



EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN ARGENTINA

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

168° PERÍODO DE SESIONES

9 DE MAYO DE 2018

SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA

I. INTRODUCCIÓN

Los efectos de la criminalización del aborto son palmarios en Argentina: durante los últimos 30 años las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa individual de mortalidad materna y han representado un tercio del total de esas muertes. Las estadísticas para los años 2014-2016 muestran que el 17% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros.

El país ha sido objeto de críticas y recomendaciones de distintos Organos de Tratado de las Naciones Unidas, el Comité de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) con el Estado¹. También estuvo presente en el Examen Periódico Universal en noviembre de 2017, así como de la visita de la Relatora sobre la Violencia contra la Mujer de la ONU al país.

Un denominador común retomado por estas distintas instancias internacionales ha sido las diferentes formas de violencia contra la mujer, entre ellas la de los derechos sexuales y reproductivos; se ha hecho especial hincapié en los obstáculos que siguen restringiendo la accesibilidad del aborto legal, la necesidad de trabajar en la legislación y la necesidad de avanzar hacia la descriminalización del aborto.

Hoy Argentina enfrenta un doble desafío: implementar y garantizar el acceso al aborto legal en las causales previstas en la norma y avanzar hacia la despenalización y pasar de un modelo de causas, a un modelo de plazos. Tal como indica la Organización Mundial de la Salud, la despenalización no pronostica un número mayor de abortos, pero sí reduce la mortalidad materna. Estadísticas y estudios mundiales muestran que donde las leyes son restrictivas, la mayoría de las prácticas son inseguras y las tasas de abortos, altas. Por ejemplo, a nivel regional, Uruguay expuso números concretos de reducción de muertes relacionadas con el embarazo y aborto, producto de su política de disminución de riesgos y daños y legalización.

El reclamo por el acceso al aborto legal, seguro y gratuito es central en la agenda del movimiento de mujeres de Argentina y ha sido enarbolado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto

¹ Ver a este respecto, sesiones de fecha julio y Noviembre 2016, respectivamente, conforme puede verificarse en la página web del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: www.ohchr.org



desde su creación en el año 2003, en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres.² La Campaña presentó por primera un proyecto de Ley que acumuló más de 70 firmas de diputadas y diputados para despenalizar el aborto en 2007. El proyecto fue presentado cada dos años para evitar que perdiera estado parlamentario.

Recién este año, el Poder Ejecutivo mencionó la necesidad de dar este debate legislativo en la apertura parlamentaria y en febrero el Poder Legislativo se hizo eco de este reclamo y ha resuelto, después de 35 años, abrir la discusión durante 2018. Es así que el 6 de marzo se presentó por séptima vez el proyecto de la Campaña Nacional y el Poder legislativo dio inicio a un proceso de discusión plenaria entre comisiones, que inició con jornadas de exposiciones para alimentar el debate parlamentario. Se han realizado seis jornadas de exposiciones en las que se presentaron argumentos a favor y en contra de la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Estas jornadas terminarán a fines de este mes, para luego pasara a la discusión en el recinto. Las opiniones en contra han utilizado el argumento de que la despenalización del aborto contravendría la protección del derecho a la vida desde la concepción, en una interpretación restrictiva de la Convención Americana en su art. 4.

La discusión que acaba de comenzar formalmente en la Cámara de Diputados, de ser votada afirmativamente, deberá ser tratada luego en la Cámara de Senadores de la Nación, y luego refrendada, reglamentada e impulsada para su efectiva aplicación en todo el país por el Poder Ejecutivo Nacional: queda aun, un camino por recorrer.

En esta ocasión, queremos alertar que a la par de la discusión parlamentaria por la legalización del aborto se han presentado una serie de proyectos de ley regresivos que procuran prohibir el aborto y promover un subsidio para las mujeres abusadas sexualmente mientras llevan adelante el embarazo, e incluso adelantar los partos para promover la adopción prenatal³. En particular, genera preocupación un proyecto de Ley presentado el Poder Ejecutivo Nacional en junio de 2017⁴ sobre Libertad religiosa, que entre muchas cuestiones polémicas, establece una regulación de la objeción de conciencia, que de manera explícita la reconoce como un derecho de personas y de las instituciones. Esta propuesta es muy riesgosa, ya la que objeción de conciencia ha sido utilizada de manera abusiva para obstaculizar el acceso a derechos particularmente a mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, que se ha constituido como una barrera ilegítima para el acceso a las prestaciones legales de aborto en la Argentina.

En este contexto el aporte de la CIDH en el marco de esta audiencia es muy valioso. Por un lado, para que la Comisión Interamericana pueda acompañar y orientar el debate legislativo, reforzando los estándares que establece el DIDH en materia de derechos reproductivos, así como

² Véase información en la web de la Campaña Nacional por el Derecho al aborto legal, seguro y gratuito: <http://www.abortolegal.com.ar/about/>

³ Contraproyecto de Ley, Cámara de Diputados, “Ley de Protección integral de los derechos de la mujer embarazada y de las niñas y los niños por nacer”, 2018. 0539-D-2018. Este proyecto ha sido presentado en repetidas ocasiones desde el año 2010. Por su parte el proyecto de adopción prenatal, no llegó a presentarse. Véase información disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2018/03/13/una-diputada-de-cambiemos-propuso-sacar-el-feto-en-la-semana-20-de-embarazo-y-ponerlo-en-incubadora-para-evitar-abortos/>

⁴ Proyecto presentado el 12 de junio de 2017, 0010/PE/2017. A pesar de las diversas críticas recibidas, el proyecto no fue retirado y este año el poder Ejecutivo volvió a insistir con su tratamiento en Comisiones.



como involucrarse en una de las mayores problemáticas que aquejan a las mujeres, personas trans, niñas y adolescentes en nuestro país: la falta de implementación de políticas de salud sexual y reproductiva y, en particular, los obstáculos a los abortos legales y, de este modo, colaborar en el monitoreo de las medidas conducentes para lograr su reversión.

II. EL ABORTO LEGAL EN ARGENTINA: CONTEXTO NORMATIVO

Nuestro ordenamiento legal autoriza desde 1921 el aborto bajo ciertas circunstancias: en caso de peligro para la vida o la salud de la mujer, en caso de violación y en caso de atentado al pudor de una mujer idiota o demente. Este modelo, se denomina de indicaciones o causales. Durante años la interpretación alrededor de esas causales generó controversias hasta que en marzo de 2012, la Corte Suprema Justicia de la Nación (CSJN o la Corte) se pronunció en el caso “F., A.L.”⁵ y clarificó no sólo el alcance del derecho al aborto no punible, sino que también estableció pautas para evitar los obstáculos más frecuentes, al establecer que no se requiere autorización judicial ni denuncia policial previa para acceder al aborto en estos casos⁶.

La Corte exhortó al Estado a asegurar la “disposición de todas las condiciones médicas y sanitarias requeridas para la realización de los abortos legales de manera rápida, accesible y segura”⁷ sin imponer cargas desproporcionadas a las mujeres. Para ello, el tribunal convocó a los poderes judiciales de todas las jurisdicciones a que se abstengan de judicializar el acceso a los abortos legales. Además, ordenó 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. La Corte fue precisa al establecer que los protocolos deben contemplar algunas pautas para dar cuenta del objetivo que persigue la decisión: entre otras, que se garantice el acceso a la información y la confidencialidad de la usuaria; que se eviten dilaciones innecesarias, por ejemplo con la intervención de comités que pudieran generar demoras en la práctica o disminuir su seguridad, que no se requiera autorización judicial ni denuncia policial en los casos de violación, sino que sea suficiente una declaración jurada de la mujer; y que 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.

Desde el año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación publica y actualiza un protocolo de atención de abortos no punible que, en términos generales, se adecúa a los estándares de la Organización Mundial de la Salud y los criterios previstos en el fallo “F.,A.L.” de la CSJN⁸. La última actualización

⁵Corte Suprema de Justicia de la Nación, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Disponible en: <http://bit.ly/1BIDqI9>.

⁶Buscar, Lourdes “Aborto legal, seguro y gratuito: las consecuencias de la falta de debate”, en CELS, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2012*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2012, pp. 377-400.

⁷CSJN, F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva”, Considerando 25

⁸Véase 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>



es del año 2015. 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.

Luego de la exhortación efectuada por la CSJN en el fallo “F.,A.L.” de 2012, sólo algunas provincias aprobaron protocolos de atención para los casos de interrupción legal de embarazo acordes con la interpretación y requisitos establecidos en la sentencia. Varias otras no dictaron ni pusieron en marcha protocolos de atención y muchas establecieron requisitos que obstaculizan indebidamente el acceso a la práctica. A seis años de la exhortación de la Corte Suprema encontramos que sólo un tercio de las jurisdicciones obligadas, nueve de 24, cuentan con protocolos de atención que se adecúan a los lineamientos del fallo de la Corte. Por su parte, ocho provincias no cuentan con protocolos de atención para la interrupción legal del embarazo, mientras que las otras siete jurisdicciones poseen protocolos que establecen requisitos y exigencias indebidas que constituyen obstáculos ilegales al aborto legal.⁹ Esta heterogeneidad normativa respecto de la atención sanitaria implica que, dependiendo de en qué provincia se encuentre, una mujer podría acceder a un aborto legal, mientras que en otra provincia, su derecho podría ser negado, empujándola a la clandestinidad y la criminalización. De esta forma, por su ubicación geográfica, las mujeres argentinas pueden o no tener asegurado el respeto a sus derechos fundamentales. Esta situación violenta gravemente el principio de igualdad y no discriminación, lo que implica a su vez la responsabilidad del Estado de adoptar medidas positivas para asegurar condiciones de igualdad y no discriminación en el goce de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Estructura federal del país en relación con el derecho a la salud: marcos jurídicos en las provincias

Argentina es un país federal. Como tal, tanto la Constitución Nacional como los Códigos de fondo (entre ellos, el Código Penal de la Nación) se aplican en todas las provincias y en la ciudad de Buenos Aires (CABA), que se reservan la facultad de dictar sus propias constituciones, los códigos de procedimiento como así también toda la normativa vinculada al acceso a la educación y a la salud, entre otras. En consecuencia, tanto las provincias como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires están obligadas a respetar, proteger y garantizar el derecho al aborto legal en los términos establecidos por el Código Penal (es decir, de acuerdo con las causales mencionadas más arriba) en concordancia con la exhortación de la CSJN en el caso “F.,A.L.”¹⁰. A tal fin, tienen facultades para regular el

⁹Nueve provincias que cuentan con protocolos que se adecúan a “F.,A.L.”: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe, Río Negro y Tierra del Fuego. Siete jurisdicciones con exigencias que pueden dificultar el acceso al aborto: Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, y Salta. Ocho provincias que no cuentan con protocolos: Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán. Véase el informe presentado por organizaciones de la sociedad civil ante el Comité CEDAW sobre la situación del aborto en Argentina, disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_NGO_ARG_25467_S.pdf

¹⁰ Si bien es cierto que la Corte Suprema sólo decide en los casos concretos que le son sometidos y su decisión no resulta vinculante para casos análogos, existen numerosas razones para concluir que el fallo “F.,A.L.” tiene fuerza vinculante: 1) El rol de la Corte Suprema como cabeza del Poder Judicial, garante supremo de los derechos humanos y último intérprete de la Constitución Nacional imprime a sus decisiones un enorme peso tanto simbólico como institucional. Tal carácter determina que sus decisiones deben ser efectivamente obedecidas. 2) La sentencia dictada en el caso “F.,A.L.”, además,



procedimiento de atención y establecer los requisitos que se deben cumplir para que las mujeres accedan a la práctica. Pero al hacerlo, deben respetar los derechos humanos de las mujeres consagrados en la Constitución Nacional, y en los diversos tratados internacionales de derechos humanos ratificados por nuestro país por cuanto frente a dicho ordenamiento, el Estado no puede “alegar su estructura federal para dejar de cumplir una obligación internacional”¹¹. Independientemente del formato que cada jurisdicción elija –ya sea protocolos adoptados por resolución administrativa de cada ministerio de salud local o por ley de la legislatura local– en ningún caso pueden vulnerar la legislación de fondo.

Sin embargo, a seis años de la exhortación efectuada por la CSJN en el fallo “F.A.L.”, como mencionamos, como mencionamos **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.**

Para ponerlo en términos concretos: la situación es tan arbitraria que en la práctica, en función de la jurisdicción en que le haya tocado nacer a una mujer o niña, ésta podrá ejercer su derecho de acceso al aborto o no. 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.

Así, Argentina presenta un mapa desigual y selectivo, un “no-federalismo sanitario”. Según datos del 2014 en Formosa la mortalidad materna es de 9,6 muertes cada 10.000 nacimientos. En la Ciudad de Buenos Aires, en cambio, es de 1,8 cada 10.000 nacimientos. Esto significa que dependiendo del lugar en donde le haya tocado nacer a una mujer tendrá mayores o menores chances de ejercer sus derechos: una mujer formoseña tiene mucho más riesgo de morir que una porteña.

No se trata sólo de un problema de salud sino de un problema de desigualdad que se profundiza cuando se trata de abortos realizados en condiciones inseguras por mujeres pobres. Según cifras del 2016 del Ministerio de Salud de la Nación 76,7 por ciento pierde la vida en hospitales públicos; 13,95 por ciento en establecimientos privados; 7 por ciento en el domicilio particular y 2,33 por ciento en otros lugares. En particular, la situación de **niñas y adolescentes** es alarmante. La población adolescente actual es la más numerosa de la historia (dividendo demográfico)¹². En Argentina, cada

es de evidente carácter estructural en tanto involucra derechos e intereses colectivos de todas las mujeres y, como señaló el mismo Tribunal, pretende terminar con una “práctica contra legem” de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso a ANP; 3) La propia Corte, en el caso “F.,A.L.”, consideró que, pese a que el aborto no punible ya se había practicado, era “necesario decidir las cuestiones propuestas aun sin utilidad para el caso en que recaiga el pronunciamiento, con la finalidad de que el criterio del Tribunal sea expresado y conocido para la solución de casos análogos que puedan presentarse en el futuro”. 4) Según jurisprudencia uniforme de la CSJN, los/as jueces/juezas inferiores tienen “el deber de conformar sus decisiones” a las sentencias de la Corte, dada su condición de “intérprete supremo de la Constitución y de las leyes dictadas en su consecuencia”. Los/as jueces/juezas inferiores sólo podrían apartarse de dichos precedentes en circunstancias y bajo condiciones muy específicas (esto es, si dan “razones justificantes, serias y respetuosas” o “nuevos argumentos que justifiquen modificar la posición sentada por el Máximo Tribunal”).

¹¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párr. 36.

¹²UNFPA, 2013.



día 298 adolescentes entre 15 y 19 años son madres, 240 por primera vez, 50 por segunda y 10 por tercera.¹³ Casi 7 de cada 10 adolescentes de entre 15 y 19 años que tuvo un hijo en 2015 no había buscado ese embarazo¹⁴.

Sin perjuicio de las autonomías de las provincias y que las responsabilidades en materia de salud son compartidas entre la Nación y las provincias por tratarse de una materia no delegada a la Nación, lo cierto es que el Estado federal tiene la obligación de asegurar mínimos de atención de forma igualitaria y no discriminatoria en todo el país.

En este sentido, la ley de ministerios 26.338 establece como competencia del Ministerio de Salud de la Nación el “entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica” (art. 23 ter.12) así como la “coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial municipal, de la seguridad social, y del sector privado” (art. 23 ter.14).

A su vez, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, dependiente del Ministerio de Salud, tiene como objetivo el “normalizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario -con el fin de asegurar la calidad de los servicios y de las prestaciones que se brindan a la población- y proponer las medidas necesarias para garantizar la calidad de los mismos” (art. 2°, Decreto 1424/97).

Asimismo, el decreto referido establece que la normativa creada por el Programa Nacional “será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos nacionales de salud, en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, en el Sistema Nacional de Obras Sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, así como en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del Sector Salud que adhieran al mismo” (art. 1°).

En este punto cabe recordar que por medio de la resolución ministerial 989/2005 se aprobó la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto, incorporándola al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, siendo de aplicación obligatoria. Sin embargo, lo propio no ha ocurrido con el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” y la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto”.

El Poder Ejecutivo Nacional, a través del Ministerio de Salud y sus Áreas y Programas, cumple una función primordial a fin de uniformar prácticas y políticas en materia de atención a la salud en todo el territorio nacional, contando con las herramientas y competencias para ese efecto.

III. BARRERAS Y OBSTÁCULOS EN EL ACCESO DE MUJERES Y NIÑAS AL ABORTO

¹³Datos De la campaña <http://www.quererposta.org/> en ¿Qué ha que saber? Preguntas frecuentes sobre sexo y embarazo. A ello se suma que estudios recientes sobre la repetición del embarazo en la adolescencia (Binstock y Gogna, 2014) señalan que en la Argentina 1 de cada 4 de las mujeres que tuvo su primer hijo en la adolescencia tendrá el segundo antes de los 19 años.

¹⁴ Sistema Informático Perinatal, SIP-G, 2015



A continuación, abordaremos la situación que padecen las mujeres frente a este doble desafío de a) garantizar en la **implementación efectiva del aborto legal** en Argentina, conforme los supuestos establecidos en el sistema jurídico frente a los obstáculos que enfrentan las mujeres; y b) avanzar hacia la **liberalización del aborto y la remoción de la amenaza penal** que obliga a las mujeres a elegir entre la vida y la cárcel.

Las barreras para el acceso a la interrupción legal del embarazo son muchas y variadas. En efecto, y tal como mencionamos en el primer apartado de esta presentación, Argentina prevé el aborto legal en casos de riesgo para la salud o vida de la mujer, o en casos de embarazos resultado de una violación. Sin embargo, en la práctica, como procuraremos ilustrar en la audiencia, son muchos los casos que, a lo largo del país, dan cuenta de los obstáculos que enfrentan mujeres y niñas para ejercer sus derechos, que las someten a situaciones de violencia institucional y simbólica.

Las mujeres deben enfrentarse a requerimientos dilatorios que muchas veces están incluidos en los propios protocolos dictados en cumplimiento, aunque a contramano, de la decisión de la CSJN¹⁵: ateneos médicos que deciden sobre su futuro, subestimación de la capacidad de adolescentes y jóvenes, o de mujeres que presentan una discapacidad para asumir la responsabilidad sobre sus cuerpos, su vida, su salud, etc.; a la judicialización de la práctica abortiva¹⁶; al abuso de la objeción de conciencia con tolerancia estatal; a sistemas de salud que las repelen a través de comentarios reprobatorios del personal hospitalario; a la mala fe de los proveedores de salud y de funcionarios públicos que violan el deber de confidencialidad; a la influencia de la iglesia y sobre los gobiernos nacional y locales; a la falta de incorporación normativa expresa de las prestaciones que demandan los casos de aborto legal como prácticas esenciales del servicio de salud.

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 restringido¹⁷. 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 él¹⁸.

III.1. La judicialización de los casos

La judicialización de la práctica abortiva¹⁹ sigue siendo usada para obstaculizar y hacer de ésta un proceso imposible para mujeres y niñas; ocurre también por la falta de información jurídica de los profesionales de la salud que temen una sanción penal.

El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas condenó a Argentina en abril de 2011 en el

¹⁵ADC, *Acceso al aborto no punible en la Argentina. Estado de situación*, marzo de 2015.

¹⁶Cecilia 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.

¹⁷OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* – 2ª ed. 2012.

¹⁸Ver Ramos, Bergallo, Romero y Feijoó, “El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en la Argentina”, en CELS, *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009, p. 453.

¹⁹Cecilia 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.



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.

Estudios recientes²² dan cuenta de que, a pesar de la clarificación del derecho aplicable, han sido numerosos los actores que continuaron recurriendo al Poder Judicial como una herramienta para obstaculizar el acceso al aborto legal. Ya sea en casos concretos de aborto legal que llegaron a la justicia porque el protocolo de atención (contrariando lo que la ordenó la CSJN) incorpora la necesidad de intervención de asesorías y éstas se encargan de judicializar el caso, o bien porque trasciende al conocimiento público por diversos motivos y organizaciones que buscan obstaculizar el derecho al aborto acuden a la justicia. En ocasión de la audiencia presentaremos algunos de los casos paradigmáticos que reflejan la repetición de estos casos en diferentes jurisdicciones del país.

La judicialización como herramienta para obstaculizar el acceso al aborto legal, también se verifica en causas judiciales 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 exigirlo²³.

Estos mismos estudios revelan que 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.

III.2. Violación del secreto profesional

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 Peñas Defago, M.A., y Morán Faúndes, J.M., 2014. Conservative litigation against sexual and reproductive health policies in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 82-90; 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; Monte, M.E. Abortion liberalization demand in Argentina: legal discourses as site of power struggle. A case study on the structural case Portal de Belén vs. Córdoba (2012-2013); Oñati Socio-legal series, 5(5), 2161-2190; Peñas Defago, M.A., y Morán Faúndes, J.M., 2014. Conservative litigation against sexual and reproductive health policies in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 82-90.

²³ *Ibidem*. Ver los estudios citados donde se presentan análisis detallado de las causas.



El deber médico de confidencialidad es uno de los más importantes principios de la medicina; sus orígenes se remontan al antiguo Juramento Hipocrático. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el deber de confidencialidad implica que los proveedores de servicios de salud tienen la obligación de proteger la información de los pacientes, y no divulgarla sin su autorización. También deben asegurarse de que 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.²⁴

El deber de confidencialidad obliga tanto a los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de boca de sus pacientes o en su examen médico, como a aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el tratamiento de las pacientes, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellos profesionales que recibieron información sin el consentimiento expreso de los pacientes.²⁵

Mantener la confidencialidad de la información obtenida de los pacientes es un interés crítico de la salud sexual y reproductiva.²⁶ 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”.²⁷ 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”.²⁸ 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 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”²⁹.

²⁴ Organización Mundial de la Salud (2003). *Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica de Políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS, pág. 68.

²⁵ 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.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP28_Confidencialidad_aborto.pdf

²⁶ 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.

²⁷ Comité CEDAW, “Recomendación general No. 24, La mujer y la salud (artículo 12),” UN Doc. A/54/38/Rev.1, 1999, párr. 12(d).

²⁸ *Cfr.* MESECVI, “Declaración sobre la Violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos”, del 19 de septiembre 2014.

²⁹ 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.



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,³⁰ 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.³¹

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.³²

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.³³

El caso de María Magdalena, una mujer de 26 años que llegó con un aborto en curso al hospital, y las médicas que la atendieron la hicieron ingresar a la policía a la sala de parto, revela la necesidad de proteger este derecho. La operaron sin anestesia y la imputaron por aborto. Tras estar procesada cerca de tres años³⁴, la mujer fue finalmente sobresaída 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 mujer³⁵.

Durante agosto de 2016, en el Centro de Salud Doctor Springolo de Morón, en la Provincia de Buenos Aires, apareció un cartel que ordenaba a los médicos violar el secreto profesional denunciando a las mujeres con "sospecha de aborto" a la Comisaría del lugar. Pese a que, una vez que esta orden tomó estado público el Ministerio de Salud provincial reaccionó positivamente, es preciso que las mujeres cuenten con la seguridad de la confidencialidad para poder confiar en el sistema de salud y acudir a éste.

La falta de una política pública clara en materia de acceso al aborto legal, sumado a la amenaza penal como estrategia disuasoria, continúan obstruyendo el derecho de las mujeres a ejercer plenamente sus derechos reproductivos. Los médicos se sienten **impunes** frente a los recurrentes casos de

³⁰ 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.

³¹ Corte IDH, Caso "De La Cruz Flores Vs Perú". Sentencia de 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 101

³² 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

³³ 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.

³⁴ Provincia de Tucumán, "Dos Medicas con paraguas". <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-305117-2016-07-25.html>

³⁵<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-200919-2012-08-13.html>



violación a su obligación de confidencialidad y secreto profesional, sencillamente porque no hay repercusiones sobre su conducta, ni sanciones por ello.

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.

III.3. Ejercicio abusivo de la objeción 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 aborto³⁶.

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 prioridad³⁷. En efecto, el ejercicio de este derecho no puede atentar contra los derechos de los y las pacientes³⁸.

La Corte Suprema de Justicia en Argentina, 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, 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.

En efecto, el uso abusivo de la objeción de conciencia por parte de los efectores de salud ha sido una de las barreras más comunes que han debido enfrentar las mujeres y niñas, que se traducen en dilaciones, maltrato, información errónea y malintencionada.

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 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 conciencia³⁹. En la provincia de Córdoba, una pareja

³⁶ Sonia Ariza Navarrete, *Resistencias al acceso al aborto no punible: la objeción de conciencia*. Revista Derecho Penal. Año I N° 2 Ediciones Infojus.

³⁷ 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.

³⁸ Deza, S. 2015. Gobierno del cuerpo de las mujeres. Protocolos de aborto y objeción de conciencia. *Perspectivas bioéticas*, 34.

³⁹ 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>



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. 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 intervención⁴⁰.

Tal como señalamos, en junio de 2017 un proyecto de Ley presuntamente orientado a proteger la **libertad religiosa**⁴¹, introdujo, a través de sus articulados, de manera explícita el derecho a la objeción de conciencia de las **personas y de las instituciones**. Durante 2018, este proyecto -y otros- han vuelto a tomar impulso en el marco del Congreso de la Nación.

Este proyecto presenta varias objeciones desde el punto de vista de los derechos humanos en general y de los derechos de las mujeres en particular, y constituye un retroceso sustantivo porque, entre otras cosas, a) revierte la excepcionalidad del instituto de la “objeción de conciencia”, pasando ésta a ser casi la regla y b) habilita la objeción de conciencia institucional.

Específicamente, el texto estableció 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**.

El texto solo instituye como requisito para habilitar la objeción de prestar un servicio que la creencia religiosa sea “sincera”, presumiendo la “buena fe” del objetor por la existencia de una 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 por ser contrario a su fe.

A este respecto, el Comité CEDAW⁴² ha indicado que los Estados Partes deberían organizar servicios de salud para que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida el acceso efectivo a servicios

⁴⁰ ADC, 2015. Informe citado. Pág. 37

⁴¹ 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-Macri-y-PEN-por-Proyecto-Libertad-religiosa-1.pdf>

⁴² 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.



de salud reproductiva, incluido el aborto y la atención post-aborto⁴³. 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 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 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 ley⁴⁴.

Así, a contramano del proceso de debate sobre interrupción legal del embarazo que está teniendo lugar en el Congreso actualmente, bajo el ropaje de un proyecto que dice buscar la protección de las libertades religiosas, se está garantizando la posibilidad de que toda una institución sanitaria puedan declararse objetora y así obstruir el derecho de mujeres y niñas a un aborto legal. Este punto guarda especial relevancia ya que la CIDH ha convocado para este mismo período de sesiones a una audiencia sobre *Libertad Religiosa y Estado Laico* en América Latina, entendiendo la amenaza que supone para las mujeres y niñas la manipulación de los derechos humanos en nombre de las religiones y el culto.

III.4. Criminalización y persecución a mujeres

Los obstáculos al aborto legal y la amenaza de criminalización empujan a las mujeres a acudir a abortos inseguros.

En el marco de un relevamiento realizado en 2016⁴⁵, se identificaron quince casos de mujeres criminalizadas luego de atravesar una emergencia obstétrica⁴⁶. Todos los casos refieren a jóvenes, de entre 18 y 22 años, con escasos recursos económicos, que ingresaron al sistema público de salud de donde salieron con custodia policial, poniendo en evidencia la injerencia del derecho penal en la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Uno de esos casos tomó estado público en abril de ese año: **Belén**⁴⁷, 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

⁴³ 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.

⁴⁴ Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Polonia, del 23 de diciembre de 2013, disponible en <http://bit.ly/1xpQJTi>

⁴⁵ Florencia Alcaraz, "Parir la ley". Artículo "Presas sin ley. La criminalización del aborto: datos y realidades", MU: Periódico de la Vaca. Revista N° 104., octubre de 2016. Disponible en: <https://www.lavaca.org/mu/mu-104-parir-la-ley-aborto-legal-ya/>

⁴⁶ No existen registros oficiales. Tal relevamiento se realizó a partir de los casos que han tomado estado público a raíz de intervenciones del movimiento de mujeres.

⁴⁷ 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>



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-paciente⁴⁸. Belén ingresó al hospital público pidiendo 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. 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 legales⁴⁹, el Comité remitió directamente al caso de “Belén”, y exhortó al Estado a “revisar el caso a la luz de los estándares internacionales en la materia, con miras a su inmediata liberación”⁵⁰

Al caso de Belén se suman los casos de Carla, en Provincia de Buenos Aires, Yamila, en Santa Fé, María, en Santiago del Estero y Natalia, en Tierra del Fuego. Todas ellas fueron perseguidas penalmente cuando buscaron atención por una emergencia obstétrica. En esos casos la denuncia se realizó desde el hospital no respetando la garantía de confidencialidad que impide que la información que surja de la atención médica se constituya en prueba contra la mujer.

Carla, ingresó a un hospital de Pilar, Provincia de Buenos Aires, con fuertes dolores abdominales. El médico, luego de retirarle la placenta, la sometió a un interrogatorio y completó un parte policial con el texto "parto domiciliario sin feto".

⁴⁸El 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

⁴⁹ONU, 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.

⁵⁰ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, Párrafo 11 CCPR/C/ARG/CO/5). El resaltado nos pertenece.



Yamila se acercó al Hospital de Rosario, Provincia de Santa Fe, con una hemorragia, acompañada de su padre a quien en el centro de salud le indicaron que debía dirigirse a la comisaría para realizar una denuncia policial contra su hija.

María era víctima de violencia de género y llegó al Hospital Regional Ramón Carrillo de Santiago del Estero con una grave infección. Por temor a ser denunciada, no informó que se había realizado un aborto y los médicos le suministraron varios medicamentos para retener el embarazo. Su hermana Eva advirtió al médico que María había intentado abortar. María murió el 9 de agosto de 2016 y su hermana, su madre y una amiga fueron procesadas penalmente por haber colaborado en la realización del aborto.

Natalia, de Tierra del Fuego, fue víctima de violencia intrafamiliar durante años. Quedó embarazada como consecuencia de actos de violencia sexual por parte de su pareja. Si bien su caso se encuadraba dentro de la causal violación, el miedo la empujó al circuito clandestino, 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. Enfrentó un proceso penal durante seis años hasta que fue absuelta en 2015.

Violencia hacia las mujeres que buscan atención

Cuando las mujeres son denunciadas en un hospital por realizarse un aborto, con frecuencia padecen también situaciones graves de violencia.

Las medidas ordenadas para obtener pruebas son alarmantes. Por ejemplo, en un caso se ordenó la custodia policial en el mismo centro de salud y se tomó declaración indagatoria a mujeres convalecientes. Belén padeció hechos de violencia dentro del hospital: se despertó de la anestesia con custodia policial y la hicieron declarar como imputada cuando estaba aún convaleciente. La psiquiatra incluso intentó que confesara un delito. También a Carla el personal del hospital la amenazó para que confesara un delito y de inmediato llamó a la policía para custodiarla en el centro de salud.

El sistema judicial no ejerce su rol de investigar los hechos de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes padecidos por mujeres, niñas y personas trans por parte de los profesionales en los servicios de atención de la salud.

Al mismo tiempo, en la mayoría de los casos se impone la prisión preventiva. Belén estaba aún internada cuando se dispuso su privación de la libertad, sin que existiera riesgo de fuga ni de entorpecimiento de la investigación. Permaneció detenida más de dos años hasta que como consecuencia de una intensa movilización nacional la Corte tucumana revocó la medida haciendo lugar a un planteo de la defensa en agosto de 2016.

Eva, criminalizada por haber supuestamente participado del aborto por el que murió su hermana, estuvo detenida 21 días esperando ser llamada a declarar, a pesar de estar embarazada y de tener dos niños pequeños a cargo. La actuación estuvo a cargo del Juzgado de Instrucción en lo Criminal y Correccional N° 5 de Santiago del Estero. Finalmente fue excarcelada, aunque continúa imputada.

La falta de consideración a la palabra de las mujeres es un rasgo común de estos procesos judiciales: sus testimonios son valorados en escasas ocasiones y muchas veces sólo son tomados en cuenta



como prueba en su contra. Ser mujeres, pobres, jóvenes y acusadas de abortar coloca a las imputadas en una posición de mayor vulnerabilidad ante el sistema de justicia. En palabras de Belén: "Yo estuve callada durante dos años. No me animaba a hablar. Tenía miedo. Me habían dicho que me darían perpetua. Me condenaron solo por dichos, por ser humilde, por ir al hospital, por no tener plata para ir a una clínica y pagar una buena defensa"⁵¹.

A Belén no la escucharon ni el fiscal, ni los jueces, ni su defensora oficial. Declaró durante la instrucción y el debate. Dijo que no sabía que estaba embarazada, que sufrió un aborto espontáneo, negó los hechos imputados y relató la violencia que sufrió durante su internación. Nada de ello fue tomado en cuenta por el tribunal. En el caso de Yamila, la justicia no consideró su testimonio, ni el de su madre ni el de otros familiares. Sin embargo, sí valoró el testimonio de su ex pareja, de quien Yamila había padecido hechos de violencia.

Toda mujer tiene derecho a recibir atención médica tras un aborto, independientemente de que la circunstancia en que es practicado sea considerada legal o no. En este sentido, el Comité CEDAW en su última revisión a Argentina instó con urgencia al Estado a garantizar el acceso a los servicios de atención post aborto en el sistema de salud⁵², sin que importe si el aborto fue espontáneo o inducido. Por su parte, Anand Grover, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha indicado que la atención "debe ser incondicional, aun cuando el aborto conlleve sanciones penales, no deberá depender de la posterior cooperación de la mujer en el enjuiciamiento penal, y en ningún caso podrá utilizarse como prueba contra ella ni contra quienes hayan practicado el aborto. La legislación no debe obligar al personal sanitario a denunciar a las autoridades policiales o judiciales a las mujeres que hayan recibido atención relacionada con el aborto."⁵³

III.5 Aborto con medicamentos. Falta de acceso a los medicamentos esenciales⁵⁴

De acuerdo con la evidencia científica disponible, el aborto con medicamentos es un método seguro y eficaz para la interrupción del embarazo⁵⁵. La OMS recomienda la interrupción del embarazo con una combinación de mifepristona y misoprostol. En caso de no disponerse de mifepristona, la OMS sugiere el uso exclusivo de misoprostol, y desde hace diez años incluyó al misoprostol en sus sucesivos listados de medicamentos esenciales, por sus aplicaciones para abortos seguros y atención post aborto, además de sus usos para parto y posparto. Para la caracterización de los medicamentos esenciales la OMS toma en cuenta su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa y afirma que

⁵¹Disponible en <http://amnistia.org.ar/carta-de-belen-desde-la-carcel-de-tucuman/>.

⁵²Comité CEDAW, Observaciones Finales a Argentina. CEDAW/C/ARG/CO/7. 18 de noviembre de 2016.

⁵³ONU, Informe del Relator de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Anand Grover, sobre El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254, 3 de agosto de 2011, párr. 30.

⁵⁴ Esta sección fue elaborada en base a "Aborto legal: acceso desigualitario y criminalización selectiva", CELS, Derechos humanos en la Argentina. Informe 2017

⁵⁵Ver, entre muchos otros, Kelly Blanchard, Beverly Winikoff y Charlotte Ellertson, "Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy: A review of the evidence", *Contraception*, Vol. 59, Issue 4, (1999); Gatter M, Cleland K and Nucatola DL, "Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days", *Contraception*, (2015); Nissi, R., Santala, M., Immonen, E. et al. "Mifepristone and misoprostol is safe and effective method in the second-trimester pregnancy termination. *Archives of Gynecology and Obstetrics* (2016)



estos medicamentos deben estar “disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad”⁵⁶.

A partir de ello, el Estado Argentino debería asegurar la más amplia accesibilidad a ambos medicamentos, de forma que las mujeres puedan ejercer su derecho de acceder a una interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley, gozando de los avances científicos en materia de salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, a pesar de que la legislación nacional prevé supuestos de aborto legal, que la Corte Suprema ha reconocido un derecho al aborto en dichos casos y que el Ministerio de Salud recomienda, en varios documentos y protocolos, el tratamiento medicamentoso del aborto con misoprostol⁵⁷, el Estado no garantiza su acceso.

En Argentina no se encuentra autorizada la producción y comercialización de la mifepristona, por lo que las mujeres carecen de la posibilidad de combinar ambos medicamentos para acceder a un aborto seguro.

Por el otro, el misoprostol es producido y comercializado por un solo laboratorio privado (Laboratorios Beta) bajo el nombre de Oxaprost, que está autorizado exclusivamente para tratamientos gástricos, sin reconocer la indicación para usos obstétricos. En septiembre de 2016 se realizó una solicitud a la Administración Nacional de Medicamentos (ANMAT) para que reconozca los usos obstétricos del misoprostol y garantice su accesibilidad. Al día de hoy, no ha habido respuesta al pedido⁵⁸.

Por lo demás, el Laboratorio Beta, siendo el productor monopólico de misoprostol, abusa de su posición dominante: aumenta arbitrariamente el precio del medicamento, transforma su presentación eludiendo controles de precios y fuerza a las usuarias a comprar más pastillas de las que necesitan, a un mayor precio. De este modo, Beta distorsiona el mercado, aumenta sus utilidades, perjudica el derecho a la salud de las mujeres y fomenta, en definitiva, la compra y venta de pastillas por unidad por fuera del mercado formal.

La Secretaría de Comercio Interior es la encargada de asegurar que los precios de los medicamentos se mantengan en un nivel aceptable y de prevenir los abusos de los actores del mercado.

En enero de 2015, se realizó una presentación ante la Comisión de Defensa de la Competencia para iniciar un proceso sancionatorio en contra del laboratorio Beta por abuso de posición dominante,

56OMS, Medicamentos Esenciales, http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/

⁵⁷ Ver Ministerio de Salud de la Nación, “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (2015), disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf. Ver también, “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” (2010), disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf>; Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto (2014), disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>.

⁵⁸Véase el comunicado en: <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2130>



en los términos de la ley 25.156, aun sin respuesta, por lo que prácticas abusivas del laboratorio se han mantenido en perjuicio de la salud de las mujeres⁵⁹.

Asimismo, en dos provincias, Mendoza y San Juan fueron aprobadas leyes de dudosa constitucionalidad que prohíben el expendio de especialidades medicinales compuestas con misoprostol fuera de hospitales y proveedores de salud e incluso han promovido una regulación restrictiva para todo el país⁶⁰.

En la vereda opuesta, provincias como Santa Fe, han habilitado la compra directa de misoprostol. El mismo Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que depende del Ministerio de Salud, ha intentado adquirir Misoprostol 200 mg a efectos de posibilitar el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando éste se encuadre en las causales previstas por el sistema normativo vigente del país. Actualmente, sin embargo, no existe ningún proveedor con certificado vigente y en condiciones de comercializar Misoprostol 200 mg como mono-droga. El Jefe de Gabinete respondió esto en su exposición frente al Congreso el 4 de octubre de 2017⁶¹

Frente a esta situación de anomia, el Ministerio de Salud como principal organismo estatal encargado de velar por el derecho a la salud de la población podría, dentro de sus competencias, impulsar diversas acciones de política pública, como la importación de mifepristona e incluso promover la producción pública de mifepristona y misoprostol.

Mas aun, teniendo en cuenta que en diciembre de 2014 se aprobó la Ley 27.113, por medio de la cual se creó la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), organismo descentralizado dependiente de la órbita del Ministerio de Salud, que tiene entre sus funciones el dar cumplimiento a los objetivos de la ley 26.688 y definir las prioridades en líneas estratégicas de producción. La definición de la producción pública de medicamentos como una prioridad nacional y la creación de una Agencia de coordinación de laboratorios públicos, significan un importante paso en la obligación del Estado de asegurar un acceso seguro y asequible a los medicamentos en la Argentina. Sin embargo, si las autoridades públicas encargadas de hacer cumplir este tipo de normativas –en particular, el Ministerio de Salud- no asumen una tarea activa en la promoción de políticas públicas de producción y acceso, las leyes dictadas por el Congreso Nacional pierden su potencialidad transformativa y se atenta gravemente con el derecho a la salud de la población.

⁵⁹ Acción emprendida por el CELS, Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto y la Secretaría de Género de Nuevo Encuentro-CABA. , “Misoprostol: solicitamos a la ANMAT que lo reconozca como medicamento obstétrico y garantice su acceso”, 22/09/2016, disponible en: <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2130>

⁶⁰Ley 8116 de 2009 de la Provincia de Mendoza, la Ley 8291 de 2012 de la Provincia de San Juan y el proyecto de ley presentado por la diputada Ivana Bianchi, expediente 6593-D-2016.

⁶¹ Informe 105 de la Jefatura de gabinete de Ministros. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_105_hcdn.pdf. Frente a esto, el 29 de noviembre CELS Y Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto realizaron un pedido de acceso a la información al Ministerio de Salud de la Nación acerca de estas afirmaciones del Jefe de Gabinete. El pedido fue recién contestado el 26 de enero de 2018, de manera ambigua, inexacta e incompleta, a raíz de esa respuesta el 2 de marzo hicimos una nueva presentación que fue contestada el 3 de abril, sin brindar información, contrariando lo dispuesto en la Ley de Acceso a la Información Ley 27275.



En su Observación General N°14 referida al Derecho a la Salud⁶², el Comité DESC señaló que los Estados deben, como mínimo, asegurar la provisión de medicamentos de acuerdo al Listado de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud⁶³. Y en su Observación General N° 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, se refirió específicamente a los “medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto”⁶⁴ y señaló que el Estado tiene la “obligación básica” de “proporcionar medicamentos, equipo y tecnologías esenciales para la salud sexual y reproductiva, en particular sobre la base de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS”⁶⁵.

Desde hace varios años numerosos estudios han dado cuenta de la relación de causalidad directa entre la accesibilidad del misoprostol y la reducción de la mortalidad y morbilidad materna en países en desarrollo y en particular en Latinoamérica.⁶⁶ Un mayor acceso al misoprostol implica una reducción de muertes maternas por abortos inseguros, mientras que una regulación restrictiva en materia de acceso, lleva al aumento de los casos de complicaciones.

A su vez, respecto de la obligación estatal de asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos, el Relator Especial de Naciones Unidas ha destacado que la satisfacción del derecho a la salud exige garantizar la accesibilidad tanto a medicamentos esenciales como a los no esenciales. De todas formas, señala que “aunque ha de realizar progresivamente el acceso a los medicamentos no esenciales, un Estado tiene la obligación básica de efecto inmediato de lograr que los medicamentos esenciales estén disponibles y sean accesibles en toda su jurisdicción”⁶⁷. Respecto de la asequibilidad y el rol de los laboratorios privados, el Relator destacó que los medicamentos deben ser económicamente accesibles a todos los sectores de la población, por lo que “deben tener sus precios fijados de manera justa y equitativa y ser asequibles para no representar una carga desproporcionada para los hogares más pobres”.⁶⁸ Enseguida, también

⁶² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, 22º período de sesiones, 2000. E/C.12/2000/4 En adelante: OG14, Comité DESC

⁶³ Comité DESC, OG 14, Párrafo 43.d)

⁶⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2016, E/C.12/GC/22, párrafos 13 y 17.

⁶⁵ Comité DESC, OG 22, párrafo 49.

⁶⁶ Véase: David A Grimes, Janie Benson, Susheela Singh, Mariana Romero, Bela Ganatra, Friday E Okonofua, Iqbal H Shah, “Unsafe abortion: the preventable pandemic”, The Lancet sexual & reproductive health series, 2006, Journal paper Sexual and Reproductive Health 4; Organización Mundial de la Salud y Harper C., Blanchard K, Grossman D, Henderson JT, Darney P., “Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings”, Int J Gynaecol Obstet. 2007 Jul;98(1):66-9. Epub 2007 Apr 27; Zamberlin, Nina, Romero, Mariana y Ramos, Silvina, *Latin American women’s experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted*, Reproductive Health 2012, 9:34.

También, sobre el uso del misoprostol para uso obstétrico-ginecológico, véase el número especial del International Journal of Gynecology & Obstetrics, Volumen 99, Suplemento 2, de Diciembre de 2007, “Misoprostol for Reproductive Health: Dosage Recommendations”. Editado por Andrew Weeks.

⁶⁷ Informe del Relator Especial de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de Naciones Unidas (en adelante Relator Especial Salud), Paul Hunt, 2006. A/61/338, Párrafo 58.

⁶⁸ Informe del Relator Especial Salud, Anand Grover, 2013, A/HRC/23/42, Párrafo 20. También, el Informe Relator Especial Salud, Anand Grover, 2009, A/HRC/11/12, párr. 11



señala que los Estados tienen la obligación de garantizar que la producción de medicamentos esenciales por el sector privado no amenace la asequibilidad ni la accesibilidad y que los Estados pueden explorar diversas vías para el control de precios de los medicamentos, como la fijación de precios por referencias externas o por referencias terapéuticas⁶⁹.

El Estado argentino, está obligado a garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos abortivos, de acuerdo a sus compromisos asumidos por el derecho internacional de los derechos humanos en lo relativo al derecho a la salud⁷⁰. La falta de políticas públicas destinadas a asegurar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos abortivos, da cuenta del estigma que pesa sobre este derecho de las mujeres e implica una discriminación inaceptable.

IV. IMPACTO EN LOS DDHH DE LAS MUJERES Y NIÑAS

Como hemos remarcado, mientras que el marco legal argentino –en los casos contemplados en el art. 86 del CP y de acuerdo a los lineamientos establecidos por la CSJN en “F.,A.L.”– reconoce el derecho de mujeres y niñas a acceder a las prestaciones que demanda la práctica del aborto en caso de peligro para la salud de la mujer o en casos de violación, en la realidad no es efectivo en todo el territorio nacional, promoviendo una situación de incertidumbre que impide el acceso a la práctica en forma segura, oportuna, digna e igualitaria. En este sentido, la amenaza penal continúa cobrándose la vida y la salud de las mujeres y niñas.

Para ilustrar a esta Comisión Interamericana sobre los riesgos actuales y ciertos sobre los derechos de mujeres y niñas, es importante compartir las **alarmantes cifras estadísticas sobre morbi-mortalidad materna derivada de abortos practicados en condiciones de riesgo y sobre la cantidad (estimada) de abortos clandestinos en Argentina**, gran parte de los cuales se realizan de ese modo como consecuencia de los obstáculos existentes al momento de solicitar un aborto legal.

IV.1. Índice de mortalidad materna en Argentina

El caso de Argentina es paradigmático, ya que pese a que el país tiene establecido un sistema de causales para el acceso a la interrupción legal del embarazo, la tasa de mortalidad materna -52 muertes cada 100 mil nacidos vivos⁷¹ - es similar a la de los países en donde el aborto está totalmente prohibido.

Las muertes 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, pero no por causas

⁶⁹Informe del Relator Especial Salud, Anand Grover, 2013, A/HRC/23/42. Párrafos 20-29. Otras medidas desarrolladas por el Relator se refieren al control de márgenes comerciales, políticas arancelarias y de impuestos, fijación precios a fabricantes y la legislación y políticas en materia de competencia.

⁷⁰ El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Otros instrumentos internacionales ratificados por la Argentina contienen disposiciones similares, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención de Derechos del Niño y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

⁷¹ Datos de estadísticas vitales, DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, 2016.



accidentales o incidentales⁷². 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 embarazo.

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”⁷³. 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.

Desde la recuperación de la democracia, a partir de que Argentina ha ratificado los instrumentos de derechos humanos y asumidos obligaciones internacionales en materia de salud de las mujeres, han muerto 3030 mujeres por abortos inseguros. 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”⁷⁴, por lo que incluso sus cifras oficiales no representan el total de mujeres y niñas que han perdido la vida.

En el año 2015, 55 mujeres murieron a causa de abortos inseguros y representaron casi el 19% del total de las muertes maternas. Es decir que 2 de cada 10 de las mujeres fallecidas por muertes maternas murieron por aborto inseguro⁷⁵.

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 causa⁷⁶. 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 Paraguay⁷⁷.

Por otra parte, en Argentina 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

⁷² Clasificación Internacional de Enfermedades CIE - 10 edición, citado en World Health Organization, 2012

⁷³ Ministerio de Salud de la Nación. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/definiciones.htm>

⁷⁴ Ídem.

⁷⁵ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales DEIS, 2015.

⁷⁶ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

⁷⁷ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013.



obtener información en “tiempo real”—,⁷⁸ y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)⁷⁹—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 nacional⁸⁰ pero su funcionamiento es cuanto menos errático. La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbi-mortalidad Materna sesionó por primera vez en 2005 y **desde entonces ha funcionado de modo irregular**⁸¹; de hecho, el único informe disponible⁸² *online* sobre la Comisión data de ese año.⁸³ 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 tarea.⁸⁴

IV.2. Cifras estimativas sobre abortos clandestinos

Estimaciones realizadas en 2006, indicaban que en el país se practican entre 370.000 y 522.000 abortos clandestinos al año.⁸⁵ Esto supone alrededor de 1233 abortos por día. Estos 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 49.000 internaciones por abortos al año⁸⁶: 135 mujeres por día; 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 indicadores 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.

IV.3. El impacto de la criminalización del aborto en jóvenes: embarazo adolescente y niñas

⁷⁸ El lapso transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y su comunicación oscila entre nueve meses y un año

⁷⁹ Es 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).

⁸⁰ La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna fue creada en 2002 (Resolución N° 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.

⁸¹ Ortiz & Esandi, 2010.

⁸² Al 25 de febrero de 2015.

⁸³ Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/promin/> (accedido 15 de febrero de 2017).

⁸⁴ Ortiz & Esandi, 2010.

⁸⁵ Ministerio de Salud de la Nación, http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-Protocolo_ILE_sl.pdf, pág. 12

⁸⁶ Ministerio de Salud de la Nación (2015). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico – 2013. Serie 11 No. 14. Último dato disponible.



Actualmente Argentina cuenta con una población adolescente (de 10 a 19 años) de 7.048.161.⁸⁷

En 2017 se registraron un total de 72.791 embarazos adolescentes no deseados, lo cual representa una tasa de 41,9 cada mil mujeres de entre 15 y 19 años.⁸⁸

Según las estadísticas una niña de entre 10 a 14 años se convierte en madre cada 3 horas⁸⁹. Este hecho merece especial atención no solo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad, sino porque a menor edad mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas y explotación sexual.

Un aspecto claro de esto es el impacto del embarazo en la interrupción de la trayectoria escolar. Tanto como causa o como efecto del embarazo adolescente, la deserción escolar está fuertemente asociada con la maternidad temprana. El 30% de las jóvenes que abandonaron el secundario declaran haberlo hecho como consecuencia de embarazo o maternidad. Esto continúa afectando a la población joven en una instancia posterior, al momento de la inserción laboral. Las jóvenes nos vemos más expuestas a la inserción laboral precaria en el mercado de trabajo y en consecuencia a la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Una dimensión importante del fenómeno del embarazo adolescente son los casos de repitencia. 1/5 de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden dos o más, es decir de madres adolescentes que ya han tenido uno o más hijos. Una importante proporción de los segundos embarazos entre adolescentes no es planeada ya que no se logra generar un adecuado seguimiento por parte de los servicios de salud que permita brindar herramientas concretas a jóvenes y adolescentes que atraviesan un primer embarazo para prevenir futuros embarazos no deseados. De allí la importancia en mejorar la calidad de la consejería anticonceptiva, como también diversificar la oferta de métodos anticonceptivos de larga duración.

La distribución de la maternidad adolescente en el país tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo. A mayor nivel de desarrollo, menor fecundidad. La incidencia del embarazo en la adolescencia es marcadamente superior en las provincias del norte del país (Formosa, Chaco, Misiones, Salta), lo cual refleja grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a servicios, la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y la calidad de la atención.

Los embarazos en adolescentes menores de 15 años son resultado o están asociados a un “entretejido” de factores: pobreza, uniones tempranas, exclusión/abandono de la escuela, violencia sexual, falta de educación sexual integral a edades tempranas y ausencia de servicios de salud accesibles y amigables, falta de acceso al aborto legal, entre los principales.

El objetivo de Gobierno de Desarrollo Humano Sustentable para el periodo 2017-2019 propone una estrategia Nacional para adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad. En este contexto el gobierno lanzó un *Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la*

⁸⁷ Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, UNICEF, Situación de los y las adolescentes en la Argentina, 2016, p.15.

⁸⁸ Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019, Resolución 982/2017 de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, Anexo IF-2017-19196478 APNSSD NAYF#SENNAF, p. 50.

⁸⁹ En 2015 nacieron en la Argentina 2787 hijos de niñas madres (DEIS, 2015)



Adolescencia 2017-2019. Es necesario que este plan sea implementado de manera integral para garantizar los derechos de la niñez a la salud, el trabajo, la educación y a las posibilidades de desarrollar su plan de vida. Esto debe ir acompañado de los recursos humanos y financieros necesarios para su efectiva implementación.

Por otro lado, la Ley 26.150 sancionada en octubre de 2006, establece que todos, los y las estudiantes tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, confesionales o laicos. En el marco de esa normativa, hace aproximadamente 11 años, se creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral que ha desarrollado lineamientos curriculares para incorporar la ESI en el nivel inicial, primario, secundario y para la educación superior.

Hasta 2017 únicamente en nueve provincias se sancionaron leyes de educación sexual⁹⁰ y otras dos emitieron resoluciones locales estableciendo la implementación del Programa Nacional⁹¹. Sin embargo, incluso en estas jurisdicciones, existe resistencia a la integración curricular y la distribución de materiales y herramientas de trabajo no fue lo suficientemente efectiva y no tuvo la difusión necesaria. Entre los desafíos está la inseguridad que sienten los equipos docentes a la hora de instalar los contenidos de la educación sexual integral en las aulas, la dificultad y el temor en el diálogo con las familias, la falta de compromiso de docentes y sectores directivos con el tema y las dificultades institucionales de implementación⁹².

La gran mayoría de los/las estudiantes que “recibieron educación sexual señalan que los temas y contenidos tratados estaban estrechamente relacionados con los aspectos biológicos de la sexualidad. Algunos de los temas mencionados fueron, el aparato reproductor masculino y femenino, la concepción y el embarazo, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, particularmente HIV, y prevención (...). La gran mayoría de los/las alumnos/as que había recibido educación sexual se mostró insatisfecha con el tipo de educación obtenida. Particularmente se señaló la escasez de información y la forma inadecuada de transmitirla”⁹³. Es decir que a la fecha continúa predominando un enfoque biologicista de la ESI, con un abordaje heteronormativo.

⁹⁰ Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N°2.110/06), Chaco (Ley N°5.811/06), Entre Ríos (Ley Provincial N°9.501/03, incluye educación sexual al adherir al PNSSYP), La Pampa (Ley N° 2511 Art. 13 inc. K (Formación integral en Educación Sexual en el marco de lo establecido en la Ley Nacional 26150);) La Rioja (Ley N°8.431/08 de adhesión a la Ley Nacional), Buenos Aires (Ley N°14.744/15 en cumplimiento de la Ley Nacional), Río Negro (Ley N°4.339/09 de adhesión a Ley Nacional), Santa Cruz (Ley N°3043/09 de adhesión a Ley Nacional), Misiones (Ley VI - N°129/09 estableciendo obligatoriedad en línea con Ley Nacional). Conforme lo informado por el Ministerio de Educación de la Nación el 20 de diciembre de 2017, ante el pedido de acceso a la información pública.

⁹¹ Formosa (Resolución N°2.181/12 de adhesión al Programa ESI. Resolución N° 5.249/14 establece su obligatoriedad en todas las instituciones educativas de la Provincia página), Corrientes (Resolución 3341/14 por la cual establece la implementación efectiva de la ley 26.150 de educación sexual integral y los lineamientos curriculares).

⁹² UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”, disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_consulta_cualitativa_programa_educacion_sexual_en_argentina.pdf. “Si bien [los/as entrevistados/as] contaban con cierta información, ésta era extremadamente escasa y vaga. Es decir, la mayoría desconocía totalmente los objetivos de la ley y su alcance. Varios/as señalaron sólo conocer que se trataba de “una ley polémica por la oposición de la iglesia”.

⁹³ UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”, disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_consulta_cualitativa_programa_educacion_sexual_en_argentina.pdf



En este sentido, es necesario que el Estado garantice la efectiva implementación de la Ley 26.150 que establece la creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral en todas las provincias y su incorporación en el programa escolar ordinario con el fin de promover un comportamiento sexual responsable y de prevenir embarazos en la adolescencia e infecciones de transmisión sexual.

El Comité de Derechos del Niño ha destacado que para que el Estado respete el derecho de niñas y adolescentes a la salud debe asegurar que no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva y recomienda que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal⁹⁴; así como a que las niñas y adolescentes tengan acceso libre y oportuno a los anticonceptivos de urgencia y cree mayor conciencia entre las mujeres y las niñas sobre su derecho a estos anticonceptivos, particularmente en los casos de violación.⁹⁵

La vigencia efectiva de los derechos de las niñas y adolescentes requiere de garantías para la accesibilidad a la información, a los servicios de salud sexual y reproductiva, al aborto seguro y a la educación integral necesaria para adoptar decisiones libres sobre sus cuerpos.

IV.4. Información sobre la práctica de abortos legales

En lo que respecta a la práctica del aborto, Argentina presenta un sistema de registro ineficiente que se acentúa con respecto a la situación del aborto legal. 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. Debido a este trasfondo, 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. Y las cifras generadas oficialmente sobre muertes por aborto y egresos hospitalarios relacionados con la práctica no diferencian tampoco instancias de aborto legal.

Más aún, la confrontación de los datos agregados a nivel nacional y los recogidos en algunas provincias, indica que **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 no punible 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; o 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, -y esto es especialmente así en la Argentina-, se producen sobre el sistema público de salud, dejando afuera de la estadística los datos de los demás subsistemas que pueden presentar características muy diferentes e incluso llegar a alterar la media estadística.

⁹⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación General N°15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), 2013.

⁹⁵ Comité de los Derechos del Niño, Recomendaciones Estado de Costa Rica, párr. 63, 3 de agosto de 2011.



IV.5. El acceso y producción de información como presupuesto clave para el abordaje del aborto legal

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.

Así, el acceso, la producción y el registro de información relativa al acceso a los abortos legales es necesaria no solo para incrementar la visibilidad del aborto legal y seguro, mediante un registro de los casos; sino también para 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 servicios⁹⁶.

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 anteriormente, 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.

V. LA NEGACIÓN DEL ABORTO COMO UN SUPUESTO DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL

La obstaculización del acceso al aborto legal a través de diversas acciones de las que hemos dado cuenta en esta presentación, desplegadas por actores judiciales, efectores de salud, organizaciones y activistas anti-derechos, constituyen un supuesto de violencia contra las mujeres, que vulnera el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará y constituye en sí misma un acto de **violencia institucional**.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”⁹⁷.

⁹⁶ MESECVI, 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.

⁹⁷ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” [En adelante “Convención de Belém do Pará”], Artículo 1.



Las obligaciones del Estado en materia de violencia contra las mujeres no se limitan a los servicios judiciales sino que se extienden a todos los sectores de la estructura estatal relevantes en el abordaje y respuesta del problema de la violencia, como el sector de la atención de la salud⁹⁸.

El Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la “Convención de Belém do Pará” (MESECVI), en su Primer Informe Hemisférico, analizó la situación de la violencia contra las mujeres en los Estados partes de la Convención y concluyó que había evidencia de “una forma de violencia de género que nace de la negación de importantes derechos humanos vinculados a los derechos a la vida, salud, educación (...), a decidir sobre la vida reproductiva, a decidir el número de hijos e hijas y cuándo tenerlos, a la intimidad y la libertad de conciencia y de pensamiento de las mujeres, entre otros derechos.”⁹⁹.

El informe señaló también que en “legislaciones donde los derechos sexuales y reproductivos no son protegidos ni reconocidos se puede incurrir efectivamente en graves violaciones a estos derechos, traducidas en el desconocimiento de las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos, la esterilización forzada, las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, entre otros. Quienes más arriesgan y corren peligro son las mujeres más vulnerables: mujeres empobrecidas, jóvenes, y mujeres de los sectores rurales respecto a quienes el acceso a la salud es un grave problema y deben recurrir a prácticas insalubres y peligrosas.”¹⁰⁰.

Posteriormente, en una declaración emitida en 2014, el MECSEVI reconoció que “la negación de las políticas públicas y los servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas y estereotipos discriminatorios, constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado, causándoles sufrimiento físico y psicológico.”¹⁰¹ Esta declaración reforzó una vez más al argumento por el cual la falta de acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan, incluyendo el aborto legal, es un factor que las lleva a ser víctimas de violencia institucional, es decir **violencia causada por el propio Estado**.

De manera más reciente¹⁰², el MESECVI ha indicado que la violencia contra las mujeres que tiene lugar en el ámbito público “trasciende el ámbito privado y está presente en todos los espacios donde concurren y participan las mujeres, los medios de comunicación y transporte, centros educativos, hospitales, lugares de trabajo” y que “constituye una grave alerta que la violencia contra las mujeres

⁹⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Violencia sexual en Mesoamérica, párr. 19, disponible en http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/acceso_justicia_instrumentos_internacionales_recursos_Informe_CIDH_mujeres.pdf

⁹⁹ Mecanismo de seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), Informe Hemisférico. [En adelante MECSEVI Informe Hemisférico], (Adoptado en la Segunda Conferencia de Estados Parte, celebrada en Caracas, Venezuela, del 9 al 10 de julio de 2008), p. 21. Accesible aquí: <http://www.oas.org/es/mesevci/docs/InformeHemisferico2008-SP.pdf>

¹⁰⁰ MECSEVI Informe Hemisférico, 2008, p. 21

¹⁰¹ Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Accesible aquí: <http://www.oas.org/en/mesevci/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf>

¹⁰² Mecanismo de seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará. [En adelante MECSEVI Tercer Informe Hemisférico], Accesible aquí: <http://www.oas.org/es/mesevci/docs/TercerInformeHemisferico.pdf>



sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes”¹⁰³. Así, recomendó a los Estados “[a]probar protocolos que permitan desarrollar las capacidades estatales para el abordaje de las situaciones de violencia contra las mujeres en los ámbitos educativos y de la salud”¹⁰⁴, desarrollar “acciones de monitoreo del cumplimiento de las políticas públicas para la vida libre de violencia y evaluar el impacto de las mismas para la efectiva eliminación de la violencia contra las mujeres”¹⁰⁵. Paralelamente, instó a los Estado a “[f]ortalecer el acceso a la justicia y las investigaciones para reducir el alto grado de impunidad de quienes ejercen violencia contra las mujeres y disminuir la brecha existente entre las denuncias recibidas y las sentencias recaídas”¹⁰⁶.

Un claro pronunciamiento en esta línea fue dado por el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité de la CEDAW) en la Recomendación General 33 en la cual sostuvo que “[l]a 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”¹⁰⁷. Esto es, sanciones a quienes obstaculizan ilegítimamente el acceso al aborto legal, poniendo en peligro el derecho a la vida de las mujeres, ya sea por acción u omisión.

En la misma línea, el Comité de la CEDAW reconoció que “[e]l derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos, a saber: los derechos a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad y la misma protección en el seno de la familia, la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes y la libertad de expresión, de circulación, de participación, de reunión y de asociación”¹⁰⁸. Así, “[l]as violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante”¹⁰⁹.

Por otro lado, el Comité de la CEDAW sostuvo que “[l]os actos u omisiones de agentes privados facultados por el derecho de ese Estado para ejercer atribuciones del poder público, entre ellos los organismos privados que prestan servicios públicos, como la atención de la salud o la educación, o gestionan el funcionamiento de lugares de detención, se consideran actos atribuibles al propio

¹⁰³ MECSEVI Tercer Informe Hemisférico. Página 18.

¹⁰⁴ MECSEVI Tercer Informe Hemisférico. Página 209.

¹⁰⁵ MECSEVI Tercer Informe Hemisférico. Página 208.

¹⁰⁶ MECSEVI Tercer Informe Hemisférico. Página 211.

¹⁰⁷ CEDAW/C/GC/33, 3 de agosto de 2015. Considerando 14 f.

¹⁰⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación General N° 19. CEDAW/C/GC/35. 29 de julio de 2017. [en adelante Comité de la CEDAW Recomendación General N° 35] Parágrafo 15.

¹⁰⁹ Comité de la CEDAW Recomendación General N° 35. Parágrafo 18.



Estado, al igual que los actos u omisiones de agentes privados que actúan siguiendo instrucciones o bajo la dirección o el control de ese Estado”¹¹⁰.

Por último, el Comité recomendó al Estado derogar “[l]as disposiciones que permitan, toleren o condonen cualquier forma de violencia por razón de género contra la mujer, incluido el matrimonio infantil o forzado y otras prácticas tradicionales nocivas, las disposiciones que permitan realizar procedimientos médicos a mujeres con discapacidad sin su consentimiento informado y las disposiciones que penalicen el aborto, la condición de lesbiana, bisexual o transgénero y a las mujeres que ejercen la prostitución y el adulterio, o cualquier otra disposición penal que afecte a las mujeres de manera desproporcionada”¹¹¹.

En este sentido, el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos tiene la oportunidad de fijar líneas concretas, como lo ha hecho el Sistema Universal, en lo que respecta al acceso al aborto legal: la obligación de respetar los derechos humanos de las mujeres implica no sólo exigir la no obstaculización del acceso al derecho al aborto sino también la obligación de llevar adelante acciones por parte del Estado que activamente desmotiven e intervengan en las conductas que constituyen violencia institucional y que hoy en día permanecen libradas a la discrecionalidad vulnerando los derechos de las mujeres. En ese sentido, **avanzar hacia la despenalización de la interrupción del embarazo implicará un avance en esa dirección.**

VI. CONCLUSIONES Y PETITORIO

Si bien existe una tendencia mundial hacia la despenalización del aborto, en América Latina las últimas reformas o intentos de reforma han generado argumentos que buscan retroceder en el reconocimiento de los derechos de las mujeres que se han alcanzado en la comunidad internacional. El proceso de reforma normativa en Chile y el intento de reforma en Bolivia funcionan como claros ejemplos.

Como mencionamos al inicio, en estos días el Congreso de la Nación argentina **se encuentra debatiendo una reforma normativa que propone abandonar un sistema de regulación basado exclusivamente en causales** (como el que existe hoy en los casos contemplados en nuestro Código Penal) **por un sistema que contemple plazos y causales.**

La discusión en este momento se encuentra ante la Cámara de Diputados de la Nación en donde se acordó una metodología para la presentación y análisis de las distintas posiciones tanto a favor como el contra de la modificación normativa. Se estima que unas 700 personas que hablarán en el transcurso de las reuniones informativas que comenzaron el día 10 de abril y, según lo informado, se espera que se extiendan hasta aproximadamente fines de mayo.

Hasta la fecha, expusieron 300 personas. Luego de un meticuloso análisis de las presentaciones que se llevaron adelante¹¹², pudo observarse que los principales argumentos jurídicos tanto a favor como en contra de la modificación normativa sobre aborto, versan en torno a estándares

¹¹⁰ Comité de la CEDAW Recomendación General N° 35. Parágrafo 24.1

¹¹¹ Comité de la CEDAW Recomendación General N° 35. Parágrafo 29.c.i.

¹¹² Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), Monitoreo del debate sobre legalización del aborto en Argentina. Abril 2018. Disponible en <http://www.redaas.org.ar/actividades-item.php?a=89>



internacionales de derechos humanos, incluyendo los del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. Una de las principales estrategias de los grupos de oposición, que han expuesto en contra de una modificación normativa, ha sido atacar lo establecido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso “Artavia Murillo” en relación al artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH). Asimismo, han intentado invalidar los antecedentes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) resaltando que ellos no resultan vinculantes para Argentina.

Por este motivo, consideramos que la presente audiencia resulta de suma importancia para que la CIDH pueda **reforzar los estándares del sistema en relación al artículo 4 de CADH y a la función de la Corte IDH y de la CIDH respecto de la interpretación de la CADH.**

Como fue señalado, en Argentina el acceso a los abortos legales (en los casos de peligro para la vida o la salud de la mujer y en los casos de embarazo producto de violación) encuentra numerosos obstáculos y la dispar normativa existente genera desigualdad en el acceso de todas las mujeres en el país. Así, un nuevo panorama normativo sobre aborto **tendrá las mismas dificultades de implementación que han tenido las normas existentes desde 1921 a la fecha.**

La aprobación de una ley que legalice el aborto en Argentina significará un nuevo avance en la región en términos de reconocimiento de los derechos reproductivos de niñas, adolescentes y mujeres.

Por estas razones, celebramos la posibilidad de participar en esta audiencia y resaltamos su importancia en relación al debate que se está llevando a cabo en Argentina. Asimismo, manifestamos que la CIDH tiene una oportunidad única de enviar un mensaje a la región respecto de los estándares del sistema en este tema, su valor jurídico y lo que supone el principio de progresividad en materia de derechos humanos para informar tanto el debate argentino como cualquier reforma normativa que se intente en los países de América Latina y el Caribe.

Por lo expuesto, pedimos:

1. Que la CIDH acompañe el proceso de debate que está teniendo lugar en el Congreso de la Nación argentina y lo oriente, estableciendo y reforzando los estándares de derechos humanos que rigen en la materia para el Estado en pos de avanzar a una regulación menos restrictiva del aborto. En particular, que refuerce, a través de un comunicado de prensa, los deberes de Argentina en relación a los derechos humanos de las mujeres que competen a los tres poderes del Estado.
2. Que la CIDH pueda emitir un mensaje al Poder Ejecutivo de la Nación en relación a su responsabilidad de:
 - a) garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, niñas y toda persona con capacidad de gestar, eliminando las barreras en el acceso al aborto legal que fueron repasadas en esta audiencia; adoptando las medidas necesarias para garantizar que los casos de aborto legal sean realizados dentro del sistema público de salud.
 - b) intervenir activamente en el debate hacia la despenalización del aborto. Su rol no debe circunscribirse a habilitar el debate, sino que, como parte de su política pública, debe



aportar información rigurosa y estadísticas nacionales y locales que permitan robustecer y orientar la discusión.

3. generar un sistema de información articulado a nivel nacional que ponga a disposición del público en general, en ejercicio del principio de transparencia activa, y de los órganos del Estado datos sobre el estado de situación del acceso integral a los derechos reproductivos de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gozar.
4. Que la CIDH pueda encomendar al Estado argentino la necesidad de garantizar el acceso a las medicinas esenciales (misoprostol y mifepristona) como parte de una política de salud pública coherente, que garantice todos los métodos que, basados en la evidencia, resultan efectivos, seguros y preferidos en estos casos, para el acceso a la práctica de la interrupción legal del embarazo de conformidad con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.
5. Que la CIDH –con el acompañamiento y la experiencia de la Relatoría de la Mujer a la luz de la Convención de Belém do Pará - pueda reforzar los estándares sobre derechos sexuales y reproductivos y violencia de género, en el entendimiento de que la denegación del acceso a los abortos legales constituye un supuesto de violencia institucional que debe ser abordado por el Estado.
6. En vistas de lo escuchado en esta audiencia, que el Estado argentino garantice, con los recursos necesarios, la implementación del “Plan ENIA” (Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia) de manera integral y articulada con el ya existente Programa Nacional de Educación Sexual Integral y el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Para tal finalidad, se deberá promover la participación activa de jóvenes y adolescentes.

AMNISTÍA INTERNACIONAL ARGENTINA (AIAR)

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS)

ASOCIACIÓN CIVIL POR EL DERECHO A DECIDIR (CDD)

EQUIPO LATINOAMERICANO DE JUSTICIA Y GÉNERO (ELA)