skulle börja gälla över hela Argentina.²⁵⁴ Detta innebär att all hälsovård, nationella och provinsiala socialförsäkringsfonder, samt enheter och företag för forskottsbetalade läkemedel måste införliva lagen fullständigt och erbjuda fri och kostnadsfri abort i enlighet med den.²⁵⁵ Ansvarig myndighet för implementeringen är det nationella direktoratet för sexuell och reproduktiv hälsa (DNSSR) som är en del av det nationella sekretariatet för tillgång till hälso- och sjukvård vid hälsovårdsministeriet. Arbetet med att öka tillgången till abort utförs i samarbete med provinserna och myndigheter och organisationer som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa utifrån olika program och strategier.²⁵⁶ Strategierna ämnar bland annat stärka hälso- och sjukvårdssystemets kapacitet att erbjuda aborttjänster, utbilda personal, undanröja hinder för tillgången till vården samt tillhandahålla viktiga förnödenheter som exempelvis läkemedlet misoprostol som används vid medicinsk

²⁵² Felitti, K.A., *Cahiers des Amériques latines* 2020, s. 10, se även Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 6.

²⁵³ Ministerio de Salud Gobierno de la provincia de Buenos Aires, *Guía de la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires: en el marco de la Ley Nacional No. 27.610*, 2020, s. 4.

²⁵⁴ Ley N° 27.610, art. 21.

²⁵⁵ Felitti, K.A., *Cahiers des Amériques latines* 2020, s. 7 f.

²⁵⁶ Ley N° 27.610, art. 19.

abort och utrustning för kirurgisk abort.²⁵⁷ Inom detta arbete tar DNSSR fram instruktioner och informationsmaterial till vårdinrättningar och utövare för att garantera både tillgång till och standard och kvalitet på abortvården utifrån WHO:s riktlinjer för abortvård.²⁵⁸ Trots att ansvaret för implementeringen ligger på DNSSR har sjukhus och vårdpersonal ett eget ansvar att erbjuda vården.²⁵⁹

3.4 Lagens överensstämmelse med folkrätten

3.4.1 Konstitutionell och internationell förankring

Enligt lag 27.610 om tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet artikel 1 är dess syfte att reglera tillgången till abort och vård efter abort “i enlighet med de åtaganden som den argentinska staten har gjort i fråga om folkhälsa och mänskliga rättigheter för kvinnor och personer med annan könsidentitet med möjlighet att bli gravida och för att bidra till reducering av sjukdom och dödlighet som kan förebyggas.”²⁶⁰ Enligt artikel 3 är bestämmelserna i lagen utformade inom ramen för artikel 75.22 CN och de konventioner som ratificerats av nationen med särskild hänvisning till bland annat CEDAW, ICESCR och ACHR.²⁶¹ På detta sätt ingår lagen i den konstitutionella och konventionella delen av det argentinska rättssystemet.²⁶² Eftersom Argentina är ett monistiskt land är de bundna att följa aktuella rättighetsdokument oberoende av nationell lagstiftning.²⁶³ Hänvisningen förtydligar emellertid kopplingen till den internationella rätten generellt och de omnämnda traktaten specifikt vilket kan anses ge extra tyngd åt bestämmelserna. Kopplingen kan vidare underlätta för enskilda och organisationer att kräva att reglerna i abortlagen implementeras och efterföljs i enlighet med den internationella rätten om de mänskliga rättigheterna.²⁶⁴

²⁵⁷ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 6.

²⁵⁸ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 9-13.

²⁵⁹ Ley N° 27.610, art. 19.

²⁶⁰ Ley N° 27.610, art. 1.

²⁶¹ Ley N° 27.610, art. 3.

²⁶² Ministerio de Salud Gobierno de la provincia de Buenos Aires, *Guía de la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires: en el marco de la Ley Nacional No. 27.610*, 2020, s. 4.

²⁶³ Constitución de la Nación Argentina art. 75.22, se även Dobovšek, J., *Aequitas Virtual 2013*, s. 19.

²⁶⁴ Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019, s. 41.

Hänvisningen i artikel 3 IVE kan ses som en effekt av den diskussion som föregick legaliseringen. Att tala om abort som en del av i synnerhet rätten till hälsa har haft stor påverkan på det politiska klimatet i Argentina. Kopplingen till de mänskliga rättigheterna var, som tidigare nämnts, mycket viktig för utfallet i F.,A.L.-målet²⁶⁵ och användes flitigt som argument i pro-abortkampanjen.²⁶⁶ Den rättighetsfokuserade retoriken hade också stor betydelse för godkännandet och utformandet av lagen och bidrar fortsatt till minskad stigmatisering, vilket i längden leder till effektivare implementering.²⁶⁷ Kopplingen till den internationella rätten har även en ren juridisk betydelse. Enligt den argentinska konstitutionen måste tillträdna konventioner och lagar stadgade i enlighet med den argentinska konstitutionen följas även på provinsnivå.²⁶⁸ Således är både nationella och provinsiella myndigheter skyldiga att garantera att lagen implementeras och efterlevs i enlighet med den internationella rätten om de mänskliga rättigheterna. I annat fall kränker de både den nationella lagen och dess syfte samt konstitutionen och de aktuella konventionerna.²⁶⁹ Med detta som utgångspunkt följer nedan en analys av i vilken mån utformningen och implementeringen av den argentinska lagen stämmer överens med den internationella rätten och de krav som denna enligt tidigare diskussion kan anses ställa på nationell abortlagstiftning och vård.

3.4.2 Lagens överensstämmelse med kravet på avkriminalisering

Trots avsaknaden av uttryckliga regler som garanterar en rätt till abort kan, som tidigare diskuterats, den internationella rätten anses ställa krav på avkriminalisering av samtliga aktörer som är involverade vid utförandet av abort. Detta innebär att både den vårdsökande, vårdutövaren, samt eventuella personer som tillhandahåller information och/eller närvarar som stöd vid ingreppet bör skyddas från straffåtgärder. Detta är för att undvika osäkra aborter och på så sätt säkra rätten till hälsa.²⁷⁰ Genom införandet av lagen om tillgång till frivilligt avbrytande av graviditet skedde också en sådan avkriminalisering i Argentina.²⁷¹ Trots detta

²⁶⁵ F.,A.L.-målet utgör fortsatt relevant rättspraxis för tillämpningen av de delar av lagen som överensstämmer med de tidigare undantagen i brottsbalken (IVE art. 4.a-b).

²⁶⁶ Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019, s. 27 & 50.

²⁶⁷ Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M., s. 155, se även Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019, s. 27 & 50.

²⁶⁸ Constitución de la Nación Argentina art. 31 & 75.22.

²⁶⁹ Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019, s. 40 f.

²⁷⁰ A/HRC/22/53, para. 90, uppmaning/rekommendation specifikt till Argentina: CEDAW/C/ARG/CO/7, para. 33(a-d), samt A/HRC/35/30/Add.3, para. 85(a-c).

²⁷¹ Ley N° 27.610, art. 4.

föreligger det fortfarande en risk att ställas inför rätta.²⁷² De tidigare bestämmelserna i brottsbalken som kriminaliserade abort ersattes genom lag 27.610 men det finns fortfarande ett antal brott relaterade till abort som kan ge fängelse i upp till 15 år.²⁷³ Dessa brott är abort utan samtycke (art. 85.1), samt utförandet av abort efter vecka 14 då inget av undantagen föreligger (art. 85.2). Undantagen är, i likhet med de tidigare bestämmelserna, då graviditeten är ett resultat av våldtäkt (86.1) eller då det föreligger risk för kvinnans liv eller hälsa (art. 86.2). Vid våldtäkt krävs att förfarandet garanteras av den gravida kvinnans "edsvurna förklaring" inför den berörda vårdpersonalen.²⁷⁴ Både vårdtagare och utövare kan göra sig skyldiga till dessa brott.

Som exempel på när brottsbestämmelserna utnyttjats kan nämnas åtalet mot allmänläkaren Miranda Ruiz i den nordliga provinsen Salta som i slutet av år 2021 anklagades för abort utan samtycke. Det fanns tydliga bevis för att aborten hon utfört gjordes på grund av hälsoskäl, vilket är en helt legitim anledning som inte kräver förklaring.²⁷⁵ Ruiz frikändes slutligen efter mer än ett års förundersökning.²⁷⁶ Även andra lagar har använts för att förhindra och kriminalisera abort. I Córdoba greps exempelvis fyra medlemmar i Socorristas en Red som är en organisation bestående av volontärer som stöttar och informerar personer som önskar avbryta sina graviditeter runt om i hela Argentina. Medlemmarna anklagades för olaglig medicinsk verksamhet och tillbringade en tid i häktet innan de senare släpptes.²⁷⁷

Att abort fortsatt förekommer i brottsbalken i Argentina och att andra lagar tycks kunna användas för att begränsa tillgången till vården, anser jag innebära att abortlagens utformning inte fullt ut överensstämmer med rätten till hälsa och kraven den internationella rätten om de mänskliga rättigheterna ställer på abortlagstiftning. För det första har CEDAW-kommittén specifikt uppmanat Argentina att öka den lagliga tillgången till abort även under andra omständigheter än vid våldtäkt och fara för hälsa och liv, exempelvis vid incest eller risk för allvarlig fosterskada.²⁷⁸ För det andra har landet en skyldighet att skydda kvinnor från osäkra

²⁷² Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1700.

²⁷³ Ley N° 27.610, art. 14-18.

²⁷⁴ Código Penal de la Nación Argentina, art. 86.1.

²⁷⁵ Código Penal de la Nación Argentina, art. 86.2.

²⁷⁶ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 26, se även Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1700.

²⁷⁷ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 26.

²⁷⁸ CEDAW/C/ARG/CO/7, para. 33(d).

aborter och bör därför avskaffa lagar som straffbelägger vårdsökande och vårdpersonal eftersom sådana riskerar att få konsekvenser som i praktiken begränsar kvinnornas rätt till hälsa.²⁷⁹ Dessa regler riskerar att verka avskräckande både för de som behöver vården och för vårdpersonal och andra som arbetar med att garantera denna, även i situationer där ingreppet är helt lagligt,²⁸⁰ samt skapar osäkerhet kring vad som faktiskt gäller. Osäkerheten kan i sin tur också verka avskräckande. Trots att ovan nämnda fall slutade i frikännande utgör de tydliga exempel på vilka konsekvenser sådan osäkerhet kan få vilket tillsammans med den avskräckande effekten begränsar de rättigheter kvinnorna är garanterade enligt både den nationella och den internationella rätten.

3.4.3 Lagens överensstämmelse med kravet på tillgänglighet

Den internationella rätten kräver att laglig abortvård ska vara tillgänglig för alla, alltid, överallt och utan diskriminering.²⁸¹ Den måste därför erbjudas både i städer och på landsbygd och vara tillgänglig även för marginaliserade och utsatta grupper i samhället.²⁸² Argentina är ett stort och i många avseenden splittrat land. Skillnaderna mellan olika regioner och provinser är stora både politiskt, religiöst och ekonomiskt. Detta blev tydligt under omröstningarna om abortlagen i senaten både år 2018 och 2020 eftersom partierna lät varje senator rösta efter sin egen personliga övertygelse och inte enligt en gemensam partiplan. Meningsskiljaktigheterna var då större mellan senatorer från norr och söder än mellan senatorer från olika partier och politiska övertygelser.²⁸³ Vilka konsekvenser sådana meningsskiljaktigheter riskerar att få blev tydligt efter F.,A.L-målet år 2012 då den argentinska Högsta domstolen klaggjorde vad staten, provinserna och andra relevanta aktörer behövde göra för att garantera tillgång till laglig abort i enlighet med undantagen i den dåvarande brottsbalken. Trots tydliga och konkreta krav var det få myndigheter som faktiskt följde dem och skillnaderna mellan provinserna blev nästan ännu större än tidigare.²⁸⁴

De regionala skillnaderna möjliggörs till stor del av det faktum att Argentina är en federation där lagar implementeras lokalt och sjukvården är decentraliserad. Detta gör att

²⁷⁹ A/HRC/32/44 para. 77, se även CCPR/C/GC/36 para. 8.

²⁸⁰ A/HRC/32/44, para. 78, se även A/66/254, para. 32.

²⁸¹ E/CN.4/2004/49, para. 30, se även A/66/254 para. 29, A/HRC/22/53, para. 90, samt E/C.12/2000/4, para 12.

²⁸² Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions, OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights 2015, s. 23.

²⁸³ Lobreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022, s. 11.

²⁸⁴ Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M., s. 162 f.

provinsregeringarna och lokala ministerier, specifika politiker och till viss grad även ledargrupper på enskilda sjukhus, har mycket egen makt.²⁸⁵ Personliga åsikter och intressen hos representanter från dessa aktörer riskerar därmed påverka implementeringen av lagar, i detta fall lag 27.610, och i förlängningen även vårdens faktiska tillgänglighet.²⁸⁶ Å ena sidan kan det finnas lokal press på politiker och andra aktörer i väldigt konservativa provinser att begränsa tillgängligheten i så hög grad som möjligt. Å andra sidan kan samma politiker, om de har karriärsambitioner utanför provinsen, vinna på att följa nationella direktiv. Inte minst då dessa är kopplade till de mänskliga rättigheterna.²⁸⁷ Det politiska och juridiska läget ser annorlunda ut idag jämfört med hur det såg ut vid F.,A.L- domen år 2012 och den första omröstningen i senaten år 2018. Inte minst vad gäller de aktuella presidenternas inställning till abort. Idag finns ett mer utbrett stöd för lagen och flera av de ledande politikerna är positivt inställda till legaliseringen vilket i sin tur har en positiv inverkan på implementeringen.²⁸⁸ En ytterligare skillnad är att det inte ställs några krav på ytterligare, lokala åtgärder för att införliva lag 27.610 i provinserna på samma sätt som det gjorde för prejudikatet i F.,A.L-målet.²⁸⁹ Detta kan tänkas förstärka de nationella myndigheternas makt i förhållande till provinserna samt öka pressen på provinsregeringarna att fullfölja kraven som ställs i lagen. Inte minst utgör IVE/ILE nu en federal lag, stiftad i enlighet med konstitutionen och med stöd av internationella människorättskonventioner, vilket innebär att provinserna enligt artikel 31 CN är skyldiga att följa den och kvinnor över hela Argentina har rätt att åberopa den.²⁹⁰ Rent rättsligt bör kravet på tillgänglighet därmed vara uppfyllt.

Rätten till hälsa förutsätter emellertid att alla som är i behov av abortvården har faktisk tillgång till den, inte bara rättsligt.²⁹¹ Enligt WHO:s riktlinjer innefattar detta bland annat tillgång till vårdinrättningar som erbjuder abortvård.²⁹² Flera rapporter visar att lagen generellt har bidragit till fler inrättningar som erbjuder abortvård nationellt i Argentina.²⁹³ Enligt DNSSR:s senaste årsrapport garanterades abortvård på 1443 vårdinrättningar i september 2022, jämfört med 903

²⁸⁵ Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018, s. 138 f, se även Lloyd-Sherlock, P., *Social science & medicine* 2005, s.1898.

²⁸⁶ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1007.

²⁸⁷ Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018, s. 139-141.

²⁸⁸ *Abortion and Human Rights for Women in Argentina*, s. 48.

²⁸⁹ *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies*, s. 162 f., se även Felitti, K.A, s. 7 f.

²⁹⁰ CN art. 31, se även Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018, s. 140.

²⁹¹ E/CN.4/2004/49, para. 30, se även A/66/254 para. 29. samt A/HRC/22/53, para. 90.

²⁹² WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022, s. xx och 1.3.1(iv).

²⁹³ Ramos S., m.fl. *Reporte temático 2022: Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto*, CEDES, Ibis Reproductive Health, Buenos Aires december 2022, s. 4 f.

år 2020.²⁹⁴ Nationellt erbjöds abortvård av 0,16 vårdinrättningar per 1000 kvinnor i reproduktiv ålder år 2022.²⁹⁵ Många jurisdiktioner i Argentina, exempelvis CABA, La Pampa och provinsen Buenos Aires har lyckats garantera tillgång till säkra, fria aborter i alla delar av provinsen.²⁹⁶ Andelen av Buenos Aires 135 kommuner med åtminstone en offentlig vårdinrättning som garanterar abortvård ökade från 51 år 2019 till 125 i december 2021.²⁹⁷ I La Pampa är antalet vårdinrättningar som erbjuder abortvård högst i landet med 0,45 vårdinrättningar per 1000 kvinnor i reproduktiv ålder.²⁹⁸ Att implementeringsarbetet går fort i vissa provinser beror på att flera av dem sedan tidigare inrättat speciella ministerier, eller sekretariat inom existerande ministerier, som redan arbetade med könsrelaterade frågor och ökad jämställdhet. I de norra provinserna, som traditionellt präglas av mer religiösa och konservativa idéer och som i stor utsträckning saknar effektiv jämställdhetspolitik och juridik, återstår stora utmaningar.²⁹⁹ Bristen på personal som kan och vill utföra aborter, i synnerhet efter vecka 14, i kombination med bristande finansiella och institutionella resurser och utbredd stigmatisering försämrar och försvårar implementeringsarbetet. I Chaco, en av de nordligare och mer konservativa provinserna, finns endast 0,3 vårdinrättningar som garanterar abort per 1000 kvinnor i reproduktiv ålder.³⁰⁰ Förhållandet mellan utbudet av vårdinrättningar som erbjuder abortvård och antalet kvinnor som efterfrågar sådan vård är dessutom ur balans.³⁰¹ Behovet är som störst i de provinser där utbudet är som minst. I norra Argentina är mödradödligheten högre, tonårsgraviditeter mer vanligt och möjligheten att planera den sexuella och reproduktiva hälsan mer begränsad.³⁰² I detta avseende kan Argentina därför endast delvis anses leva upp till de internationella kraven på faktiskt tillgänglighet.

²⁹⁴ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 7.

²⁹⁵ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1008 f.

²⁹⁶ Abeles, M. & Villafane, S., CEPAL 2022, s. 52 f.

²⁹⁷ Ministerio de Salud Gobierno de la provincia de Buenos Aires, *Informe Epidemiológico: Ampliación de acceso al aborto y reducción de inequidades territoriales – avances al año de la sanción de la Ley Nacional No. 27.610*, 2021, s. 6.

²⁹⁸ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1008 f.

²⁹⁹ Lopreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022, s. 11, se även Abeles, M. & Villafane, S., CEPAL 2022, s. 52 f.

³⁰⁰ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1009, se även Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 7.

³⁰¹ Ramos S., m.fl. *Reporte temático 2022: Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto*, CEDES, Ibis Reproductive Health, Buenos Aires december 2022, s. 4 f.

³⁰² Abeles, M. & Villafane, S., CEPAL 2022, s. 22 f.

Vidare innefattar kraven på tillgänglighet att hinder undanröjs och förutsättningar skapas för att vården ska kunna erbjudas på ett korrekt sätt utan begränsningar. Ett hinder är kriminalisering och straffåtgärder mot vårdsökare, vårdpersonal och andra som är involverade i utövandet av vården.³⁰³ Detta har diskuterats i tidigare avsnitt och kommer därför inte att beröras närmare här. Ytterligare ett hinder för tillgängligheten kan vara att lagen innehåller samvetsklausuler.³⁰⁴ I 2018 års utkast av abortlagen ingick inte rätten till samvetsvägran. Detta lades till i 2020 års version och utgör idag en del av IVE/ILE enligt artikel 10.³⁰⁵ Många anser att detta var ett stort steg bakåt i jämförelse med vad som tidigare diskuterats medan andra anser att tillägget snarare bidrar till att garantera lagens efterlevnad genom att sätta tydliga gränser för vårdpersonal som är emot lagen och därmed bidrar till ökad tillgänglighet.³⁰⁶ Innan legaliseringen utgjorde vårdpersonal som samvetsvägrade ett stort hinder för tillgången till säker och laglig abort och både CEDAW-kommittén och FN:s särskilda rapportör om våld mot kvinnor uppmanade Argentina att införa strikta krav på motivering för att förhindra läkare och sjukvårdspersonal att generellt åberopa samvetsfrihet för att vägra utföra lagliga aborter.³⁰⁷ Som tidigare beskrivits innebär rätten till hälsa att samvetsklausuler inte får innebära att kvinnor nekas vård de är berättigade, framförallt inte i akuta och livshotande situationer. Personal ovillig att utföra aborter med hänvisning till samvetsvägran bör därför alltid hänvisa patienten vidare till annan tillgänglig och kompetent personal.³⁰⁸

Samvetsklausulen i den argentinska lagen inkluderar inte något specifikt krav på motivering men förtydligar att vårdpersonal som vägrar utföra aborter med hänvisning till klausulen måste upprätthålla beslutet i samtliga områden där de utövar sitt yrke.³⁰⁹ Ovillig personal har vidare en skyldighet att hänvisa patienten till annan personal eller vårdinrättning, samt bistå med nödvändig information för att lagen ska efterlevas och vården erbjudas inom den föreskrivna tidsgränsen på 10 dagar.³¹⁰ Vårdinrättningar som på grund av samvetsvägran saknar tillgänglig personal har också en skyldighet att hänvisa patienterna vidare till andra inrättningar där vården erbjuds, samt stå för alla extra kostnader detta kan resultera i för patienten.³¹¹ Lagen förtydligar

³⁰³ A/HRC/22/53, para. 90.

³⁰⁴ WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 15.

³⁰⁵ Ley N° 27.610, art. 10.

³⁰⁶ Felitti, K.A., *Cahiers des Amériques latines* 2020, s. 8.

³⁰⁷ CEDAW/C/ARG/CO/7, para. 33(c), samt A/HRC/35/30/Add.3, para. 85(c).

³⁰⁸ E/C.12/GC/22, para.14 & 43, se även A/54/38/Rev.1, kap. 1, para. 11.

³⁰⁹ Ley N° 27.610, art. 10(a).

³¹⁰ Ley N° 27.610, art. 10(b).

³¹¹ Ley N° 27.610, art. 11.

även att vårdpersonal aldrig får vägra att genomföra en abort i fall där den gravida kvinnans liv eller hälsa är i fara och kräver omedelbar och brådskande behandling.³¹² Vårdpersonal som inte lever upp till sina skyldigheter enligt lagen riskerar att straffas med fängelse i högst ett år.³¹³ Utifrån detta kan konstateras att lagen enligt sin ordalydelse bör anses leva upp till kraven ställda av den internationella rätten. Det finns ännu inga indikationer på att samvetsvägran på något sätt begränsar den faktiska tillgången till abort men det saknas både lokala, provinsiella och nationella kontrollsysteem inom hälsovården. Bristen på kontroller innebär i praktiken att vårdpersonal kan samvetsvägra utan att följa de i lagen angivna skyldigheterna.³¹⁴

Kraven på tillgänglighet innefattar även ekonomisk tillgänglighet.³¹⁵ Enligt artikel 12 IVE/ILE ska vården erbjudas utan kostnad av den offentliga hälso- och sjukvården, samt omfattas av privata hälsoförsäkringar.³¹⁶ Ett av syftena med införandet av lagen var att göra nödvändig sjuk- och hälsovård mer tillgänglig för samtliga kvinnor oavsett socioekonomisk status. Genom att erbjuda gratis abortvård genom det offentliga hälsovårdssystemet i varje provins vill den argentinska regeringen minska skillnaderna i tillgången som uppstår när gravida behöver betala för vården eller resa långt för att få tillgång till den.³¹⁷ Eftersom vården är helt kostnadsfri bör slutsatsen alltså kunna dras att den är ekonomiskt tillgänglig och därför lever upp till de internationella kraven. Emellertid beror den ekonomiska tillgängligheten till stor del på den geografiska. Om vården inte erbjuds överallt riskerar kvinnorna att oavsett behöva resa långt för att få tillgång till den. Detta medför både resekostnader och eventuella kostnader för utebliven inkomst och/eller barnpassning, något som på ett diskriminerande sätt främst drabbar redan utsatta kvinnor och riskerar leda till att de inte uppsöker nödvändig vård.³¹⁸ Dessutom finns det uppgifter om att privata vårdinrättningar i strid med lagen tar betalt för abortvård eller tjänster relaterade till abort, exempelvis ultraljud. Det finns idag inget system som kontrollerar att de privata vårdinrättningarna efterlever lagen. Eftersom dessa inrättningar utgör majoriteten

³¹² Ley N° 27.610, art. 10(b) st. 2.

³¹³ Ley N° 27.610, art. 10(b) st. 4, samt Código Penal de la Nación Argentina, art. 85 bis.

³¹⁴ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1009.

³¹⁵ A/HRC/32/44, para 90, i förhållande till rätten till hälsa se även E/C.12/2000/4, para. 12, samt Bantekas I, Oette, L, s. 444.

³¹⁶ Ley N° 27.610, art. 12.

³¹⁷ Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Buenos Aires, *Guía de la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires: en el marco de la Ley Nacional No. 27.610*, 2020, s. 4.

³¹⁸ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1009.

av Argentinas vårdssystem innebär olagliga krav på betalning att tillgängligheten till abortvård minskar i praktiken, då kvinnor som inte har råd tvingas uppsöka vården på annat sätt.³¹⁹

3.4.4 Lagens överensstämmelse med rätten till information, utbildad personal och läkemedel

Den internationella rätten ställer krav på tillgång till information som gör det möjligt för alla att åtnjuta sina sexuella- och reproduktiva rättigheter som en del av rätten till hälsa.³²⁰ Ett av de största problemen implementeringsarbetet i Argentina mött är svårigheten att nå ut med information om lagen. Många saknar kännedom om vad lagen rent konkret innebär, i vissa fall till och med att den över huvud taget existerar. En stor andel av de som önskar avbryta sina graviditeter vet inte vilka rättigheter de har, vart de ska vända sig eller vilka skyldigheter vårdpersonal har att hjälpa dem.³²¹ Bristen på information innebär att många gravida tror att processen är betydligt svårare och mer kostsam än vad den faktiskt är. Detta leder i sin tur till att de inte uppsöker vården eller att de uppsöker den via andra, mindre säkra kanaler.³²² Även i de situationer då den gravida faktiskt söker upp vården riskerar informationen från sjukhus och vårdpersonal vara svårförstådd och förvirrande.³²³ Detta trots att IVE/ILE ställer krav på vårdpersonalen att utge nödvändig och efterfrågad information enligt artikel 5.e och 6.a. Bristen i tillgången till och kvaliteten på informationen leder till fler oönskade graviditeter samtidigt som tillgången till lagliga och säkra aborter minskar.³²⁴ De regionala skillnaderna är stora också gällande tillgången på information.³²⁵

Ett av de mer konkreta initiativen som infördes i samband med legaliseringen av abort är en telefontjänst för frågor om bland annat abort, *Línea 0800 Salud Sexual*. Tjänsten har till syfte att öka tillgången till sexuella och reproduktiva hälsotjänster i hela landet genom att ge personligt och snabbt stöd och rådgivning till de som behöver, både civila och vårdpersonal. Dessutom fungerar telefonlinjen som en länk mellan befolkningen och DNSSR för klagomål

³¹⁹ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1009.

³²⁰ CEDAW art. 16.1.e, se även Programme of Action, Cairo 1994, s. 60, samt Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions, OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights 2015, s. 22 f.

³²¹ Tiseyra, M.V., m.fl., *Salud Colectiva* 2023, s. 6.

³²² Tiseyra, M.V., m.fl., *Salud Colectiva* 2023, s. 8.

³²³ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1010.

³²⁴ Abeles, M. & Villafane, S., CEPAL 2022, s. 22 f.

³²⁵ Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1010.

på brister i efterlevnaden av abortlagen eller i tillhandahållandet av andra sexuella och reproduktiva hälsotjänster.³²⁶ Línea 0800 utgör på så sätt ett verktyg både för att sprida information och få information om vårdinrättningar och personal som inte uppfyller sina skyldigheter enligt lagen. Mellan januari och oktober 2022 tog linjen emot drygt 33 000 samtal, varav drygt 12 000 var frågor om IVE/ILE.³²⁷ Det kan således konstateras att den Argentinska staten vidtagit åtgärder för att öka tillgången till information, men eftersom det fortsatt råder stora brister behöver mer göras för att tillgång till relevant information ska säkerställas i tillräcklig grad.

Förutom ett krav på tillgång till information förutsätter rätten till hälsa tillgången till utbildad personal.³²⁸ En del av implementeringsarbetet som utförs av DNSSR består av utbildningsprogram för vårdpersonal och andra tjänstemän som arbetar med abortvård på olika sätt i enlighet med artikel 19 IVE/ILE. Ett av utbildningsprogrammen är *El aborto en la Argentina: herramientas conceptuales y operativas para la implementación plena de la Ley 27.610* (Abort i Argentina: konceptuella och operativa verktyg för ett fullständigt genomförande av lag 27.610). Genom programmet vill DNSSR uppnå full överensstämmelse med lagen baserat på aktuell vetenskaplig kunskap och ett etiskt och professionellt engagemang för att garantera lagen.³²⁹ Intresset för utbildningen såg mellan maj 2022 och mars 2023 väldigt olika ut beroende på provins. Störst intresse fanns i provinsen Buenos Aires (142 personer avslutade utbildningen) och CABA (58 personer avslutade utbildningen), i jämförelse med mer nordliga provinser som Chaco (8 personer avslutade utbildningen) och Corrientes (2 personer avslutade utbildningen). Detta påverkas såklart mycket av befolkningens mängd då majoriteten av Argentinas befolkning bor i provinsen Buenos Aires och CABA. Det visar emellertid på stora territoriella skillnader på intresset för lagen och i längden även hur mycket utbildad vårdpersonal som finns tillgänglig. Som tidigare diskuterats minskar detta den faktiska tillgången till abortvården.

³²⁶ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 22.

³²⁷ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 22.

³²⁸ WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015, s. 18.

³²⁹ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 13.

Slutligen ställer rätten till hälsa krav på tillgång till essentiella läkemedel.³³⁰ I detta fall rör det sig främst om misoprostol som används vid utförandet av medicinska aborter. Rent praktiskt har den nya abortlagstiftningen bidragit till ökad tillgång till preparatet. Tidigare var vårdinrättningar och personal mycket restriktiva med hur mycket misoprostol de beställde på grund av rädsla för att bli ifrågasatta eller stigmatiserade.³³¹ Sedan lagens införande har DNSSR mer än tredubblat distributionen av preparatet runt om i landet och två offentliga laboratorier har börjat tillverka det.³³² Eftersom legaliseringen förenklade för myndigheter att inhämta data från vårdinrättningar som tidigare var rädda för att registrera och dokumentera abortvård kan utredningar och prognoser enklare göras och bland annat DNSSR får en tydligare överblick över vart behovet av misoprostol är som störst etc..³³³ Det möjliggör även för berörda myndigheter att känna till den verkliga och faktiska efterfrågan på olika tjänster, behoven av och tillgången till förnödenheter och utbildad personal, identifiering av leverantörer som garanterar tillhandahållandet av tjänster och deras egenskaper, samt hinder och underlättande faktorer i de olika territorierna.³³⁴ Detta ökar också tillgången till säker och laglig abortvård.

4 Sammanfattning och slutsatser

Utan ratificerade traktat som uttryckligen etablerar en rätt till abort är det svårt att argumentera för att en sådan rättighet existerar internationellt och i dagsläget är det upp till de enskilda staterna att lagstifta om abort. Det går emellertid att argumentera för att rätten till hälsa generellt, och rätten till sexuell och reproduktiv hälsa specifikt, innefattar en rätt till abort. För det första tycks det råda en internationell konsensus kring att abort bör legaliseras i de fall graviditeten utgör en fara för den gravidas liv eller hälsa, när graviditeten är resultatet av våldtäkt eller incest samt då det föreligger risk för allvarlig fosterskada. Dessutom tycks de flesta stater och organisationer vara överens om att osäkra aborter bör förebyggas och elimineras eftersom de utgör en stor risk för gravidas liv och hälsa. Ett abortförbud kränker dessutom kvinnors rätt till hälsa, såväl fysisk som psykisk, på ett oproportionerligt och med

³³⁰ E/C.12/GC/22, para. 45, A/HRC/23/42, para. 3, se även A/HRC/32/32, para. 92, samt WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022.

³³¹ Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1699 f.

³³² Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023, s. 1008.

³³³ Felitti, K.A., *Cahiers des Amériques latines* 2020, s. 13 f., se även Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022, s. 1700.

³³⁴ Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022, s. 7.

den internationella rätten oförenligt sätt eftersom det är vård endast kvinnor behöver. För att minska antalet osäkra aborter och garantera kvinnors rätt till hälsa på ett icke-diskriminerande sätt bör abort avkriminaliseras och straffåtgärder mot de som utför, genomgår eller medverkar vid abort avskaffas. Endast avkriminalisering är emellertid inte tillräckligt. Staterna måste också garantera vårdens faktiska tillgänglighet. Detta gäller åtminstone i de situationer då abort är lagligt. Legaliseras abort, oavsett om det är under särskilda omständigheter eller på begäran av den gravida, måste vården vara tillgänglig för alla, alltid, överallt och utan diskriminering. Detsamma gäller tillgången till utbildad vårdpersonal, relevant information och läkemedel.

Argentina legaliserade abort i december år 2020. Den nya abortlagen bygger på och har som uttryckligt syfte att efterleva ett antal internationella traktat om mänskliga rättigheter som Argentina ratificerat och som inkluderas i den argentinska konstitutionen sedan reformationen år 1994. De mänskliga rättigheterna i allmänhet och rätten till hälsa i synnerhet har haft och har fortsatt stor betydelse på den argentinska abortlagstiftningen. I detta arbete har utretts huruvida utformningen och implementeringen av den argentinska abortlagen lever upp till de krav som ställs på abortlagstiftning och vård enligt den internationella rätten, med utgångspunkt i rätten till hälsa.

Trots legaliseringen förekommer abort fortsatt i landets brottsbalk och det finns indikationer på att andra lagar kan utnyttjas för att ställa personer som utför, genomgår eller på andra sätt medverkar vid abort inför rätta. Kravet på avkriminalisering är således inte fullt ut uppfyllt trots legaliseringen. Vad avser tillgängligheten kan konstateras att rätten till abort rent rättsligt blev tillgängligt över hela Argentina i och med godkännandet av lagen. Vårdens faktiska tillgänglighet beror emellertid i stor utsträckning på i vilken provins den efterfrågas. Vissa provinser tycks efterleva den internationella rätten medan andra fortsatt kränker den. De regionala skillnaderna är stora. Detta innebär att Argentina som stat inte kan anses erbjuda abortvård på lika villkor till alla, överallt och därmed inte lever upp till kraven på faktisk tillgänglighet inom rätten till hälsa. Detsamma gäller tillgången på information och personal. Tillgången till nödvändiga läkemedel, i detta fall misoprostol, tycks emellertid tillgodoses.

Det har endast gått drygt två år sedan lag 27.610 godkändes i december 2020 och abort blev lagligt i Argentina. Implementeringsarbetet är i full gång och sett till omständigheterna har de argentinska myndigheterna kommit långt. Även om stödet för abort generellt sett ökat under

de senaste åren arbetar många provinser i motvind. Religionens fortsatta inflytande, utbredd korruption och en nationell ekonomisk kris till synes utan slut sätter käppar i implementeringshjulen. Trots detta tycks arbetet, med all rätt, präglas av optimism. Trots stora framgångar kvarstår emellertid flera utmaningar för att Argentina till fullo ska leva upp till de internationella kraven på abortlagstiftning, utmaningar som varit intressanta att analysera i framtida studier. Exempel är vilket ansvar staten har att motverka anti-abortkampanjer som förekommer på flera av landets sjukhus och vårdinrättningar, hur de arbetar förebyggande och vilken påverkan lag 26.510 som etablerar rätten till sexualundervisning enligt "Programa Nacional de Educación Sexual Integral" (det nationella programmet för integrerad sexualundervisning) har på tillgången till och behovet av abort, samt vilka ytterligare åtgärder statliga och provinsiella myndigheter bör vidta för att garantera vårdens faktiska tillgänglighet. Det hade vidare varit intressant att undersöka hur andra länder i regionen reglerar abort och om och i så fall hur legaliseringen i Argentina påverkat denna. Slutligen måste det kommande presidentvalet i oktober 2023 kommenteras. Den nuvarande regeringen, som är aborträttens införare och främsta försvarare, riskerar att förlora mot mer konservativa partier och presidentkandidater. Bland dessa har viljan att på nytt begränsa rätten till abort uttryckts. Argentinska kvinnors rättigheter tycks således återigen hänga på ett valresultat. Samtidigt visar historien på den styrka och gemenskap som finns i det argentinska folket för att försvara de mänskliga och kvinnliga rättigheterna. Något som förhoppningsvis kan övervinna tillfälliga motgångar och på sikt säkerställa en fullständig legalisering av abort med vård tillgänglig för alla, överallt, alltid.

5 Käll- och litteraturförteckning

Konventioner och tilläggsprotokoll

FN-konventioner

United Nations, *Statute of the International Court of Justice*, 18 April 1946

UN General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights*, 10 December 1948, 217 A (III)

UN General Assembly, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993 (cit: ICESCR)

United Nations, *Vienna Convention on the Law of Treaties*, 23 May 1969, United Nations, Treaty Series, vol. 1155, p. 331

UN General Assembly, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, 18 December 1979, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13 (cit: CEDAW)

UN General Assembly, *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577 (cit: CRC)

UN General Assembly, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 13 december 2006, United Nations, Treaty Series, vol.2515 (cit: CRPD)

Regionala konventioner och tilläggsprotokoll

African Union, *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*, 11 July 2003 (cit: Maputuprotokollet)

Council of Europe, *European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*, 4 November 1950 (cit: EKMR)

Organization of American States (OAS), American Convention on Human Rights, 22 November 1969 (cit: ACHR)

Organization of African Unity (OAU), African Charter on Human and Peoples' Rights, 27 June 1981, CAB/LEG/67/3 rev. 5 (cit: ACHPR)

Resolutioner

UN General Assembly, Entry into force of the constitution of the World Health Organization, 17 November 1947, A/RES/131

Fotnot: A/RES/131

UN General Assembly, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 21 October 2015, A/RES/70/1

Fotnot: A/RES/70/1

Offentligt tryck

Internationella dokument

Constitution of the World Health Organization, adopted at the International Health Conference, New York, 22 July 1946

Underskrifter *tillgängliga* *på:*

https://treaties.un.org/Pages/ShowMTDSGDetails.aspx?src=UNTSO&tabid=2&mtdsg_no=IX-1&chapter=9&lang=en (hämtad 31/7-23)

Fotnot: Constitution of the World Health Organization, 1946

Programme of Action, adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 1994, A/CONF.171/13 (cit: Programme of Action, Cairo 1994)

UN General Assembly, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Note by the Secretary-General, 2011, A/66/254

UN General Assembly, Implementation of the outcome of the World Summit for Social Development and of the twenty-fourth special session of the General Assembly, Report of the Secretary-General, 20 July 2018, A/73/214

United Nations, Beijing Declaration and Platform of Action, adopted at the Fourth World Conference on Women, A/CONF.177/20, 1995 (cit: Beijing Platform for Action 1995)

Svenskt offentligt tryck

Ds 2019:23. Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter

Fotnot: Ds 2019:23

Publiceringar från fördagsorgan och särskilda rapportörer

Rapporter

CEDAW, Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 1999, A/54/38/Rev.1

Fotnot: A/54/38/Rev.1

UN Human Rights Council, Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, 8 April 2016, A/HRC/32/44

Fotnot: A/HRC/32/44

UN Department of Economic and Social Affairs, The Sustainable Development Goals Report 2022, July 2022

Allmänna kommentarer och rekommendationer

ACHPR, General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and Article 14.2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 12 maj 2015

CEDAW, General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health), 1999, A/54/38/Rev.1, chap I.

Fotnot: A/54/38/Rev.1, chap I.

CEDAW, General Recommendation No. 33 on women's access to justice, 3 august 2015, CEDAW/C/GC/33

CEDAW, General Recommendation No. 34 on the rights of rural woman, 7 mars 2016, CEDAW/C/GC/34

CEDAW, General Recommendation No. 35, Gender-based violence against women, 2017, CEDAW/C/GC/35

Fotnot: CEDAW/C/GC/35

CESCR, General Comment No. 22, The right to sexual and reproductive health (article 12 of ICESCR), 2016, E/C.12/GC/22

Fotnot: E/C.12/GC/22

CESCR, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (art. 12), 11 augusti 2000, E/C.12/2000/4

Fotnot: E/C.12/2000/4

UN Human Rights Council, General comment no. 36, Article 6 (Right to Life), 3 September 2019, CCPR/C/GC/36

FN:s speciella rapportörer och arbetsgrupper

UN Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, 16 februari 2004, E/CN.4/2004/49

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013, A/HRC/22/53

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, on access to medicines, 1 May 2013, A/HRC/23/42

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 5 January 2016, A/HRC/31/57

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 4 April 2016, A/HRC/32/32

UN Human Rights Council, Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, 8 April 2016, A/HRC/32/44

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 28 March 2017, A/HRC/35/21

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on extrajudicial, summary or arbitrary executions on a gender-sensitive approach to arbitrary killings, 6 June 2017, A/HRC/35/23

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng, 16 July 2021, A/76/172

Landspecifika rapporter

The CEDAW committee, Concluding observations on the seventh periodic report of Argentina, 18 November 2016, CEDAW/C/ARG/CO/7

UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, on her mission to Argentina, 12 April 2017, A/HRC/35/30/Add.3

The CEDAW committee, Inquiry concerning the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland under article 8 of the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Report of the Committee, 6 March 2018, CEDAW/C/OP.8/GBR/1

Argentinsk nationell rätt

Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, Ley No. 26.994, 2014, tillgänglig på: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/actualizacion>

Fotnot: Código Civil y Comercial de la Nación Argentina

Código Penal de la Nación Argentina, Ley No. 11.179, 1921, tillgänglig på: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11179-16546/actualizacion>

Fotnot: Código Penal de la Nación Argentina

Constitución de la Nación Argentina (CA), Ley No. 24.430, 1994, tillgänglig på: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804/texto>

Fotnot: Constitución de la Nación Argentina

Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE/ILE), Ley No. 27.610, 2020, tillgänglig på: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115> (cit: Ley No. 27.610)

Rättsfall och kommissionsbeslut

CEDAW

CCPR, Communication NO. 1153/2003, Views of the Human Rights Committee under article 5, paragraph 4, of the optional protocol to the international covenant on civil and political rights, 22 november 2005, CCPR/C/85/D/1153/2003 (K.L vs. Peru)

CEDAW, Communication No. 22/2009, Views adopted by the Committee at its fiftieth session, 25 november 2011, CEDAW/C/50/D/22/2009 (L.C vs. Peru)

Regionala domstolar och kommissioner

White and Potter (Baby Boy) vs. United States, IACHR, mål nr. 2141, Report No. 23/81, 6 mars 1981

Vo. vs. France, 8 juli 2004, ECHR

Tysiqc vs. Polen, 20 mars 2007, ECHR

A, B och C vs. Ireland, 16 december 2010, ECHR

Nationella domstolar

Corte Suprema de Justicia de la Nación, S. 1767. XXXVIII. RECURSO DE HECHO. *Simón, Julio Héctor y otros s/ privación ilegítima de la libertad, etc.* Causa Nr. 17.768C, Argentina

Corte Suprema de Justicia de la Nación. Fallo 259 F., A. L. *s/medida autosatisfactiva*, 2012, Argentina (cit: F.,A.L. 2012)

Litteratur

Bantekas, I. & Oette, L., *International Human Rights Law and Practice*, Cambridge University Press, 2013 (cit: Bantekas, I. & Oette, L.)

Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M., *Abortion law in transnational perspective: Cases and controversies*, University of Pennsylvania Press, 2014 (cit: Cook, R.J., Erdman, J.N. & Dickens, B.M.)

Tobin, J., *The right to health in international law*, Oxford University Press, 2012 (cit: Tobin, J.)

Artiklar

Bonder, G., Radjavi, M., & Ramirez, C., “Advancing Women’s Sexual and Reproductive rights in Argentina: Challenges to Implement International Law”, *Canadian Woman Studies*, vol. 27(1), 2008, s 121--131 (cit: Bonder, G., Radjavi, M., & Ramirez, C., *Canadian Woman Studies* 2008)

Chapman, A., “An Explicit Right to Abortion is Needed in International Human Rights Law”, *Health and Human Rights Journal*, 2023, (cit: Chapman, A., *Health and Human Rights Journal* 2023)

Dobovšek, J., ”Inclusión de los Tratados en el Derecho Argentino”, *Aequitas Virtual*, vol. 6.18, 2013 (cit: Dobovšek, J., *Aequitas Virtual* 2013)

Erdman, J.N. & Cook, R.J., "Decriminalization of abortion—A human rights imperative”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, vol. 62, 2020, s. 11-24 (cit: Erdman, J.N. & Cook, R.J., *Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2020)

Felitti, K.A., "Ya es ley: antecedentes y desafíos de la legalización del aborto en la Argentina." *Cahiers des Amériques latines*, vol. 95, 2020, s. 7-15 (cit: Felitti, K.A., *Cahiers des Amériques latines* 2020)

Franceschet, S. & Piscopo. J.M., "Federalism, decentralization, and reproductive rights in Argentina and Chile", *Publius: The Journal of Federalism*, vol. 43.1, 2013, s. 129-150 (cit: Franceschet, S. & Piscopo. J.M., *Publius: The Journal of Federalism* 2013)

Hjertstedt, M., "Beskrivningar av rättsdogmatisk metod: om innehållet i metodavsnitt vid användning av ett rättsdogmatiskt tillvägagångssätt", *Festskrift till Örjan Edström, Juridiska institutionen Umeå Universitet*, 2019, s. 165–173 (cit: Hjertstedt, M)

Hunt, K. & Gruszczynski, M., "The ratification of CEDAW and the liberalization of abortion laws", *Politics & Gender*, vol. 15.4, 2019, s. 722-745 (cit: Hunt, K. & Gruszczynski, M., *Politics & Gender* 2019)

Lopreite, D., "The Long Road to Abortion Rights in Argentina (1983–2020)", *Bulletin of Latin American Research*, 2022 (cit: Lopreite, D., *Bulletin of Latin American Research* 2022)

Lloyd-Sherlock, P., "Health sector reform in Argentina: a cautionary tale" *Social science & medicine*, vol. 60.8, 2005, s. 1893-1903 (cit: Lloyd-Sherlock, P., *Social science & medicine* 2005)

Napolitano, S.S.G. "Las Relaciones entre el Derecho Internacional y el Derecho Interno a Partir de la Reforma Constitucional de 1994." *Prudentia Iuris*, vol. 37, 1995, s. 131-144 (cit: Napolitano, S.S.G., *Prudentia Iuris* 1995)

Osborne, D., m.fl., "Abortion attitudes: An overview of demographic and ideological differences", *Political Psychology*, vol. 43, 2022, s. 29-76 (cit: Osborne, D., m.fl., *Political Psychology* 2022)

Ramos, S., m. fl., "Step by Step in Argentina: Putting Abortion Rights into Practice.", *International Journal of Women's Health*, 2023, s. 1003-1015 (cit: Ramos, S., m. fl., *International Journal of Women's Health* 2023)

Rebouché, R., "Abortion rights as human rights." *Social & Legal Studies*, vol. 25.6, 2016, s. 765-782 (cit: Rebouché, R., *Social & Legal Studies* 2016)

Romero, M., & Michel A.R., "The shift from criminalization to legalization of abortion in argentina" *JAMA*, vol. 328.17, 2022, s. 1699-1700. (cit: Romero, M., & Michel A.R, *JAMA* 2022)

Ruibal, A., "Federalism, two-level games and the politics of abortion rights implementation in subnational Argentina", *Reproductive Health Matters*, vol. 26.54, 2018, s. 137-144. (cit: Ruibal, A., *Reproductive Health Matters* 2018)

Shalev, C., "Rights to sexual and reproductive health: the ICPD and the convention on the elimination of all forms of discrimination against women", *Health and human rights*, 2000, s. 38-66 (cit: Shalev, C., *Health and human rights* 2000)

Sutton, B., & Borland, E., "Abortion and human rights for women in Argentina" *Frontiers: A Journal of Women Studies*, vol. 40.2, 2019, s. 27-61 (cit: Sutton, B., & Borland, E., *Frontiers: A Journal of Women Studies* 2019)

Tiseyra, M.V., m.fl., "Barriers in access to legal abortion in the public health system in two Argentine jurisdictions: Rosario and Autonomous City of Buenos Aires, 2019-2020." *Salud Colectiva* vol. 18, 2023 (e4059) (cit: Tiseyra, M.V., m.fl., *Salud Colectiva* 2023)

Zampas, C. & Gher, J.M., "Abortion as a human right—international and regional standards." *Human Rights Law Review*, vol. 8.2, 2008, s. 249-294 (cit: Zampas, C. & Gher, J.M., *Human Rights Law Review* 2008)

Publikationer från internationella och nationella organisationer

Abeles, M. & Villafane, S., "Las desigualdades de Género desde una perspectiva territorial en la Argentina", *CEPAL*, 2022 (cit: Abeles, M. & Villafane, S., *CEPAL* 2022)

Ipas, *Women's access to safe abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development*", 2015
Footnot: Women's access to safe abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development, Ipas 2015

OHCHR, *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Abortion*, 2015 (uppdaterad 2020)

OHCHR & Ipas, *Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights*, 2018

Fotnot: Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights, OHCHR & Ipas 2018

OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights, *Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions*, 2015

Fotnot: Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National human Rights Institutions, OHCHR, UNFPA & the Danish Institute for Human Rights 2015

Ramos S., m.fl. *Reporte temático 2022: Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto*, CEDES, Ibis Reproductive Health, Buenos Aires december 2022

Romero, M. & Moisés, S., "El aborto en cifras.", *Serie de documentos REDAAS*, Buenos Aires 2020 (cit: Romero, M. & Moisés, S., El aborto en cifras, 2020)

UNFPA, *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*, 2010

Fotnot: Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights, UNFPA 2010

WHO, *Abortion Care Guideline*, 2022

WHO, *HRP annual report 2022*, 2023

WHO, *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*, 2009

WHO, *Model List of Essential Medicines – 22nd list (2021)*, 30 September 2021

WHO, *Sexual health, human rights and the law*, 2015

Rapporter och informationsmaterial från argentinska myndigheter

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (IVE/ILE)*, uppdaterad 2022

Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Buenos Aires, *Guía de la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires: en el marco de la Ley Nacional No. 27.610, 2020*

Ministerio de Salud Gobierno de la provincia de Buenos Aires, *Informe Epidemiológico: Ampliación de acceso al aborto y reducción de inequidades territoriales – avances al año de la sanción de la Ley Nacional No. 27.610, 2021*

Ministerio de Salud Argentina, *ImplementAR IVE-ILE: Ley 27.610 Informe anual 2021 (Actualización julio 2022)*, 2022

Hemsidor

Center for Reproductive Rights, *Global Trends: Abortion Rights*, 14/09 2022 (31/7 2023), <https://reproductiverights.org/>

Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws Map*, 14/09 2022 (31/7 2023), <https://reproductiverights.org/>

The Guttmacher Institute, *Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide (Fact Sheet)*, mars 2022, tillgängligt på: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

The Guttmacher Institute, *Country Profile: Argentina, 2022*, tillgänglig på: <https://www.guttmacher.org/regions/latin-america-caribbean/argentina>

WHO, *Abortion*, 25/11 2021 (15/7-23)

WHO, *Mental Health*, 17/6 2022 (21/6 2023), <https://www.who.int/>

WHO, Global Abortion Policy Database (31/7 2023), <https://abortion-policies.srhr.org/>

UNSDG, *Strengthening Engagement with the International Human Rights Machinery*, 2023 (19/7 2023), <https://unsdg.un.org/2030-agenda/strengthening-international-human-rights>

Övrigt

Utrikesdepartementet, *ARGENTINA – Mänskliga rättigheter, demokrati och rättsstatens principer: situationen per den 31 december 2019*, 16 september 2020