

SITUACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA

Estimadas/os expertas/os del Comité:

Este informe fue elaborado por Abogados Y Abogadas del NOA en Derechos Humanos y Estudios Sociales (ANDHES), Asociación Católicas por el Derecho a Decidir- Argentina (CDD), Asociación Lola Mora, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Centro de la Mujer (CEDEM), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, Mujeres por Mujeres, Mujeres Trabajando, Mujeres Autoconvocadas de Trelew, Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires y la Secretaría de Género de Encuentro por la Democracia y la Equidad CABA (Nuevo Encuentro).

El objetivo de esta presentación es poner a disposición del Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres de Naciones Unidas (CEDAW por sus siglas en inglés) información sobre la situación del acceso al aborto en la República Argentina. Esta información esperamos sea de utilidad para evaluar el cumplimiento de las obligaciones del Estado argentino de la Convención CEDAW.

En el informe incluimos sugerencias, preguntas y recomendaciones respecto de cada una de las problemáticas tratadas, con la intención de que sean tenidas en cuenta por el Comité, tanto en oportunidad de la audiencia de evaluación prevista para el 65° periodo de sesiones, como al momento de emitir sus Observaciones Finales sobre Argentina.

I. La situación del aborto en Argentina¹

Aborto en Argentina: marco legal

Desde 1921, el artículo 86 del Código Penal de la Nación establece excepciones a la punibilidad del aborto: a) en caso de peligro para la vida de la mujer; b) en caso de peligro para la salud de la mujer; c) en caso de violación; d) en caso de atentado al pudor de mujer “idiota o demente”. El 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante CSJN) dictó una sentencia histórica para la vida y la salud de las mujeres en el marco del caso “*F., A.L. s/ medida autosatisfactiva*”². Con el fin de terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso al aborto no punible, el Tribunal estableció el alcance de los permisos y reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley, cuando su vida o su salud están en peligro o cuando el embarazo es producto de una violación sexual, sin importar la capacidad intelectual o psico-social de la mujer. La Corte convocó a los poderes judiciales de todas las jurisdicciones a que se abstengan de judicializar el acceso a los abortos legales. Y finalmente, exhortó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para remover todas las barreras que limitan el acceso a los servicios médicos y estableció diversas pautas que los protocolos deben contemplar³.

En el mes de junio de 2015, el Ministerio de Salud de Nación publicó en su página web un nuevo “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”⁴. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010⁵. Si bien el nuevo Protocolo establece que “es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas”, **lo cierto es que el documento carece de estatus de resolución ministerial, al igual que las versiones de 2007 y 2010, y no ha sido acompañada por una estrategia firme que promueva su amplia difusión y aplicación por parte de las autoridades federales.** De hecho, durante el mes de septiembre no estuvo disponible en el sitio web del Ministerio, y solo se repuso frente a una fuerte movilización de los grupos de mujeres.

Asimismo, a casi cuatro años de la exhortación efectuada por la CSJN, sólo nueve de las 24 jurisdicciones poseen protocolos de atención de los abortos no punibles que se corresponden, en buena medida, con los lineamientos fijados por el tribunal⁶. Otras ocho dictaron protocolos que

¹El Comité se manifestó respecto de este tema en sus últimas recomendaciones finales. Comité CEDAW, CEDAW/C/ARG/CO/6, 16 de agosto de 2010, párr. 37 y 38

²CSJN, caso “*F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva*”, F. 259. XLVI, sentencia del 13 de marzo de 2012.

³Entre otras pautas, que se garantice el acceso a la información y la confidencialidad de la usuaria, se eviten dilaciones innecesarias, no se requiera autorización judicial ni denuncia policial en los casos de violación sino que baste con una declaración jurada, se prevea que la objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente y se sancione a los profesionales que dificulten o impidan el acceso a la práctica.

⁴Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

⁵Esta nueva versión tiene algunos aspectos destacables como, por ejemplo, el uso de un lenguaje sencillo y el cambio de la expresión “abortos no punibles” por “interrupción legal del embarazo”; asimismo, contempla la transversalización del enfoque de género al incluir a los varones trans como sujetos de derecho que pueden requerir la práctica, en sintonía con la ley nacional sobre Identidad de Género, Ley 26.743; la definición específica de las causales que habilitan el aborto legal (causal salud y causal violación); la incorporación de los últimos desarrollos científicos y jurídicos en la materia como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y los lineamientos establecidos por la Corte Suprema en el fallo “*F., A.L.*”, entre otros.

⁶Estas provincias son: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe, Río Negro y Tierra del Fuego.

incluyen requisitos que dificultan, en vez de facilitar, el acceso de mujeres a servicios de aborto seguro y a los cuales tiene derecho acceder⁷, y por último, nueve jurisdicciones no han dictado protocolo alguno⁸. Es decir, **más de la mitad de las jurisdicciones del país aún no cuenta con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tienen desde 1921.**

Barreras al acceso a los abortos legales

Pese a su marco legal, la realidad en Argentina se acerca mucho a la de los contextos legales en que el aborto está totalmente prohibido.

A lo largo de los años, la práctica del aborto legal ha sido sistemáticamente inaccesible para miles de mujeres, adolescentes y niñas que habitan la Argentina, violando sus derechos humanos a la privacidad, salud, de ser libre de trato cruel, inhumano y degradante y de no ser sujeta a discriminación, y en algunos casos, hasta el derecho a la vida.

Son muchos y diversos los obstáculos que enfrentan mujeres y niñas para ejercer sus derechos: el uso abusivo de la objeción de conciencia de los efectores de salud; la excesiva judicialización de una práctica sanitaria para dilatar y obstaculizar los abortos; los requerimientos dilatorios previstos en protocolos dictados en cumplimiento de la exhortación de la CSJN⁹, pero que no cumplen con los estándares de la Corte; los sistemas de salud discriminatorios que repelen a mujeres y niñas a través de comentarios reprobatorios del personal hospitalario, la mala fe de los proveedores de salud y funcionarios públicos; la violación de la garantía del secreto profesional; el hostigamiento y persecución a mujeres y niñas; la influencia de la iglesia sobre los gobiernos nacional y locales; la falta de reconocimiento normativo expreso de las prestaciones sanitarias que demandan los casos de ANP como prácticas esenciales del servicio de salud. Todas estas son estrategias dilatorias que operan en contra del derecho al aborto legal y someten a las mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional.

Asimismo, en el último tiempo ciertas iniciativas alertan sobre eventuales regresiones en el contexto actual, en tanto se han impulsando acciones que pretenden limitar el acceso a los servicios de aborto legal. A modo de ejemplo, a fines del mes de noviembre de 2015 en la provincia de Santa Fe se presentó un amparo judicial para pedir la inconstitucionalidad y la inaplicabilidad del "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo", por entender que era violatorio del derecho a la vida de la persona por nacer y del derecho de libertad de conciencia¹⁰. También, en la misma fecha, en la provincia Entre Ríos, se presentó un proyecto de ley que buscaba prohibir la práctica del aborto en la provincia (y que llegó a tener dictamen favorable en la comisión de Salud del Senado de la provincia, pese a que luego fue retirado)¹¹.

⁷Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires y Salta.

⁸Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

⁹ADC, *Acceso al aborto no punible en la Argentina. Estado de situación*, marzo de 2015.

¹⁰ver a este respecto, las notas emitidas en medios de prensa: "presentan amparo contra el aborto en santa fe y piden su inconstitucionalidad", 30-11-2015, disponible en <http://www.unosantafe.com.ar/santafe/presentan-amparo-contrael-aborto-en-santa-fe-y-piden-su-inconstitucionalidad-20151130-0040.html> o "amparo para declarar la inconstitucionalidad del protocolo de aborto", 01-12-2015, disponible en <http://www.aica.org/20990-amparo-para-declarar-la-inconstitucionalidad-del-protocolo-de-aborto.html>

¹¹"El Senado trataría el polémico proyecto que prohíbe los abortos en Entre Ríos", 2-12-2015, disponible en: <http://www.aimdigital.com.ar/2015/12/02/el-senado-trataria-la-polemica-ley-que-prohibe-los-abortos-en-entre-rios/>, (acceso 14 de enero 2016); "Quieren prohibir el aborto en Entre Ríos", 2-12-2015, disponible en: http://www.apfdigital.com.ar/despachos.asp?cod_des=262620&ID_Seccion=21.

Ahora bien, en abril de 2011 el Comité condenó a Argentina en el caso de “LMR”¹² por la injerencia ilegítima de la justicia en la vida de LMR, que judicializó su derecho al aborto, expulsándola del sistema de salud público hacia el circuito clandestino para interrumpir su embarazo, poniendo en riesgo su vida y su salud. El Comité encontró una violación por parte del estado a los derechos de la mujer a ser libre de trato cruel, inhumano y degradante y tortura, a la privacidad y al acceso a la justicia. Finalmente el Estado Nacional reconoció su responsabilidad internacional, en 2014 tuvo lugar un acto de desagravio y en 2015 LMR fue indemnizada¹³. Sin embargo, **las condiciones que generaron que estecaso llegara hasta conocimiento del Comité de Derechos Humanos aun no se han modificado**, como veremos con algunos ejemplos a lo largo del país.

En octubre de 2012, un tribunal de la Ciudad de Buenos Aires impidió a una mujer de 32 años, víctima del delito de trata de personas, acceder a servicios legales y seguros de aborto. El caso llegó a conocimiento de la CSJN que anuló la decisión del tribunal inferior y finalmente, la mujer pudo someterse a la práctica¹⁴. Dos hechos similares tuvieron lugar en el 2013, en la Provincia de Tucumán, con relación a dos niñas de 13¹⁵ y 16 años¹⁶ de edad víctimas de violación¹⁷, y otro en la provincia de Salta, con relación a otra niña menor de edad, a las que los tribunales o servicios de salud le denegaron el aborto legal al cual tenía derecho¹⁸. Este año, una joven de 28 años, con un embarazo en curso de 15 semanas recibió diagnóstico de **feto anencefálico y anacráneo**, sin viabilidad alguna fuera del útero. La joven tenía el derecho a un aborto legal, sin embargo solo recibió negativas, informaciones falsas, disuasiones, tratos crueles y acusaciones por parte del personal de la salud, de los dos Hospitales públicos con maternidades de la provincia de Tucumán, el Hospital del Este y de la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes.

En la ciudad de Trelew, Chubut durante el año 2015 un grupo de diez mujeres pacientes y 5 medicas/os y psicólogos/as presentaron una denuncia contra el hospital materno infantil de la ciudad por torturas directas e indirectas ejercidas contra ella/os durante la tramitación y realización de abortos legales. Las mujeres pacientes fueron hostigadas por directiva/os del hospital materno infantil, sometidas a retrasos innecesarios de semanas y abortos quirúrgicos sin anestesia. Las médicas y psicólogas que autorizaron la práctica de los abortos legales en el primer nivel de atención fueron sancionadas formal e informalmente y expuestas públicamente como delincuentes, además de haber sido sometidas a presenciar los padecimientos de sus pacientes. Hace más de un año que la causa está en trámite en el fuero federal de la provincia de Chubut sin avances significativos. Se ha solicitado la intervención del Consejo Nacional de las Mujeres pero esta no ha sido autorizada.

12Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007.

13Ver en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-261711-2014-12-11.html> y <https://insgenar.wordpress.com/2014/12/11/pedido-de-perdon-a-lmr/>

¹⁴Para una descripción y análisis del caso, ver Hopp, Cecilia: El caso “pro familia”: militancias y resistencias en torno al aborto legal. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39268.pdf>

¹⁵El caso se judicializó e <http://www.lanacion.com.ar/1924949-aborto-ilegal-una-practica-insegura-no-la-molestaran>. Ver en <http://www.lagaceta.com.ar/nota/635724/policiales/violaron-cuando-tenia-10-anos-fue-mama-sur-tucumano.html/>

¹⁶En 2013, una adolescente de 16 años no pudo acceder a la Interrupción legal del embarazo a pesar que por la causal de violación la ley contemplaba esta práctica. En la Maternidad Nuestra Señora de la Merced, no sólo se negaron a realizarle la práctica, sino que además judicializaron el caso, violando la confidencialidad de la consulta. La adolescente no pudo acceder a la atención que necesitaba en ningún centro de salud tucumano, y tuvo que viajar 1200 kilómetros hasta la Ciudad de Buenos Aires, donde fue atendida en el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich. Página 12: “Una adolescente sin derechos” (11 de Noviembre de 2013) <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-233329-2013-11-11.html>

17Ver información en <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-233329-2013-11-11.html>

18Ver información en <http://www.lanacion.com.ar/1648079-en-salta-impiden-a-una-nina-un-aborto-no-punible>

En la provincia de Salta una niña indígena de 12 años, de una comunidad wichi dio a luz por cesárea un feto anencefálico producto presuntamente de una violación por ocho hombres criollos en los territorios ancestrales reclamados por la comunidad. La niña atravesó un embarazo durante casi siete meses poniendo en riesgo su vida y su salud, sin tener acceso a la atención necesaria ni a la información de su derecho a acceder a un aborto legal. Los representantes de los distintos poderes públicos con injerencia en el caso respondieron tardíamente debido a una fuerte presión mediática.¹⁹

El recurso abusivo y arbitrario a la objeción de conciencia en materia de salud sexual y reproductiva ha constituido una barrera ilegítima para el acceso a las prestaciones legales de aborto en la Argentina.²⁰ En la provincia de Buenos Aires los médicos del hospital Mariano y Luciano de la Vega del partido de Moreno, se negaron a realizar un aborto legal a una niña de 13 años embarazada como consecuencia de una violación por parte de su padrastro, con el argumento de que pondría en riesgo la salud de la niña, debido al avanzado estado gestacional y a su estado de salud delicado. Todo el plantel del hospital se declaró objetor de conciencia. Finalmente, la niña pudo interrumpir la gestación con medicamentos en un consultorio privado y su atención concluyó en un hospital público fuera del ámbito de la provincia de Buenos Aires, con el acompañamiento de organizaciones de mujeres de la zona, integrantes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito²¹. En la provincia de Córdoba, una pareja solicitó a la justicia que se les reconozca el derecho de interrumpir el embarazo de M., C. E., quien se encontraba gestando un feto con anencefalia. Las víctimas debieron recurrir a la justicia luego de que los/as médicos/as del sanatorio donde estaba siendo atendida la mujer y el sanatorio mismo como institución, se negaron a realizar la práctica con fundamento en su derecho a la objeción de conciencia. Esto fue avalado por un juez provincial, que hizo lugar a la “objeción de conciencia institucional”²².

Los efectos de la Penalización del aborto

Como mostramos en el apartado anterior, la penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales. En un informe reciente, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud examinó el impacto que tienen las leyes que sancionan o restringen de algún modo el aborto –por ejemplo cuando se sancionan determinadas conductas durante el embarazo, se limita el acceso los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, se niega información o no se brinda educación en materia de salud sexual y reproductiva. Señaló que tales restricciones suelen ser discriminatorias por naturaleza y violan el derecho a la salud al limitar el acceso a bienes, servicios e información de calidad²³. Además dijo que “[l]a penalización genera y perpetúa el

¹⁹ Ver información en; <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10633-2016-06-11.html>; <http://www.enredando.org.ar/2016/06/10/declaracion-ante-la-vulneracion-de-derechos-sobre-juana-nina-de-la-comunidad-wichi-en-salta/>; <https://notas.org.ar/2016/06/08/justicia-inaccion-embarazo-nina-wichi-violada/>; <http://www.infobae.com/2016/06/03/1815949-interrumpen-el-embarazo-una-nina-wichi-victima-una-violacion-colectiva-salta/>

²⁰Sonia Ariza Navarrete, Resistencias al acceso al aborto no punible: la objeción de conciencia. Revista Derecho Penal. Año I N° 2 Ediciones Infojus.

²¹ Información disponible en <http://www.abortolegal.com.ar/?p=2172> y <http://www.telam.com.ar/notas/201404/61237-la-directora-del-hospital-reafirma-que-un-aborto-pone-en-riesgo-la-vida-de-la-nena-violada.html>

²²ADC, 2015. Informe citado. Pág. 37

²³Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Informe provisional sobre El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 de fecha 3 de Agosto de 2011, párr. 25

estigma, limita la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información disponible en materia de salud sexual y reproductiva, les niega la plena participación en la sociedad y distorsiona las percepciones de los profesionales de salud, lo que a su vez puede dificultar el acceso de las mujeres a los servicios de atención a la salud”²⁴.

En la Provincia de Tierra del Fuego, una joven en situación de gran vulnerabilidad y víctima de violencia de género, estuvo procesada durante 6 años por realizarse un aborto con una curandera en un barrio popular de la capital provincial. La falta de acceso al aborto legal la empujó a la clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y su vida, para luego además quedar expuesta a la persecución penal por haber ejercido lo que debió ser su derecho. Esto, a pesar de que la obligación mínima por parte de los estados bajo el CEDAW es despenalizar el aborto y asegurar que las mujeres puedan acceder a servicios de aborto a lo menos cuando su vida o salud están a riesgo o se trata de un embarazo producto de violación o incesto, o hay una malformación seria del feto²⁵. Luego de la intervención de organismos de derechos humanos como amicus curiae, la joven fue absuelta²⁶.

Por su parte, recientemente, tomó estado público otro caso que pone en evidencia la injerencia del derecho penal en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Belén²⁷, una joven de 25 años de edad, estuvo privada de su libertad durante más de dos años en la Provincia de Tucumán, en el norte de Argentina, por haber sufrido un aborto espontáneo en un hospital público, tal como fue consignado en su historia clínica. Tanto médicos como policías violaron su derecho a la privacidad y la acusaron injustamente y la maltrataron. En la madrugada del 21 de marzo de 2014, fue a la guardia del Hospital de Clínicas Avellaneda en San Miguel de Tucumán por dolores abdominales. La derivaron al Servicio de Ginecología porque tenía abundante sangrado. Allí, los médicos le informaron que estaba teniendo un aborto espontáneo de un feto de aproximadamente 22 semanas. Belén desconocía estar embarazada. Luego de recibir tratos degradantes por parte del personal de salud, fue denunciada a la guardia policial, en clara violación del secreto profesional que ampara la relación médico-paciente²⁸. Belén ingresó al hospital público pidiendo ayuda, sin embargo, fue maltratada, acusada penalmente y privada de su libertad desde ese momento. Primero la imputaron por aborto seguido de homicidio, que es una figura penal inexistente. El fiscal

²⁴Idem, Relator Salud ONU, 2011, párr. 17

²⁵CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a séptimo combinados del Senegal, julio 2015, disponible en <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhskcAJS%2FU4wb%2BdIVicvG05Ry5rnmDcitO6QLGkYHsU3p08Y2nyjS14rGRZb9RgNHfNnt6G6Q7sY0NIZZyGgQAJDzqdMWlRw3ZUyqdOC%2FwolZpYg9WqLUG6msEoKqK8rcwg%3D%3D>

²⁶ Sobre el caso, véase la nota del periódico Página 12: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-299868-2016-05-21.html>

²⁷Por decisión de la víctima, se usa un seudónimo. Ver mayor información en <http://www.amnistia.org.ar/rau/argentina3>; <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10537-2016-04-29.html>; <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-298129-2016-04-29.html>

²⁸El Comité CEDAW en su Observación General N° 24 y 33 advirtió sobre el vínculo entre el cumplimiento del derecho a la privacidad en materia de salud, el aborto, y la salud de las mujeres: “La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física”. Y avanzó sobre el rol que le cabe a la justicia ante estos supuestos, al entender que “la rendición de cuentas de los sistemas de justicia se refiere también a la vigilancia de las acciones de los profesionales que actúan en ellos y su responsabilidad jurídica en caso de que violen la ley.”. Esto es, **sanciones a quienes obstaculizan o violan los espacios de confidencialidad de las mujeres**, poniendo en peligro el derecho a la vida de las mujeres, ya sea por acción u omisión

de la causa luego cambió la acusación por la de homicidio doblemente agravado por el vínculo y alevosía, que tiene una pena de hasta 25 años de encierro. Belén estuvo detenida en prisión preventiva por más de dos años. El 19 de abril de 2016 fue condenada a 8 años de prisión, en un proceso judicial en el que se vulneraron sus derechos desde el comienzo ya que en ningún momento fue escuchada. El 12 de mayo de 2016 la justicia le denegó el pedido de excarcelación interpuesto por la defensa. El 15 de abril la Corte Suprema de Justicia Provincial dispuso su libertad, entendiendo que no existen motivos para extender su privación de libertad. **Sin embargo, se encuentra aún a estudio la revisión de la condena**²⁹.

Sobre este caso, se refirió el pasado 15 de julio de 2016, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el marco de sus Observaciones Finales relativas a la Quinta Evaluación Periódica del país, referidas al estado de cumplimiento de las obligaciones asumidas en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Allí además de expresar su preocupación por la falta de implementación de abortos legales³⁰, el Comité remite directamente al caso de “Belén”, y exhorta al Estado a **“revisar el caso a la luz de los estándares internacionales en la materia, con miras a su inmediata liberación”**³¹.

Unos años atrás, en 2012, en esa misma provincia una mujer (conocida como María Magdalena) llegó con un aborto en curso al hospital. Las médicas hicieron entrar a la policía a la sala de parto. La operaron sin anestesia y, con la misma lógica que en el caso de Belén, la imputaron por aborto. Hoy la causa se encuentra a estudio de la Corte Suprema de Justicia de la Nación para investigar por la responsabilidad de violación del secreto profesional y la violencia a la que fue sometida³².

En distintas jurisdicciones del país se han constatado casos similares e incluso iniciativas que incitan a las y los profesionales de la salud a denunciar a las mujeres que acuden a los servicios de salud, contraviniendo la jurisprudencia nacional e internacional en la materia.³³ En la Provincia de Buenos Aires, la Defensoría del Pueblo provincial, a través del Observatorio de Violencia de Género, presentó a la Procuración General de la SCJBA aportes para la definición de directrices que dispongan la anulación de investigaciones penales cuando se originan por denuncias de personal de salud que no respetan la confidencialidad y el secreto profesional.

Falta de Acceso a medicinas esenciales³⁴

²⁹Ver mayor información en <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2107>

³⁰ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, Párrafo 11 CCPR/C/ARG/CO/5), 15 de julio de 2016.

³¹ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, Párrafo 11 CCPR/C/ARG/CO/5). El resaltado nos pertenece.

³²Página 12 “Dos médicas con objeción de Hipócrates”. (13 de Agosto de 2012) <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-200919-2012-08-13.html>

³³Ver mayor información en: <http://www.enredando.org.ar/2016/09/21/el-aborto-es-ilegal-solo-para-las-mujeres-pobres/>, http://www.diarioregistrado.com/conurbano-registrado/grave--denunciaron-a-una-mujer-por-aborto-en-el-hospital-de-pilar-y-quedo-demorada_a57c89d67da77603d0f31c817

³⁴Ver información en: <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2130>

Otro de los efectos de la penalización es la validación de un mercado que moviliza alrededor de mil millones de pesos al año por abortos clandestinos³⁵. Apesar de que la legislación penal prevé supuestos de abortos legales, que la Corte Suprema ha reconocido un derecho al aborto en dichos casos y que el Ministerio de Salud recomienda prácticas medicamentosas de aborto, en la Argentina no existen medicamentos abortivos reconocidos formalmente por la autoridad sanitaria, si bien el misoprostol está recomendado por el referido protocolo de aborto no punible del Ministerio de Salud de la nación y en diversas sentencias judiciales³⁶.

En efecto, en Argentina no se encuentra autorizada la producción y comercialización de mifepristona, que es uno de los medicamentos recomendados primordialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la práctica de aborto. En cambio sí se produce y comercializa misoprostol, que es la droga recomendada cuando la mifepristona no está disponible³⁷. Cabe señalar que ambos son considerados “medicamentos esenciales” por la OMS por ser baratos, seguros, culturalmente aceptados para abortar de manera segura de manera ambulatoria en el primer trimestre de embarazo y con seguimiento médico en etapas posteriores. Ahora bien, el misoprostol en la Argentina es producido y comercializado por un único laboratorio (Laboratorios Beta, de capital nacional) en combinación con diclofenac sódico, bajo el nombre de Oxaprost.

El Oxaprost se encuentra aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para usos gástricos exclusivamente, no reconociendo sus usos obstétricos y previendo modalidades de expendio sumamente restrictivas, que dificultan su acceso. El laboratorio, que goza del monopolio de producción y comercialización, abusa de su posición dominante e impone precios exorbitantes. El misoprostol no está incluido en el Plan Médico Obligatorio que deben cumplir las obras sociales y prestadoras privadas de salud. A tal punto llega el estigma de este medicamento, que dos provincias argentinas han aprobado leyes de dudosa constitucionalidad, prohibiendo el expendio de especialidades medicinales compuestas con misoprostol fuera de hospitales y proveedores de salud³⁸.

De esta forma, un medicamento que ha probado cumplir un rol fundamental en el descenso de la tasa de morbilidad materna en América Latina, se retira de las farmacias y se imponen mayores restricciones para su acceso.

Los abortos clandestinos

Se calcula que en Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año³⁹. En los hospitales públicos de todo el país se registran 53.000 internaciones por abortos al año⁴⁰.

35 Según un informe de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto en base a la atención de la línea “Aborto: más información, menos riesgos”. Ver en <http://www.abortoconpastillas.info/>

36 Véase el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf> y la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>

37 Véase la Guía de la OMS “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, de 2012 (2ª Edición) en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

38 Véase la Ley 8116 de 2009 de la Nación, *Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina*, Edith Pantelides

39 Ministerio de Salud de la Nación, *Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina*, Edith Pantelides (Conicet y Ceneq-Centro de Estudios de Población) y Silvia Mario (Instituto Gino Germani), pp. 111 y 112. Al igual que algunos otros países de América latina, la Argentina cuenta con una estimación del número de abortos inducidos por

Del total, alrededor del 15% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años, y alrededor del 50% a mujeres de entre 20 y 29 años.

Durante los últimos 30 años, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido **la primera causa de mortalidad materna (MM)** y han representado un tercio del total de esas muertes⁴¹. Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que el 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros⁴².

Las cifras de Mortalidad Materna

Si bien la Argentina tiene una tasa de fecundidad baja, las mujeres están expuestas a riesgos desproporcionados al quedar embarazadas: en 2013 de acuerdo las Estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, 243 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas al embarazo⁴³. En 2012 las muertes habían ascendido a 258.

Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas⁴⁴ representan un cuarto de las MM⁴⁵. Esto sugiere, entre otras cosas, que posiblemente muchas mujeres no accedieron a la información, a la oportunidad o a la decisión de interrumpir su embarazo basados en la causal salud.

Además, la Argentina ha reconocido que “la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción”⁴⁶, por lo que incluso sus cifras oficiales no representan el total de mujeres y niñas que han perdido la vida.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM5) a los que el Estado argentino se comprometió con la comunidad internacional, establecían una disminución de la tasa de MM de 52 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (1990) a 13 por 100.000 en 2015. Los últimos datos oficiales en 2013 muestran que la Razón de MM fue de 32 muertes por cada 100.000 (2013) por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio⁴⁷. De acuerdo con las cifras presentadas en un informe de UNICEF en 2015⁴⁸, la Argentina redujo un 17,5% la tasa de muerte materna. La tendencia de reducción fue del 18% entre 1990 y 2015, en vez de una reducción del 75% como se había comprometido.

Por lo demás, no se está llevando a cabo un adecuado sistema de vigilancia activa de las muertes maternas. Se han hecho algunos esfuerzos por estimar las MM en función de la información disponible, a través del Sistema de Estadísticas Vitales –que sin embargo, no permite obtener

año. Esta estimación fue realizada a solicitud del Ministerio de Salud de la Nación utilizando dos metodologías validadas internacionalmente: el método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto y el método residual. Con el primero, el número de abortos inducidos en el año 2000 fue de 372.000 a 447.000, con una razón de aborto inducido por nacimiento de 0,53 a 0,64: esto significa más de 1 aborto por cada 2 nacimientos. Con el segundo método, la estimación para 2004 indica que se realizaron entre 486.000 y 522.000 abortos anualmente.

⁴⁰Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico, año 2010, diciembre de 2012, p. 19.

⁴¹Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010. www.deis.gov.ar, acceso 29 de marzo de 2012.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010. www.deis.gov.ar, acceso 29 de marzo de 2012

⁴³DEIS, 2014.

⁴⁴Mujeres que mueren por patologías que se agravan a consecuencia del embarazo, parto o puerperio.

⁴⁵Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

⁴⁶Idem

⁴⁷DEIS, 2014

⁴⁸http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_ODM_actualiza.pdf

información en “tiempo real”⁴⁹, y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)⁵⁰—pero recién en 2007 fueron incluidas las defunciones entre los eventos de notificación obligatoria. Se han previsto comisiones de vigilancia y análisis de la MM a nivel hospitalario, provincial y nacional⁵¹ pero su funcionamiento es cuanto menos errático. La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbo-mortalidad Materna sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular⁵²; de hecho el único informe disponible⁵³ *online* sobre la Comisión data de ese año. Los profesionales de la salud que integran estas comisiones no han recibido una capacitación especial ni suelen tener tiempo institucional protegido para llevar a cabo la tarea⁵⁴.

Asimismo, las desigualdades al interior del país son ilustrativas de la discriminación múltiple que viven mujeres por fuera de los centros urbanos en mejor situación. Hay provincias que duplican o triplican la razón nacional. En la actualidad, el aborto continúa siendo la principal causa de mortalidad materna en más de la mitad de las provincias del país. Las complicaciones por aborto inseguro son la primera causa individual de MM en 17 de las 24 provincias. En las dos provincias donde la primer causa de muerte son las “otras obstétricas directas”, el aborto sigue siendo la segunda causa⁵⁵. Esta situación indica que las mujeres que viven en provincias como Formosa o Chaco están expuestas a un riesgo desproporcionado cuando se comparan los riesgos de las mujeres de jurisdicciones como la de Ciudad de Buenos Aires, Córdoba o la provincia de Buenos Aires.

Información sobre la práctica de abortos legales

El sistema de registro oficial nacional no da cuenta de todos los abortos legales que se proveen hoy en el país. Estas omisiones y carencias del sistema de registro federal impactan en la calidad de la gestión de las políticas sanitarias necesarias para garantizar el acceso al aborto legal en la medida que no permiten contar con información adecuada sobre la demanda potencial, real, y efectiva; los insumos y los recursos humanos necesarios; las barreras y obstrucciones en la prestación de servicios; y los problemas y estándares de calidad de los mismos.

Además los registros sanitarios elaborados hoy en día padecen también de las limitaciones que emergen de su falta de cobertura de ciertos ámbitos de los sistemas de salud, ya que casi todos los datos sanitarios disponibles se producen sobre el sistema público de salud, dejando fuera de la estadística los datos de los demás subsistemas que pueden presentar características muy diferentes e incluso llegar a alterar la media estadística.

El informe anual de servicios de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, que releva el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en todas las provincias, cuenta con datos sobre el número y procedencia de las prestaciones de aborto no punible que fueron reportadas por los sistemas de salud locales. Según el Informe de Gestión de 2013, de las 24 jurisdicciones nacionales, 14 provincias reportaron datos sobre aborto no punible, de las cuales 12 realizaron las prácticas; otras cuatro derivaron a otras jurisdicciones cuando

⁴⁹El lapso transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y su comunicación oscila entre nueve meses y un año

⁵⁰Es la recolección permanente y sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento, análisis, y su oportuna utilización para observar cambios en la tendencia o distribución de los problemas de salud y para que quienes deben tomar decisiones de intervención (Ortiz & Esandi, 2010).

⁵¹La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna fue creada en 2002 (Resolución Nº 672, Ministerio de Salud de la Nación). Previamente existía otra Comisión instaurada en 1996. La nueva Comisión sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular Ortiz & Esandi, 2010.

⁵²Ortiz & Esandi, 2010.

⁵³Al 25 de febrero de 2015.

⁵⁴Ortiz & Esandi, 2010.

⁵⁵Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

identificaron casos que encuadraban dentro de las causales de aborto no punible⁵⁶.

18 Provincias reportaron contar con al menos un efector que presta servicios de aborto no punible, seis de ellas reportaron mejoras en la implementación de los procesos de atención y ocho provincias informaron problemas de acceso a insumos para la realización de las prácticas y otro tipo de obstáculos para la prestación de servicios de aborto no punible o aborto legal.

Otras tres provincias refirieron no contar con servicios de aborto no punible a nivel local y las restantes no brindaron información sobre este punto.

La información epidemiológica de una población es fundamental para la planificación y la evaluación del funcionamiento del sistema de salud. Especialmente, la información es clave para segmentos específicos de la población que requieren prestaciones sanitarias particulares. En estos casos, la identificación de la magnitud de la demanda y las características tanto de la población como de los servicios disponibles y demandados se convierte en la herramienta esencial para diseñar y mejorar las políticas públicas de salud.

Acceso y producción de información

La importancia del acceso, la producción y el registro de información relativa al acceso a los abortos legales radica no solo en la necesidad de incrementar la visibilidad del aborto legal y seguro, mediante un registro de los casos; sino también en la de evaluar el diseño de políticas públicas en general y en materia de salud sexual y reproductiva y de garantizar el acceso al aborto legal; establecer un diagnóstico sobre la demanda potencial, real, y efectiva del aborto legal, así como también para, revisar y optimizar las medidas de estado adoptadas de manera de perfeccionar la provisión del servicio, para asignar el presupuesto necesario (recursos e insumos), para definir los criterios y desplegar esfuerzos adecuados para enfrentar barreras y obstrucciones en la prestación de servicios⁵⁷.

Por su composición federal, en Argentina, el estado federal y los estados provinciales son quienes participan de la producción de información oficial sobre el sistema de salud a través de distintos sistemas registrales para la recopilación y sistematización de datos sanitarios. Sin embargo, en Argentina, tal como hemos referido, no existe un registro de datos sobre Interrupción legal del embarazo: no se conoce el número de abortos legales realizados, no existen indicadores de desempeño acerca de su provisión por el sistema de salud. Estas falencias de registro tornan invisibles las grandes desigualdades e injusticias que caracterizan las condiciones de acceso al aborto legal a nivel sub-nacional y entre los subsistemas público y privado de salud del país.

Las mujeres, lesbianas, bisexuales, niñas, hombres trans siguen enfrentándose a importantes obstáculos para acceder a información y servicios relativos a sus derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

La polémica pública generada la primera semana de septiembre por una charla informativa en un colegio secundario –que incluso llevó a que agrupaciones “Pro Vida” exigieran la renuncia del rector del establecimiento educacional-, da cuenta del estado de la cuestión respecto del acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva, en particular los métodos y prácticas de abortoseguro. Existe una amplia resistencia frente a la difusión de información. Al respecto, llama

⁵⁶Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Informe de gestión anual, año 2013. Informe provincias. Disponible en:

http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_ADR_ARG_19577_O.pdf

⁵⁷MESECVI, Guía práctica para el sistema de indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará, OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/II.6.15.

la atención la posición del Ministerio de Salud, que dijo no tener información sobre el tema⁵⁸. Luego de la polémica, el Ministerio de Salud de la Ciudad decidió establecer mediante resolución un procedimiento para autorizar este tipo de charlas, generando mayores barreras para el acceso a la información.⁵⁹

Es necesaria la implementación de políticas públicas, nacionales y provinciales, de difusión activa de información accesible, actualizada y responsable sobre los diversos aspectos que implican el pleno goce de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, niñas y personas trans en la Argentina.

Teniendo en cuenta la información provista en este informe sugerimos preguntar y recomendar al Estado.

II. Preguntas al Estado

1. ¿Qué acciones concretas se han tomado para reducir la mortalidad materna como consecuencia de los abortos inseguros?
2. ¿Qué medidas se tienen en vista para garantizar la atención del aborto legal o no punible según la exhortación formulada por la CSJN a los distintos niveles de gobierno en Marzo 2012 en el caso FAL, en todo el territorio Nacional?
3. ¿Qué rango ministerial tiene la Guía de atención elaborado por el Ministerio de Salud en el año 2008 y sus actualizaciones (incluyendo el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”)? ¿Por que no le ha sido otorgado aun el rango ministerial correspondiente?
4. ¿Qué medidas adopto el ministerio de salud de la nación para unificar la política pública frente a la interrupción legal de embarazo según la recomendación de la CSJN en el fallo FAL?
5. Explique de qué forma el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, es distribuido y su utilización es recomendada a los efectores de Salud. ¿Cómo articulará el Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios de Salud provinciales para uniformar protocolos según las recomendaciones CSJN?
6. ¿Ha planteado el Ministerio de Salud de la Nación la aprobación del Protocolo para la Interrupción legal del embarazo en el Consejo Federal de Salud- COFESA- para responder a la recomendación de la CSJN?
7. ¿Qué medidas se han adoptado para garantizar el acceso a los medicamentos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar la práctica del aborto? (misoprostol y mifepristona)
8. ¿En qué estado se encuentran las discusiones parlamentarias acerca de la despenalización del aborto? ¿Ha considerado el PEN la articulación con el Poder legislativo nacional para la

⁵⁸Sobre la polémica, véase las notas en: http://www.clarin.com/sociedad/colegio-Pellegrini-autorizo-pastillas-abortivas_0_1646235544.html y <http://www.telam.com.ar/notas/201609/162364-aborto-colegio-carlos-pellegrini-rector-ong.html> Sobre las declaraciones del Ministro de Salud, Sr. Lemus que afirmó que el Ministerio de Salud no tenía información al respecto, véase la nota de La Nación <http://www.lanacion.com.ar/1924949-aborto-ilegal-una-practica-insegura>

⁵⁹ Ver información disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10888-2016-09-26.html>

consideración de proyectos de ley para ampliar la despenalización de la interrupción del embarazo? ¿Qué medidas disciplinarias se han puesto en marcha en las distintas jurisdicciones en contra de las y los funcionarios públicos que obstaculizan el acceso a derechos, y en particular de aquellos que ejercen violencia institucional en los términos de la Ley 26.485 al restringir el derecho de las mujeres a la práctica de aborto legal o al criminalizar a las mujeres en situaciones de emergencia obstétrica con acusaciones de haberse provocado un aborto?

9. ¿Qué medidas se han tomado desde el Estado para lograr que los profesionales de la salud respeten la confidencialidad médico-paciente y se abstengan de criminalizar a las mujeres que transitan un aborto?

III. Recomendaciones al Estado

1. Garantice el acceso a los abortos legales en todas las jurisdicciones del país, apoyado por campañas de difusión pública para promover el mayor conocimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo en los casos previstos por la ley vigente.

2. Garantice la provisión y acceso a anticonceptivos y a las medicinas esenciales en todas las jurisdicciones del país en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

3. Adopte iniciativas y programas específicos para reducir los elevados índices de mortalidad materna como consecuencia de abortos inseguros, incluyendo capacitaciones dirigidas a todos los efectores del sistema de salud.

4. Adopte las medidas necesarias para garantizar que los casos de aborto no punible sean realizados dentro del sistema de salud público.

5. Tome las medidas necesarias para implementar un sistema de registro de los abortos practicados de acuerdo con las normas legales.

6. Incorpore a nivel federal y como servicio básico y obligatorio del sistema de salud, las prestaciones necesarias para interrumpir embarazos en los casos contemplados por la ley vigente, incluyendo todos los métodos que, basados en la evidencia, resultan efectivos, seguros y preferidos en estos casos, de conformidad con lo establecido por la OMS.

7. Garantice la información actualizada periódicamente sobre las Consejerías de aborto seguro en todo el país (ubicación, funcionamiento, horarios).

8. Capacite a los integrantes de los equipos de salud acerca del valor del secreto profesional en la atención de abortos espontáneos o provocados.

9. Apruebe el protocolo de atención de la interrupción legal del embarazo por resolución ministerial.

10. Considere en el Consejo Federal de Salud (COFESA) la adopción del protocolo nacional de atención a las mujeres en situación de aborto a fin de cumplir la recomendación de la CSJN y garantizar en todo el territorio este derecho a todas las mujeres.

11. Promueva la discusión y posterior aprobación legislativa de la ley de aborto legal, seguro y gratuito.