



EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA.

UNA DEUDA PENDIENTE

APORTES AL DEBATE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

AMNISTÍA
INTERNACIONAL





EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA. UNA DEUDA PENDIENTE

La violencia contra las mujeres¹ es entendida como un problema de derechos humanos que requiere una proactiva y urgente intervención de los Estados. Esto encuentra reflejo en numerosos instrumentos internacionales², así como, más incipientemente, en los tribunales locales.

Una forma de manifestación de la violencia ejercida contra la mujer se desarrolla en la batalla por el control de la vida y cuerpos de las mujeres, que se libra de forma especialmente encarnizada en torno al aborto. **Todos los años, los abortos en condiciones de riesgo le cuestan la vida a miles de mujeres.** La despenalización del aborto y la seguridad de acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar reducen la mortalidad materna. Sin embargo, se silencia a las mujeres y se las excluye de los procesos de toma de decisiones y el acceso a tales servicios les es negado.

La obstaculización del acceso al aborto legal –práctica que solo las mujeres y demás personas con capacidad reproductiva pueden requerir–, desplegadas por actores judiciales, efectores de salud, organizaciones y activistas anti-derechos, constituyen un supuesto de este tipo de violencia, que vulnera el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará y **constituye en sí misma un acto de violencia.**

➤ ARGENTINA: DIFERENTES PERO IGUALES

A pesar del avance en el reconocimiento y ampliación de derechos, la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Argentina se presenta como una agenda pendiente, en tanto mujeres continúan poniendo en riesgo sus vidas y su salud por la falta de acceso a los abortos legales.

Aun cuando Argentina prevé el aborto legal (a lo que se conoce también como “aborto no punible”, “ANP” o “interrupción legal del embarazo”³), en casos de riesgo para la salud o vida de la mujer, o en casos de

1 A efectos de facilitar la lectura, en este informe se usará principalmente el término “mujer” o “mujeres” para referirnos a los sujetos activos del derecho al aborto legal. Sin embargo, se entiende que el acceso a la práctica debe ser garantizado a toda persona con capacidad de gestar, sin ninguna distinción relativa a su identidad o expresión de género ni a las prácticas sexuales que pudiera llevar a cabo.

2 Tales como resoluciones de la Asamblea General, declaraciones y plataformas de acción, tratados y opiniones de sus órganos de supervisión, el derecho consuetudinario, la jurisprudencia de los sistemas universal y regional, y otras fuentes del derecho internacional. Ver a este respecto, CIDH, Informe N° 80/11, Caso N° 12.626, *Jessica Lenahan (Estados Unidos)*, 21/07/2011, párrs. 123-124 (citas omitidas).

3 Los abortos no punibles, son supuestos de aborto legal, considerados “no punibles” por el Código



embarazos resultado de una violación, en la práctica la realidad argentina se acerca mucho a la de los contextos legales en que el aborto está totalmente prohibido.

➤ ¿QUÉ DICE LA LEY EN NUESTRO PAÍS?

¿EL ABORTO ES LEGAL? SÍ



De acuerdo al marco jurídico local, Argentina adhiere al “modelo de indicaciones o causales”, en virtud del cual el aborto está penalizado excepto en determinados supuestos. 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 “idiotia o demente”⁴.

EL ABORTO ES LEGAL EN CASOS DE VIOLACIÓN Y DE PELIGRO PARA LA VIDA O SALUD DE LA MUJER.

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”⁵. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010. 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.

➤ ¿QUÉ DIJO LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN?

La Corte Suprema de la Nación, el 13 de marzo de 2012 (caso “F.A.L.”⁶) aclaró la forma en que debía interpretarse el artículo 86 del Có-

Penal; esta última denominación se ha extendido en su uso aunque en los últimos años se está promoviendo el uso de la expresión “aborto legal” y de “interrupción legal del embarazo” para dar cuenta de la legalidad de la práctica y la consiguiente obligación del estado de garantizarla.

4 Tal es el texto literal del artículo 86 inciso 2 del Código Penal, cuya redacción fue objeto de observación por parte del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad. Asimismo, el artículo 85 del Código Penal de la Nación establece las penas que debe cumplir una persona, distinta de la mujer, que cause un aborto sin y con su consentimiento (3 a 10 años de prisión y 1 a 4, respectivamente). El artículo 87 regula el llamado “aborto preterintencional”. Finalmente, el artículo 88 establece las penas que debe cumplir una mujer que causa su propio aborto o consintiere en que otro se lo cause (1 a 4 años de prisión).

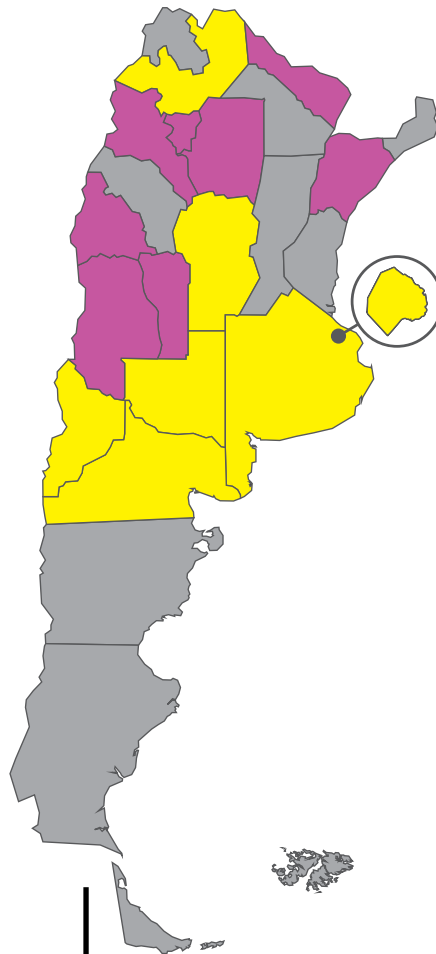
5 Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

6 CSJN, caso F.A.L s/ medida autosatisfactiva, del 13 de marzo de 2012.

digo Penal estableciendo que el aborto legal debe realizarse, sin necesidad de autorización judicial, siendo suficiente, en casos de violación, la declaración jurada de la mujer. Exhortó, además, a las autoridades nacionales, de la Ciudad de Buenos Aires y provinciales a remover todas las barreras administrativas o fácticas a través de la implementación y operativización de protocolos hospitalarios para la atención de abortos no punibles.

➤ LAS PROVINCIAS FRENTE AL ABORTO LEGAL

A más de cinco años del fallo, el acceso al aborto legal no es implementado en todo el territorio nacional. Tan sólo 9 de las 25 jurisdicciones poseen protocolos de atención de los abortos no punibles que se corresponden, en buena medida, con los lineamientos fijados por el tribunal⁷. Otras siete provincias dictaron protocolos que no se ajustan a lo ordenado por la Corte e incluyen requisitos que dificultan el acceso a la práctica⁸ y por último, ocho jurisdicciones no han dictado protocolo alguno⁹. 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.**



- Jurisdicciones sin protocolo
- Jurisdicciones con protocolo restrictivo para el acceso al aborto legal
- Jurisdicciones con protocolo compatible con F.A.L.

7 Estas provincias son: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe, Tierra del Fuego y Entre Ríos.

8 Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta.

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

DESIGUALDADES

PARA PONERLO EN TÉRMINOS CONCRETOS: LA SITUACIÓN ES TAN ARBITRARIA QUE EN LA PRÁCTICA UNA MUJER PODRÁ EJERCER SU DERECHO DE ACCESO AL ABORTO O NO, EN FUNCIÓN DE LA JURISDICCIÓN EN QUE LE HAYA TOCADO NACER. PERO INCLUSO DENTRO DE LAS PROVINCIAS DONDE EXISTEN PROTOCOLOS, SU IMPLEMENTACIÓN ES ERRÁTICA Y EN EL ÚLTIMO TIEMPO HA HABIDO ALGUNAS INICIATIVAS REGRESIVAS QUE BUSCAN IMPEDIR LA PRÁCTICA.

A su vez, las mujeres en situación de exclusión están más propensas a sufrir una afectación a su derecho a la integridad física, psíquica y moral, en su acceso a servicios de salud materna -como consecuencia de barreras relacionadas a la ausencia o insuficiencia de perspectiva de género, y por las diferentes formas de discriminación que las mujeres históricamente han enfrentado en distintos niveles¹⁰.



© Amnistía Internacional Argentina

En este sentido, la OMS señala que en los países con legislaciones que permiten el aborto bajo un modelo de indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones derivadas de un aborto inseguro son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido¹¹. Si bien no existe evidencia concluyente que determine cuántos de los abortos clandestinos corresponden a casos de aborto legales previstos en el Código Penal, sí existe evidencia respecto a que una gran cantidad de mujeres que tienen derecho a un aborto legal y seguro no puede acceder a él.

➤ ¿QUE OBSTÁCULOS PADECEN HOY LAS MUJERES QUE BUSCAN UN ABORTO LEGAL?

Entre las **barreras que enfrentan hoy las mujeres** al aborto legal :la judicialización de la práctica abortiva¹² por la falta de información jurídica

10 OEA, CIDH, "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de DDHH", 2010.

11 OMS, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. 2012.

12 Cecilia Gebruers y Natalia Gherardi, *El aborto legal en Argentina. La justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L.*, Buenos Aires, CEDES y ELA, 2015.

de los profesionales de la salud que temen una sanción penal, el abuso de la objeción de conciencia con tolerancia estatal, sistemas de salud que las repelen a través de comentarios reprobatorios del personal hospitalario, la mala fe de los proveedores de salud y de funcionarios públicos, la influencia de la iglesia y sobre los gobiernos nacional y locales y la falta de incorporación normativa expresa de las prestaciones que demandan los casos de aborto legal como prácticas esenciales del servicio de salud.

Asimismo, la penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales. El estigma de la interrupción voluntaria del embarazo redundo en obstáculos que dificultan o impiden el acceso al aborto legal, que empujan a las mujeres a la clandestinidad y a recurrir a métodos de aborto inseguros y riesgosos para sus vidas¹³.



LOS OBSTÁCULOS

EN PRIMERA PERSONA



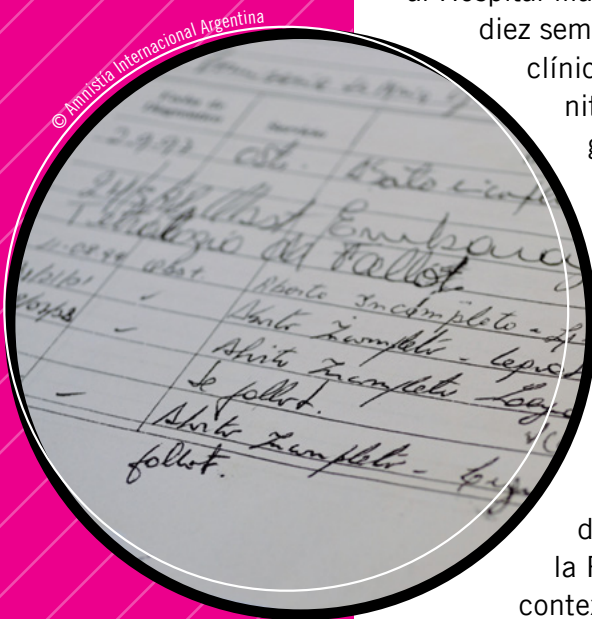
ENTRE RÍOS

Entre los casos más paradigmáticos de la denegación del derecho al aborto legal y seguro, encontramos la situación vivida por Mónica (nombre ficticio, para preservar su identidad) en la Provincia de Entre Ríos. El día 15 de junio de 2011 **MÓNICA, CON 35 AÑOS DE EDAD**, concurre al Hospital Materno Infantil San Roque, presentando un embarazo de diez semanas. La institución contaba con todos los antecedentes

clínicos sobre su malformación congénita –cardiopatía congénita compleja, Tetralogía de Fallot no corregida, cianótica en grado funcional III-IV– y sobre los abortos espontáneos sufridos, por lo que la interrupción del embarazo se imponía inmediatamente como única alternativa posible para la preservación de su salud y vida, tal como lo acreditaría luego el Ateneo Médico.

Cuando se presentó a realizarse la interrupción legal del embarazo irrumpió clandestinamente en la sala un profesional con prestación de servicios en el hospital, quien le dijo a Mónica que lo que le iban a hacer “era un crimen”. El médico logró detener la práctica. El 14 de agosto Mónica fue derivada al Hospital Posadas de la Provincia de Buenos Aires, absolutamente sola. En este contexto de casi abandono por casi 4 meses, Mónica dio a luz el 25 de noviembre.

Ocho días después, el 3 de diciembre de 2011, estando aún internada



© Amnistía Internacional Argentina

13 CELS, Aportes del CELS a los debates legislativos sobre derechos sexuales y reproductivos, 2015.

en el hospital Posadas, Mónica sufrió un accidente cerebro vascular (ACV).

Su cardiopatía no corregida, la imposición de continuar con el embarazo, la sobrecarga del embarazo, los medicamentos administrados en la última etapa, así como su internación alejada del grupo familiar, habrían sido factores determinantes que derivaron en el ACV sufrido por Mónica. A la fecha, ningún profesional fue declarado responsable por los derechos violados de Mónica.



TUCUMÁN

En octubre de 2013, se conoció en Tucumán un caso de **UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS EMBARAZADA** como consecuencia de

una violación. La joven manifestó esta circunstancia mediante declaración jurada y solicitó a los/as médicos/as de la Maternidad Nuestra

Señora de las Mercedes que le practicaran un aborto legal. Sin

embargo, las autoridades del centro de salud desconfiaron

de la palabra de la joven y obstaculizaron el acceso a la

práctica. Entre otras razones, y pese a que el Código

Penal no establece límites gestacionales para el acceso

al aborto legal, las autoridades alegaron que la edad

gestacional era avanzada (la joven cursaba la 15ª semana

de gestación). La familia de la adolescente denunció

que hasta se intentó convencerla de que desistiera de su

decisión de interrumpir su embarazo. **La mayoría de los/as**

médicos/as de la maternidad se declararon objetores/

as de conciencia. Finalmente se vio obligada a acceder a la

práctica en otra jurisdicción¹⁴.

© Amnistía Internacional Argentina



SALTA

En Salta se conoció el caso en diciembre de 2013, de **UNA ADOLESCENTE DE 14 AÑOS** abusada por su padrastro, cuya madre

solicitó la interrupción del embarazo en el Hospital Público Materno

Infantil de la provincia de Salta donde la joven se encontraba internada

a raíz de la violación sufrida¹⁵. Sin embargo, las autoridades del centro

de salud se negaron a realizar la práctica y solicitaron una orden judicial.

Según las fuentes¹⁶, ante la acción de amparo interpuesta por la asesora

de incapaces representación del “por nacer”, la justicia ordenó que no

se realizara la práctica. En la misma resolución, dispuso que el Minis-

terio Público comience los trámites para entregar a el/la niño/a nacido/a

producto de la violación en adopción y ordenó al Ministerio de Derechos

Humanos de la provincia que en el término de 48 horas entregue un sub-

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

15 Ver información en <http://www.nuevodiariodesalta.com.ar/noticias/816/la-justicia-impedia-hasta-anoche-el-acceso-alabor.html>

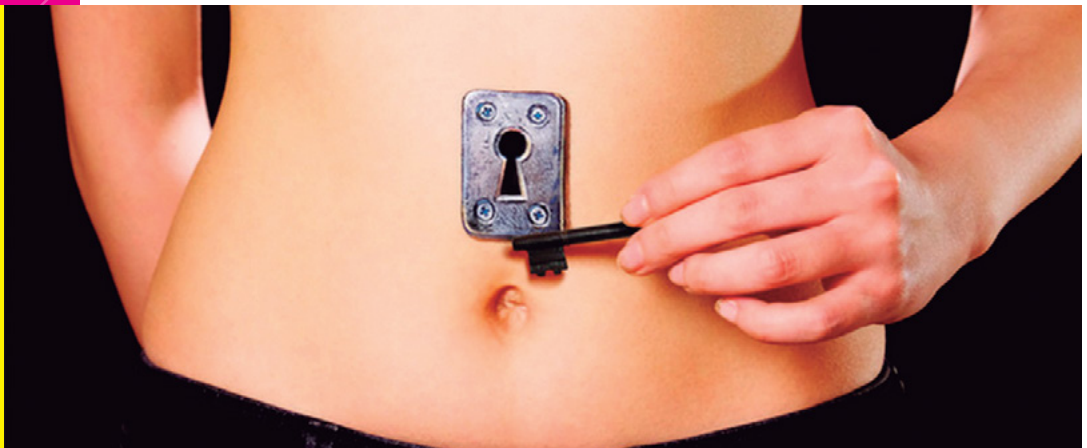
16 Ver información en <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-235825-2013-12-17.html>

sidio a la familia de la niña. El 27 de diciembre de 2013, la Corte Suprema de Justicia de Salta decidió revocar la sentencia y sostuvo que el fallo del juez Soria fue contrario a la ley y a la decisión de la Corte Suprema de Justicia en el caso “F.A.L.” y por lo tanto requirió que se examine su desempeño funcional, remitiendo los antecedentes al Procurador General de la Provincia.



BUENOS AIRES

En abril de 2014, efectores de salud del hospital Mariano y Luciano de la Vega del partido de Moreno en la Provincia de Buenos Aires, 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 su realización pondría en riesgo la salud de la niña, debido al avanzado estado gestacional y a su estado de salud delicado. Cuando la madre de la niña radicó la denuncia de violación no se le brindó un tratamiento integral como víctima de violación sexual, ni le ofreció atención y contención psicológica; tampoco se solicitó la intervención al sistema de salud público, ni le brindó la información necesaria sobre su derecho a acceder a un aborto no punible, incumpléndose la aplicación de los protocolos de atención de violencia sexual vigentes en el territorio de la provincia. Además, todo el plantel del hospital Mariano y Luciano de la Vega se declaró objetor de conciencia, haciendo lugar a la objeción de conciencia institucional; dejando, de esta manera, a las mujeres desamparadas frente al servicio de salud.



SALTA

Otro caso también se conoció en Salta durante el 2016. **JUANA TENÍA APENAS 12 AÑOS** tenía apenas 12 años cuando quedó embarazada. Pertenece al pueblo originario wichí, en la Provincia de Salta, en el norte de Argentina. La niña fue violada por un grupo de criollos en territorio ancestral y obligada a cursar un embarazo hasta los siete



meses de gestación. Pese a que los padres denunciaron la violación, nunca nadie del Estado se acercó a informarle respecto a sus opciones y sus derechos. Una vez más, un Estado ausente que no solo desprotege y actúa en complicidad, sino que además somete a una niña menor de edad a una situación de violencia y tortura. Solo después de 31 semanas le practicaron una cesárea porque el embarazo era inviable y con diagnóstico de anencefalia¹⁷.

ESTAS HISTORIAS, CADA UNA DE ELLAS, REPRODUCEN UN CIRCUITO DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL QUE CARGA CON LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES. SON MUJERES JÓVENES, EN SU MAYORÍA DE ESCASOS RECURSOS, QUE PADECEN LA INDOLENCIA DE UN ESTADO QUE IMPRIME Y REPRODUCE VIOLENCIA EN LA VIDA Y LOS CUERPOS DE LAS MUJERES Y LES NIEGA EL EFECTIVO ACCESO A SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

01 >> LA JUDICIALIZACIÓN DE LOS CASOS

A pesar de que la CSJN a través del fallo “F., A.L.” aclaró el modo en que debía interpretarse el derecho aplicable en casos de aborto legal, han sido numerosos los actores que continuaron recurriendo al Poder Judicial como una herramienta para obstaculizar el acceso al aborto legal¹⁸. Ya sea en casos concretos de aborto legal que llegaron a la justicia porque el protocolo de atención incorpora la necesidad de intervención de asesorías y éstas se encargan de judicializar el caso (contrariando lo que la ordenó la CSJN), o bien porque trasciende al conocimiento público por diversos motivos y algunas organizaciones que buscan obstaculizar el derecho al aborto acuden a la justicia.

La judicialización como herramienta para obstaculizar el acceso al aborto legal, también se verifica en causas cuyas controversias giraron en torno a los protocolos de atención. Por ejemplo, luego del dictado de la sentencia de la CSJN, en **Ciudad de Buenos Aires y en Córdoba, Salta y Santa Fe** se presentaron acciones judiciales a favor y en contra de los protocolos dictados; en **Tucumán** para impedir su implementación y en **Mendoza** para exigirlo¹⁹.

Entre los actores que impulsaron casos judiciales con fines obstructores se encuentran, en primer lugar, organizaciones anti derechos; luego profesionales de la medicina y funcionarios/as judiciales (defensores y fiscales) y, finalmente, actores políticos partidarios, tales como referentes del partido demócrata cristiano.

17 Ver información en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10633-2016-06-11.html>

18 Gebruers C., y Gherardi, N., El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES; Buenos Aires: ELA, 2015. Este informe, por ejemplo, identificó al menos 30 causas judiciales iniciadas, de las cuales al menos 7 fueron obstaculizadoras de casos individuales.

19 Ibídem. Ver los estudios citados donde se presentan análisis detallado de las causas.

En abril de 2011, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas condenó a Argentina en el caso de “LMR c. Argentina”²⁰ 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 salud²¹. La CSJN observó este antecedente en su decisión en F.A.L, y aun así, han seguido registrándose obstrucciones por la judicialización de los casos de aborto legal.

02



CRIMINALIZACIÓN Y PERSECUCIÓN A MUJERES

La aplicación del derecho penal de forma discriminatoria constituye una forma de violencia institucional contra la mujer que es frecuentemente ejercida por personal médico, así como por oficiales de procuración y administración de justicia y agentes encargados de hacer cumplir la ley.

La criminalización de las mujeres cuando sufren emergencias obstétricas e intentan acceder a servicios de salud constituye una violación de las obligaciones internacionales de derechos humanos que Argentina ha contraído, y vulnera los derechos de las mujeres a no ser discriminadas, así como su derecho a la salud y a no sufrir o no ser sometida a tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, entre otros.

Cuando una mujer en situación de vulnerabilidad acude a un hospital público en busca de asistencia vital que le permita poner a salvo su vida e integridad personal, **la posibilidad de ser interrogada, estigmatizada y denunciada como sospechosa de un delito por el personal de salud que debiera asistirle, la coloca frente al dilema de decidir entre su propia muerte o la pérdida de su libertad**²².

A su vez, los obstáculos al aborto legal y la amenaza de criminalización empujan a las mujeres a acudir a abortos inseguros.



20 Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007. LMR es una joven con retraso madurativo que había sido violada; a pesar de que su caso estaba contemplado de manera indudable en las causales previstas por el Código Penal, encontró una serie de obstáculos para acceder al aborto al que tenía derecho. El primero fue en el Hospital San Martín de La Plata y luego por la actuación de la jueza de menores, Inés Siro, que intervino en el proceso y prohibió la interrupción. La injerencia ilegítima de la justicia en la vida de LMR, judicializada hasta llegar a la Corte Provincial que avaló su derecho al aborto y el maltrato del personal médico, que la expulsaron del sistema de salud público hacia el circuito clandestino para realizarse la interrupción del embarazo, lo que puso en riesgo la vida y la salud de LMR. El Estado argentino y la provincia de Buenos Aires hicieron un acto de pedidos de disculpas públicos a LMR en 2014, y en 2015 la Provincia de Buenos Aires la indemnizó por los daños causados.

21 Díaz, E. et. al. 2011. *LMR contra Estado Argentino. Acceso a la justicia en un caso de aborto legal*. Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir / Insgenar.

22 Cavallo, Mercedes. Op. Cit.

> Tucumán

MARÍA MAGDALENA

En 2012, en la provincia de Tucumán, **UNA MUJER CONOCIDA COMO MARÍA MAGDALENA** llegó con un aborto espontáneo en curso al hospital. Las médicas hicieron entrar a la policía a la sala de parto, para que le tomaran declaración. Le mostraron el feto a la madre y al cónyuge, acusándolos de haberse practicado un aborto. A María Magdalena la operaron sin anestesia, como castigo por su presunta conducta; 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 por la violación del secreto profesional y la violencia a la que fue sometida.



© Amnistía Internacional Argentina

BELÉN

En abril de 2016, tomó estado público un caso que pone en evidencia la injerencia del derecho penal en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. **BELÉN²³, UNA JOVEN DE 25 AÑOS DE EDAD**, 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-paciente²⁴. Belén ingresó al hospital público pidiendo

²³ Por 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>

²⁴ El 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



© Amnistía Internacional Argentina

ayuda y fue presa por más de dos años. Primero la imputaron por aborto seguido de homicidio, que es una figura penal inexistente. El fiscal 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. Y finalmente en marzo de 2017 fue absuelta por la justicia. Nadie nunca podrá reparar los años que Belén estuvo tras las rejas a su corta edad.

Sobre este caso, se refirió 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 de Derechos Civiles y Políticos. Allí además de expresar su preocupación por la falta de implementación de abortos legales²⁵, 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”²⁶.

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

25 ONU, 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.

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

➤ Tierra del Fuego

En la Provincia de **TIERRA DEL FUEGO**, en el 2016, una joven en situación de gran vulnerabilidad y con una historia de violencia, fue procesada durante 6 años y finalmente fue absuelta 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 o grave del feto²⁷.

03

➤➤ VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL

El deber de confidencialidad y secreto profesional reconoce su existencia en la protección del derecho a la intimidad como derecho humano. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el deber de confidencialidad implica que las y los proveedores de servicios de salud tienen la obligación de proteger la información de las y los pacientes, y no divulgarla sin su autorización. También deben asegurarse de que las y los pacientes que realmente autorizan que dicha información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara.²⁸

El deber de confidencialidad obliga a las y los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de boca de sus pacientes o en su examen médico, a aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el tratamiento de las y los pacientes, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellos profesionales que recibieron información sin el consentimiento expreso de las y los pacientes.²⁹

27 CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a séptimo combinados del Senegal, julio 2015, disponible en <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG-1d%2FPPRiCAqhKb7yhskcAJS%2FU4wb%2BdlVicvG05Ry5rnmDcit060LGkYHsU3p08Y2nyjSI4rGRZb9Rg-NHfNnt6G6Q7sYONIZyGgQAJDzqdMWlW3ZUYqd0C%2FwolZpYg9WWqlUG6msEoKqK8rcwg%3D%3D>; ver también CEDAW, Observaciones finales, : Perú, UN Doc. CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014), par. 36(a) (el Comité recomienda al estado que “[h]aga extensiva la legalización del aborto a los casos de violación, incesto o malformación fetal severa”); CEDAW, Observaciones finales: Chile, UN Doc. CEDAW/C/CHL/CO/5-6 (2012), par. 34 (“[E]l Comité lamenta profundamente que todas las recientes iniciativas parlamentarias encaminadas a despenalizar el aborto hayan fracasado en el Estado parte, incluso en los supuestos de riesgo para la salud o la vida de la madre, grave malformación del feto o violación.

28 Organización Mundial de la Salud (2003). Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica de Políticas para Sistemas de Salud. Ginebra: OMS, pág. 68.

29 Cavallo, Mercedes. La Confidencialidad Médica en Materia de Aborto en Argentina, Perú y Uruguay. Traducción y reimpresión parcial, permitida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), del artículo original de la autora “Conflicting Duties Over Confidentiality in Argentina and Peru” International Journal of Gynecology and Obstetrics 2011; 112: 159-162. Disponible en: https://www.law.toronto.ca/documents/reprohealth/SP28_Confidencialidad_aborto.pdf

La obligación de respetar la intimidad del y la paciente y el deber de no revelar los datos a los que se acceda en virtud del vínculo sanitario generado entre el/la médico/a y la persona que busca su asistencia médica se encuentra expresamente reconocido por el ordenamiento jurídico nacional y por diversas normas de derecho internacional. Asimismo, la violación del secreto médico constituye un delito en nuestro sistema penal.

Sin embargo, a pesar de la amplia normativa que protege la privacidad y el secreto profesional, podemos observar numerosos casos en nuestro sistema de salud en los cuales no sólo no se condena la violación del secreto médico y la obligación de confidencialidad por parte de los/as médicos/as intervinientes sino que, a su vez, se reivindica la denuncia de abortos como una conducta esperada de los y las profesionales de la salud.



© Amnistía Internacional Argentina

Mantener la confidencialidad de la información obtenida de las y los pacientes es un interés crítico de la salud sexual y reproductiva.³⁰ De forma particular, el Comité CEDAW ha expuesto su preocupación por el vínculo entre el cumplimiento del derecho a la privacidad en materia de salud, el tratamiento vinculado a un aborto, incluyendo un aborto espontáneo, y la salud de las mujeres al señalar que “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”.³¹

En el mismo sentido, se expresó el MESECVI al sostener “Que el acceso a los servicios de salud en general, y a los servicios de interrupción del embarazo en particular, debe ser confidencial y la objeción de conciencia del personal de la salud no puede resultar en ningún caso en una vulneración de los derechos humanos de las mujeres”³².

El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en su Observación General 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, puntualizó que un “ámbito en que puede ocurrir que los Estados no respeten la vida privada de la mujer guarda relación con sus funciones

30 CIDH, Informe sobre *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61 22 noviembre 2011, párr. 76.

31 Comité CEDAW, “Recomendación general No. 24, La mujer y la salud (artículo 12),” UN Doc. A/54/38/Rev.1, 1999, párr. 12(d).

32 Cfr. MESECVI, “Declaración sobre la Violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos”, del 19 de septiembre 2014.

reproductivas, como ocurre, por ejemplo... cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos”³³.

La Corte IDH, por su parte, ha considerado que la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión se encuentra privilegiada por el secreto profesional,³⁴ y determinó que los médicos tienen un derecho y un deber de guardar la confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos.³⁵

La autoridad que los proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer sobre sus pacientes sitúa a las mujeres en una posición de indefensión, mientras que la falta de marcos jurídicos y normativos que permitan a las mujeres ejercer su derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva eleva los riesgos de que puedan ser sometidas a tortura y otros malos tratos.³⁶

En particular, la denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y la atención post aborto, incluyendo en casos de aborto espontáneo, así como las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto, han sido motivo de especial preocupación del Relator Especial sobre la tortura.³⁷

El caso de **Belén** mencionado arriba ilustra la manera en que los operadores de salud, las fuerzas de seguridad y la propia justicia han avanzado en contra de la protección a la privacidad de Belén al denunciarla. La sentencia penal contra Belén, estuvo sostenida en las declaraciones testimoniales del personal médico que la atendió. El caso de Belén es representativo de otros casos que han tomado estado público. En 2012, también en Tucumán una mujer de 26 años llegó con un aborto en curso al hospital (es el caso de “María Magdalena”). Las médicas que la atendieron hicieron ingresar 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. Tras estar procesada cerca



© Amnistía Internacional Argentina

33 Comité de Derechos Humanos, “Observación General No. 28, Comentarios generales adoptados por el Comité de Derechos Humanos, Artículo 3 – La igualdad de derechos entre hombre y mujeres,” UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.7, 2000, párr. 20.

34 Corte IDH, Caso “De La Cruz Flores Vs Perú”. Sentencia de 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 97, Corte IDH Caso “Pollo Rivera y O. vs Peru”, Sentencia de 21 de octubre de 2016 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 236y 237.

35 Corte IDH, Caso “De La Cruz Flores Vs Perú”. Sentencia de 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 101

36 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 5 de enero de 2016, A/HRC/31/57, párr. 42

37 Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/53, párr. 46.

de tres años³⁸, la mujer fue finalmente sobreesida del delito de aborto a fines de 2015. Las médicas fueron denunciadas por haber violado el secreto profesional, pero la Corte provincial rechazó investigarlas. La causa se encuentra a estudio de la CSJN para investigar la responsabilidad de violación del secreto profesional y la violencia a la que fue sometida la mujer.³⁹

A pesar de que la violación al secreto profesional es un delito y lo que haga el sistema judicial en consecuencia resulta nulo, la información obtenida en la atención médica activa el dispositivo de persecución penal y los jueces y fiscales lo validan, impulsando la investigación y sometiendo a proceso a las mujeres. Este tipo de conductas obliga a las mujeres a que, ante este tipo de situaciones, deban verse obligadas a elegir entre la cárcel o la muerte.

04



EJERCICIO ABUSIVO DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia en materia de salud y especialmente de salud sexual y reproductiva utilizada de manera abusiva y arbitraria ha constituido una barrera ilegítima para el acceso a las prestaciones legales de aborto⁴⁰.

Pese a que esta misma Comisión Interamericana ha reconocido el derecho a la objeción de conciencia, también ha sido enfática en afirmar que el establecimiento claro de los límites y deberes derivados de la objeción de conciencia debe ser una prioridad⁴¹. En efecto, el ejercicio de este derecho no puede atentar contra los derechos de los y las pacientes⁴².

De hecho, la CSJN en el fallo F.A.L reconoce el derecho de objetar la realización de un aborto legal siempre que ello no afecte el derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo en los términos que establece la ley. En este sentido, ordenó que se disponga un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia. Sin embargo, no hay datos sobre la creación a nivel nacional de un registro de objetores de conciencia que cumpla con lo establecido por el fallo y el personal de salud continúa invocando la objeción de conciencia, dejando a las mujeres en condiciones de desamparo porque no se ocupan de garantizar que puedan acceder al derecho al aborto legal.

El uso abusivo de la objeción de conciencia por parte de los efectores de salud ha sido una de las barreras más comunes, que se traducen en dilaciones, maltrato, información errónea y malintencionada.

38 "Dos Médicas con paraguas". <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-305117-2016-07-25.html>

39 <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-200919-2012-08-13.html>

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

41 Comisión interamericana de derechos humanos, "Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos", OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61 22 noviembre 2011.

42 Deza, S. 2015. Gobierno del cuerpo de las mujeres. Protocolos de aborto y objeción de conciencia. *Perspectivas bioéticas*, 34.



Como se señaló arriba, en la provincia de **Buenos Aires** los médicos del hospital Mariano y Luciano de la Vega del partido de Moreno, todo el plantel del hospital se declaró objetor de conciencia y se negó 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 pondría en riesgo la salud de la niña, debido al avanzado estado gestacional y a su estado de salud delicado⁴³.

A su vez, 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. Los actores debieron recurrir a la justicia luego de que tanto los/as médicos/as del sanatorio donde estaba siendo atendida la mujer como el sanatorio mismo como institución se negaran a realizar la práctica con fundamento en su derecho a la objeción de conciencia. Si bien el juez reconoció que la objeción de conciencia institucional no puede ser planteada por centros de salud públicos, de todos modos, la admitió en este caso con fundamentos lamentables que sólo refieren de manera vaga a los derechos de la mujer. El juez, no sólo admitió la objeción de conciencia institucional sino que, además, obligó a la mujer a solicitar a su Obra Social la información concerniente a qué otro prestador, de similares características al sanatorio demandado, podía efectuar la intervención⁴⁴.

LA LIBERTAD RELIGIOSA COMO EXCUSA PARA VIOLAR DERECHOS

Por otro lado, en junio de 2017 se presentó un proyecto de Ley presuntamente orientado a proteger la **libertad religiosa**⁴⁵, introduce, a través de sus articulados, de manera explícita el derecho a la objeción de conciencia, de las **personas y de las instituciones**. Específicamente, establece que “toda persona tiene derecho a invocar un deber religioso relevante o una convicción o moral sustancial como razón para negarse a cumplir una obligación jurídica” incluyendo a los **funcionarios públicos**.

Este articulado constituye un retroceso sustantivo porque revierte la excepcionalidad del instituto de la “objeción de conciencia”,

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

44 ADC, 2015. Informe citado. Pág. 37

45 Proyecto de Ley sobre Libertad Religiosa, Proyecto 0010/PE/2017 (<http://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2017/PDF2017/TP2017/0021-S-2017.pdf>). El artículo 7º protege el “derecho a la objeción de conciencia, institucional o de ideario”, y establece que “toda persona tiene derecho a invocar un deber religioso relevante o una convicción o moral sustancial como razón para negarse a cumplir una obligación jurídica” incluyendo a los funcionarios públicos. Ver a este respecto, observaciones de AI al proyecto: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/06/Carta-a-Ma-cri-y-PEN-por-Proyecto-Libertad-religiosa-1.pdf>

pasando ésta a ser casi la regla. En efecto el texto solo instituye como requisito que la creencia religiosa sea “sincera” presumiendo la “buena fe” del objetor por la existencia de dicha norma religiosa.

De esta manera, de acuerdo a esta norma, un docente podría negarse a impartir una clase sobre la “teoría de la evolución” por encontrarse en pugna con su creencia religiosa, cercenando el derechos de niños, niñas y adolescentes a la educación; un maestro podría limitar la enseñanza religiosa a la moral sexual cristiana o moral de cualquier otra religión; un registro civil podría negarse a casar a un matrimonio entre parejas del mismo sexo basándose en principios morales o religiosos, violando el derecho a la igualdad y no discriminación de las personas. Un hospital público negarse a proveer el aborto legal.

A este respecto, el Comité CEDAW⁴⁶ ha indicado que “Los Estados Partes deberían organizar más servicios de salud para que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva, incluido el aborto y la atención post-aborto”⁴⁷. Por su parte, el Comité contra la Tortura, y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes manifestó su preocupación por las restricciones al acceso al aborto, especialmente para las víctimas de violación, debido a la negativa de algunos médicos y clínicas a practicar intervenciones legales, alegando objeciones de conciencia. Y sostuvo que, de conformidad con la Guía técnica y de políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el aborto sin riesgos, el Estado parte debe garantizar que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida a las personas acceder a los servicios a los que legalmente tienen derecho. El Estado parte también debe aplicar un marco jurídico y/o de políticas que permita a las mujeres el acceso al aborto siempre que el procedimiento médico esté autorizado por la ley⁴⁸.



LOS DATOS SOBRE ABORTO EN ARGENTINA MUERTES DE MUJERES. UNA REALIDAD CONDENABLE E INADMISIBLE

Las **muerteres maternas** son aquellas que se producen durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a su terminación, independientemente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención

46 Comité CEDAW, Informe sobre Belice, UN Doc. A/54/38/Rev., julio del 1999, parte 2, párrafo 56; Informe sobre República Dominicana, UN Doc. A/53/38/Rev. 1, julio del 1998, parte I, párrafo 337, entre otros.

47 Comité CEDAW, Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con ocasión de la revisión del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994), más allá de 2014, Quincuagésimo séptimo período de sesiones, celebrado entre el 10 y 28 de febrero de 2014.

48 Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Polonia, del 23 de diciembre de 2013, disponible en <http://bit.ly/1xpQJTi>

pero no por causas accidentales o incidentales⁴⁹. Esta definición, sobre la que existe un consenso extendido, se complementa con la definición de las muertes **maternas tardías**, que son las que se producen por causas obstétricas directas o indirectas a más de 42 días, pero antes de un año, después de la interrupción del embarazo⁵⁰.

Tal como ha reconocido el Estado Argentino, “la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción”⁵¹, por lo que incluso sus cifras oficiales no representan el total de mujeres que han perdido la vida.



© Amnistía Internacional Argentina

La denegación de servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres señalados en los párrafos precedentes repercute directamente sobre las cifras de mortalidad materna (MM) en Argentina.

Durante los últimos 30 años, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa de mortalidad materna y han representado un tercio del total de esas muertes⁵². Las estadísticas del quinquenio 2010-2015 muestran que casi el 20% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros⁵³.

Si bien la Argentina tiene una tasa de fecundidad baja, las mujeres están expuestas a riesgos desproporcionados al quedar embarazadas: en 2014, de acuerdo las Estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, 290 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas al embarazo⁵⁴. En 2013, las muertes habían ascendido a 243 y 2012 a 258⁵⁵.

49 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE - 10 edición, citado en World Health Organization, 2012.

50 En Argentina, de acuerdo con la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, las muertes tardías “no se incluyen en el numerador de la tasa de mortalidad materna”. Y se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

51 Ídem.

52 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010 a 2015. Disponible en www.deis.gov.ar, acceso 10 de febrero de 2018.

53 Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010 a 2015. Disponible en www.deis.gov.ar, acceso 10 de febrero de 2018.

54 DEIS, 2016. Síntesis estadística disponible en <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/05/Sintesis-estadistica-Nro1.pdf>

55 DEIS, 2014 y 2013.



Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas⁵⁶ representan un cuarto de la MM⁵⁷. 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** (artículo 86 inciso 1 Código Penal).

A su vez, la Razón de Mortalidad Materna en la Argentina resulta alta en relación con otros indicadores de salud reproductiva, como la proporción de partos institucionales, la de partos atendidos por personal calificado y la prevalencia de uso de anticonceptivos⁵⁸.

Por lo demás, 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 causa⁵⁹. 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 provincia de Buenos Aires. En efecto, provincias del NEA y NOA (Noreste y Noroeste Argentino) tienen RMM similares a la de los países de alta mortalidad materna de América Latina: Formosa tiene un nivel similar al de República Dominicana; y Jujuy se asemeja a Paraguay⁶⁰.

EN LA ARGENTINA NO SE ESTÁ LLEVANDO A CABO UN ADECUADO SISTEMA DE VIGILANCIA ACTIVO DE LAS MUERTES MATERNAS.

LOS DATOS SOBRE LA PRÁCTICA DE ABORTOS LEGALES



En lo que respecta a la práctica del aborto, Argentina presenta un sistema de registro sanitario ineficiente que se acentúa con respecto a la situación del aborto legal⁶¹.

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

57 Romero, Ábalos, & Ramos, 2013.

58 Romero et al, 2010.

59 Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

60 Romero, Ábalos, & Ramos, 2013.

61 Las carencias de los datos disponibles se complican especialmente en nuestro país dado que durante más de 90 años, el aborto legal no fue una prestación sanitaria disponible en los servicios de salud pública del país y se realizaban en servicios privados y clandestinos. No existe ni siquiera un registro privado o parcial de los abortos realizados en relación al artículo 86 del CPN hasta bien entrado este siglo.

En la actualidad, **resulta imposible contar con un dato certero sobre la cantidad de abortos no punibles realizadas en los últimos tres años** ni sobre la calidad de las prestaciones, dado que los sistemas oficiales nacionales o provinciales de relevamiento de datos sanitarios sistemáticos no contemplan especialmente el detalle de datos sobre aborto legal o los datos disponibles no se reportan con suficiente desagregación.

La información sobre aborto legal en todo el país resulta clave para mejorar la atención y la calidad de los servicios, no solo para garantizar el derecho a dicha práctica según lo ha exigido la Corte Suprema, sino también para disminuir los índices de morbilidad materna

LAS CIFRAS ESTIMATIVAS SOBRE ABORTOS CLANDESTINOS

La estimación de las cifras de aborto clandestino en Argentina no es una tarea sencilla, puesto que históricamente ha sido atravesada por una situación de temor por parte de los proveedores y la población.

Diversas metodologías desarrolladas por científicos sociales y demógrafos, en particular, permiten estimar las cifras del aborto inducido en una comunidad⁶². Los métodos disponibles (método residual y el método por egresos hospitalarios⁶³) combinan información resultante de encuestas a proveedores de abortos, estadísticas sobre complicaciones del aborto, datos sobre mortalidad, encuestas de población, estudios prospectivos, informes anónimos de terceras personas, y estimaciones de expertos, entre otros.

Estimaciones realizadas en 2006, indicaban que en el país se practican entre 370.000 y 522.000 abortos clandestinos al año⁶⁴. Ambos estudios, pese a que no arriban a datos exactos, ofrecían órdenes de magnitud para informar el debate sobre la práctica del aborto en 2005.

En los hospitales públicos de todo el país se registran casi 49.000 internaciones por abortos al año⁶⁵. Del total, alrededor del 17% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años, y alrededor del 47% a mujeres de entre 20 y 29 años.

Lamentablemente, según aclaran los estudios disponibles, la falta de datos precisos y confiables sobre las internaciones hospitalarias y los in-

62 Aborto inducido es el aborto causado de forma voluntaria, ya sea por la mujer gestante o por otra persona. Se contrapone al aborto espontáneo que es el que sucede sin la intervención de una persona y se produce por causas naturales. Para más información ver: World Health Organization. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra.

63 El método por egresos hospitalarios considera como datos básicos, en primer lugar, los egresos hospitalarios por aborto que surgen del registro de los hospitales públicos y que dan cuenta del motivo por el cual una mujer puede haber estado internada por un mínimo de 24 horas en un servicio en uso de una cama hospitalaria, su edad y sexo. El método residual relaciona la fecundidad real con una fecundidad máxima teórica; la prevalencia de uniones; el uso de métodos anticonceptivos; la cantidad de abortos; y el índice de infertilidad posparto. El método toma todos estos datos para determinar el número de abortos voluntarios a partir de la cifra faltante entre los nacimientos teóricos esperados y los nacimientos reales en un determinado territorio.

64 Ministerio de Salud de la Nación, http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf, pág. 12.

65 Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico, año 2013, diciembre de 2015, p. 8.



dicadores de fertilidad y reproducción, pueden impactar de forma negativa en la estimación de los abortos.

Argentina debe volver a contar con una estimación de abortos inducidos para poder dar cuenta de la magnitud del problema y poder trabajar en la prevención y la acción de manera informada estratégica y planificada.

CONCLUSIONES

Como hemos señalado en el presente informe, los obstáculos al aborto legal y la amenaza de criminalización empujan a las mujeres a acudir a abortos inseguros. La penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales y ello afecta los derechos de miles de mujeres en nuestro país.

Se ha demostrado que pese a la prohibición del aborto en las legislaciones locales, las mujeres continúan acudiendo a esta práctica. De hecho, la tasa de aborto en los países donde el procedimiento está mayormente restringido (en general, menos desarrollados) es similar a la registrada en países donde los criterios de la legislación son más amplios (en general, más desarrollados).

Es posible concluir entonces que “[r]estringir el aborto por vía legal no garantiza una tasa de aborto baja; de igual manera, permitir el aborto bajo criterios amplios no se traduce en una tasa alta. El estatus legal, sí afecta, sin embargo la seguridad del aborto”⁶⁶.

En relación con ello, la Organización Mundial de la Salud ha dicho que cuanto más restrictiva es la legislación sobre el aborto, mayor es la probabilidad de que éste no sea seguro y cause la muerte⁶⁷.

En un informe de 2011, 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 calidad⁶⁸. Y que “[l]a penalización genera y perpetúa el estigma, limita la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información disponible en materia de salud sexual y repro-

66 Instituto Guttmacher, “Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual”, 2009, pág. 21.

67 OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Ginebra, 2003), pág. 86. Ver también Relator ONU sobre Derechos a la Salud, párr. 25, en donde se indica que dado que las restricciones jurídicas influyen considerablemente en las condiciones en que se practica un aborto, es probable que en los regímenes más restrictivos se produzcan más abortos en condiciones peligrosas.

68 Relator 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



ductiva, 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”⁶⁹.

Es por todo ello que Amnistía Internacional considera necesario que el Estado garantice el aborto legal, seguro y accesible en los casos de violación y cuando peligre la vida o la salud de la mujer, en todo el territorio de Argentina de acuerdo a la normativa interna, pero a su vez, confía en la necesidad de impulsar un debate serio, informado y comprometido sobre la despenalización del aborto, en línea con los estándares internacionales de derechos humanos

Tal como indica el derecho internacional, las mujeres jamás deben ser sometidas a procesos penales ni obligadas a poner en riesgo su vida o su salud, cuando necesiten interrumpir su⁷⁰. Es fundamental avanzar hacia la derogación de legislación que permite criminalizar a las mujeres por solicitar o someterse a un aborto. La criminalización del aborto no sólo no disuade a las mujeres de practicarse abortos clandestinos, sino que además las induce a recurrir a métodos de aborto riesgosos para su salud y su vida.

La penalización del aborto y sus restricciones además de negar el derecho a la salud y la vida de mujeres, crea un problema serio de salud pública porque da lugar a prácticas clandestinas e inseguras que durante décadas han constituido una de las principales causas de mortalidad materna.*



© Amnistía Internacional Argentina

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

70 ONU, Comité CEDAW, Recomendaciones Finales Argentina 2010; Relator 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. Este último ha dicho que los Estados deben abstenerse de emplear restricciones jurídicas o leyes penales para regular la salud pública que no estén fundamentadas en pruebas ni sean proporcionadas, ya que violan el derecho a la salud de las personas afectadas y además son contrarias a los propios fines que las justifican.



VER TODOS LOS INFORMES DE LA SERIE “APORTES AL DEBATE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS”

DOCUMENTOS



- <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/01-Informe-estado-ILE.pdf%20>
- <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/03-Informe-Medicion-de-abortos.pdf>
- <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/04-Registro-de-Aborto-no-punible.pdf%20%20>
- <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/05-Embarazo-Adolescente.pdf%20>
- <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/02-Ejes-Centrales.pdf>