



APORTES AL DEBATE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



AMNISTÍA
INTERNACIONAL



INDICE

Amnistía Internacional elaboró una serie de informes sustantivos sobre la realidad del aborto en Argentina que se proponen contribuir con el debate hacia la despenalización de la interrupción legal del embarazo. Los siguientes informes permiten acceder a datos estadísticos e información basada en evidencia que abona la fundamentación a favor de la despenalización del aborto.

1. EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA. UNA DEUDA PENDIENTE

PÁG. 04

El informe realiza un análisis sobre el marco legal vigente en el país para la interrupción legal del embarazo en Argentina y la situación en cada una de las provincias. A su vez, describe los obstáculos que sufren las mujeres y personas con capacidad de gestar para acceder de manera efectiva a la interrupción legal del embarazo en los casos en que nuestro sistema normativo lo considera legal. Por último, identifica algunos casos de denegación y criminalización del derecho al aborto legal y seguro y las consecuencias que tienen para la vida de las mujeres.

2. EMBARAZO ADOLESCENTE

PÁG. 28

El documento analiza el embarazo adolescente en la Argentina, identificando el entramado de factores que se relacionan con esta problemática. Ofrece un estudio comparativo con cifras globales y regionales, a la vez que describe el modo en que la maternidad en la adolescencia impacta en la salud de las adolescentes y niñas madres aumentando los riesgos de mortalidad infantil. Asimismo se indican las desigualdades al interior del país y la estrecha relación de la maternidad adolescente con el nivel de desarrollo. Por último aporta información sobre el aborto en la adolescencia.

3. LOS MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN ARGENTINA: CÓMO SE LLEGA A LOS 450 MIL

PÁG. 41

Este informe procura echar luz sobre los abortos clandestinos en Argentina. Una de las principales dificultades que acarrea la criminalización del aborto es la falta de datos oficiales. Desde un enfoque de derechos humanos, la información constituye un presupuesto de mínima para el diseño, planificación y ejecución de una política pública, y su posterior diagnóstico. Este documento describe los distintos métodos que se utilizan para la construcción de datos sobre abortos inducidos en la Argentina, información que resulta indispensable para revisar y optimizar el registro de datos, perfeccionar la provisión del servicio, asignar el presupuesto necesario y evaluar el diseño de políticas públicas.

4. REGISTRO DE ABORTOS NO PUNIBLES

PÁG. 50

El informe describe los sistemas de registro sanitarios existentes para medir datos vinculados con aborto y las deficiencias de cada uno de ellos, que tiene un impacto negativo para el diseño de políticas públicas que garanticen los derechos de la mujer.

Ante ello Amnistía Internacional Argentina realizó 26 pedidos de acceso a la información pública con el objeto de contar con un diagnóstico nacional sobre la implementación de políticas públicas para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los distintos rincones del país desde 2010 en adelante. Este informe analiza la información obtenida a partir de los mismos.



EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA.

UNA DEUDA PENDIENTE



EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA. UNA DEUDA PENDIENTE

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

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

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

➤ ARGENTINA: DIFERENTES PERO IGUALES

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

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

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

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

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



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

> ¿QUÉ DICE LA LEY EN NUESTRO PAÍS?

¿EL ABORTO ES LEGAL? SÍ



De acuerdo al marco jurídico local, Argentina adhiere al “modelo de indicaciones o causales”, en virtud del cual el aborto está penalizado excepto en determinados supuestos. Desde 1921, el artículo 86 del Código Penal de la Nación establece excepciones a la punibilidad del aborto: a) en caso de peligro para la vida de la mujer; b) en caso de peligro para la salud de la mujer; c) en caso de violación; d) en caso de atentado al pudor de mujer “idiotas o dementes”⁴.

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

En el mes de junio de 2015, el Ministerio de Salud de Nación publicó en su página web un nuevo “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”⁵. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010. Si bien el nuevo Protocolo establece que “es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas”, lo cierto es que el documento carece de estatus de resolución ministerial, al igual que las versiones de 2007 y 2010, y no ha sido acompañada por una estrategia firme que promueva su amplia difusión y aplicación por parte de las autoridades federales.

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

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

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

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

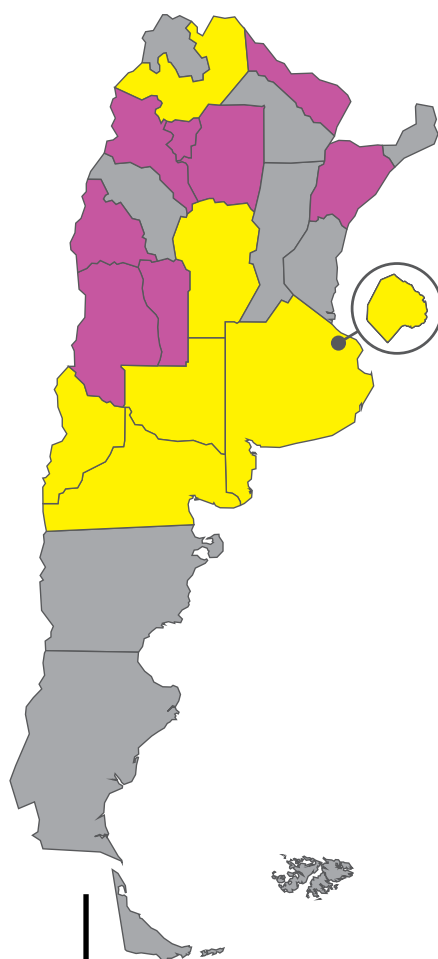
5 Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

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

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

> LAS PROVINCIAS FRENTE AL ABORTO LEGAL

A más de cinco años del fallo, el acceso al aborto legal no es implementado en todo el territorio nacional. Tan sólo 9 de las 25 jurisdicciones poseen protocolos de atención de los abortos no punibles que se corresponden, en buena medida, con los lineamientos fijados por el tribunal ⁷. Otras siete provincias dictaron protocolos que no se ajustan a lo ordenado por la Corte e incluyen requisitos que dificultan el acceso a la práctica⁸ y por último, ocho jurisdicciones no han dictado protocolo alguno⁹. Es decir, **más de la mitad de las jurisdicciones del país aún no cuenta con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tienen desde 1921.**



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

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

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

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



DESIGUALDADES

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

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



© Amnistía Internacional Argentina

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

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

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

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

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

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

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

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



LOS OBSTÁCULOS

EN PRIMERA PERSONA



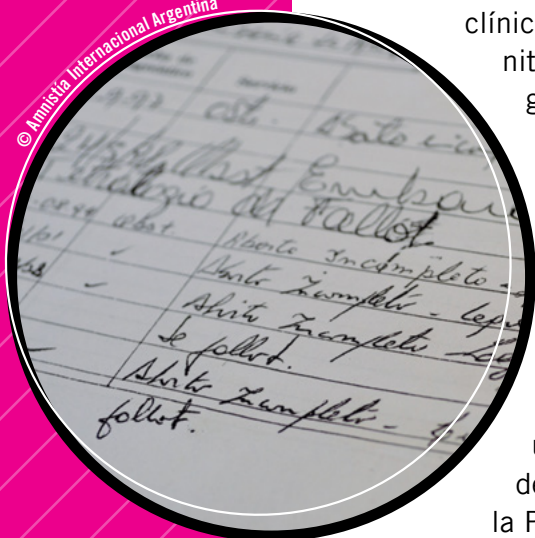
ENTRE RÍOS

Entre los casos más paradigmáticos de la denegación del derecho al aborto legal y seguro, encontramos la situación vivida por Mónica (nombre ficticio, para preservar su identidad) en la Provincia de Entre Ríos. El día 15 de junio de 2011 **MÓNICA, CON 35 AÑOS DE EDAD**, concurrió al Hospital Materno Infantil San Roque, presentando un embarazo de diez semanas. La institución contaba con todos los antecedentes clínicos sobre su malformación congénita –cardiopatía congénita compleja, Tetralogía de Fallot no corregida, cianótica en grado funcional III-IV– y sobre los abortos espontáneos sufridos, por lo que la interrupción del embarazo se imponía inmediatamente como única alternativa posible para la preservación de su salud y vida, tal como lo acreditaría luego el Ateneo Médico.

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

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

© Amnistía Internacional Argentina



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



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

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

> TUCUMÁN

En octubre de 2013, se conoció en Tucumán un caso de **UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS EMBARAZADA** como consecuencia de una violación. La joven manifestó esta circunstancia mediante declaración jurada y solicitó a los/as médicos/as de la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes que le practicaran un aborto legal. Sin embargo, las autoridades del centro de salud desconfiaron de la palabra de la joven y obstaculizaron el acceso a la práctica. Entre otras razones, y pese a que el Código Penal no establece límites gestacionales para el acceso al aborto legal, las autoridades alegaron que la edad gestacional era avanzada (la joven cursaba la 15ª semana de gestación). La familia de la adolescente denunció que hasta se intentó convencerla de que desistiera de su decisión de interrumpir su embarazo. **La mayoría de los/as médicos/as de la maternidad se declararon objetores/as de conciencia.** Finalmente se vio obligada a acceder a la práctica en otra jurisdicción¹⁴.



> SALTA

En Salta se conoció el caso en diciembre de 2013, de **UNA ADOLESCENTE DE 14 AÑOS** abusada por su padrastro, cuya madre solicitó la interrupción del embarazo en el Hospital Público Materno Infantil de la provincia de Salta donde la joven se encontraba internada a raíz de la violación sufrida¹⁵. Sin embargo, las autoridades del centro de salud se negaron a realizar la práctica y solicitaron una orden judicial. Según las fuentes¹⁶, ante la acción de amparo interpuesta por la asesora de incapaces representación del “por nacer”, la justicia ordenó que no se realizara la práctica. En la misma resolución, dispuso que el Ministerio Público comience los trámites para entregar a el/la niño/a nacido/a producto de la violación en adopción y ordenó al Ministerio de Derechos Humanos de la provincia que en el término de 48 horas entregue un sub-

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

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

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

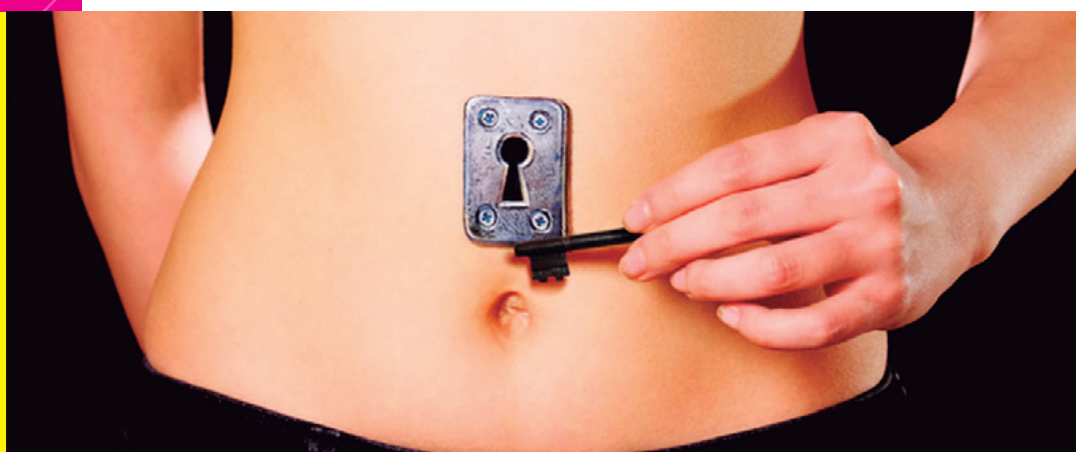


sidio a la familia de la niña. El 27 de diciembre de 2013, la Corte Suprema de Justicia de Salta decidió revocar la sentencia y sostuvo que el fallo del juez Soria fue contrario a la ley y a la decisión de la Corte Suprema de Justicia en el caso “F.A.L.” y por lo tanto requirió que se examine su desempeño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



BUENOS AIRES

En abril de 2014, efectores de salud del hospital Mariano y Luciano de la Vega del partido de Moreno en la Provincia de Buenos Aires, se negaron a realizar un aborto legal a **UNA NIÑA DE 13 AÑOS** embarazada como consecuencia de una violación por parte de su padrastro, con el argumento de que su realización pondría en riesgo la salud de la niña, debido al avanzado estado gestacional y a su estado de salud delicado. Cuando la madre de la niña radicó la denuncia de violación no se le brindó un tratamiento integral como víctima de violación sexual, ni le ofreció atención y contención psicológica; tampoco se solicitó la intervención al sistema de salud público, ni le brindó la información necesaria sobre su derecho a acceder a un aborto no punible, incumpléndose la aplicación de los protocolos de atención de violencia sexual vigentes en el territorio de la provincia. Además, todo el plantel del hospital Mariano y Luciano de la Vega se declaró objetor de conciencia, haciendo lugar a la objeción de conciencia institucional; dejando, de esta manera, a las mujeres desamparadas frente al servicio de salud.



© Amnistía Internacional Argentina



SALTA

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



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

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

01 >> LA JUDICIALIZACIÓN DE LOS CASOS

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

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

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

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

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

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

En abril de 2011, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas condenó a Argentina en el caso de “LMR c. Argentina”²⁰ por la injerencia ilegítima de la justicia en la vida de LMR, que judicializó su derecho al aborto, expulsándola del sistema de salud público hacia el circuito clandestino para interrumpir su embarazo, poniendo en riesgo su vida y su salud²¹. La CSJN observó este antecedente en su decisión en F.A.L., y aun así, han seguido registrándose obstrucciones por la judicialización de los casos de aborto legal.

02 >> CRIMINALIZACIÓN Y PERSECUCIÓN A MUJERES

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

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

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

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



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

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

22 Cavallo, Mercedes. Op. Cit.

➤ Tucumán

MARÍA MAGDALENA

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



© Amnistía Internacional Argentina

BELÉN

En abril de 2016, tomó estado público un caso que pone en evidencia la injerencia del derecho penal en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. **BELÉN²³, UNA JOVEN DE 25 AÑOS DE EDAD**, una joven de 25 años de edad, estuvo privada de su libertad durante más de dos años en la Provincia de Tucumán, en el norte de Argentina, por haber sufrido un aborto espontáneo en un hospital público, tal como fue consignado en su historia clínica. Tanto médicos como policías violaron su derecho a la privacidad y la acusaron injustamente y la maltrataron. En la madrugada del 21 de marzo de 2014, fue a la guardia del Hospital de Clínicas Avellaneda en San Miguel de Tucumán por dolores abdominales. La derivaron al Servicio de Ginecología porque tenía abundante sangrado. Allí, los médicos le informaron que estaba teniendo un aborto espontáneo de un feto de aproximadamente 22 semanas. Belén desconocía estar embarazada. Luego de recibir tratos degradantes por parte del personal de salud, fue denunciada a la guardia policial, en clara violación del secreto profesional que ampara la relación médico-paciente²⁴. Belén ingresó al hospital público pidiendo

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

24 El Comité CEDAW en su Observación General N° 24 y 33 advirtió sobre el vínculo entre el cumplimiento del derecho a la privacidad en materia de salud, el aborto, y la salud de las mujeres: “La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede



ayuda y fue presa por más de dos años. Primero la imputaron por aborto seguido de homicidio, que es una figura penal inexistente. El fiscal de la causa luego cambió la acusación por la de homicidio doblemente agravado por el vínculo y alevosía, que tiene una pena de hasta 25 años de encierro. Belén estuvo detenida en prisión preventiva por más de dos años. El 19 de abril de 2016 fue condenada a 8 años de prisión, en un proceso judicial en el que se vulneraron sus derechos desde el comienzo ya que en ningún momento fue escuchada.

El 12 de mayo de 2016 la justicia le denegó el pedido de excarcelación interpuesto por la defensa. El 15 de abril la Corte Suprema de Justicia Provincial dispuso su libertad, entendiendo que no existen motivos para extender su privación de libertad. Y finalmente en marzo de 2017 fue absuelta por la justicia. Nadie nunca podrá reparar los años que Belén estuvo tras las rejas a su corta edad.

Sobre este caso, se refirió el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el marco de sus Observaciones Finales relativas a la Quinta Evaluación Periódica del país, referidas al estado de cumplimiento de las obligaciones asumidas en virtud del Pacto de Derechos Civiles y Políticos. Allí además de expresar su preocupación por la falta de implementación de abortos legales²⁵, el Comité remite directamente al caso de “Belén”, y exhorta al Estado a “revisar el caso a la luz de los estándares internacionales en la materia, con miras a su inmediata liberación”²⁶.

disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física”. Y avanzó sobre el rol que le cabe a la justicia ante estos supuestos, al entender que “la rendición de cuentas de los sistemas de justicia se refiere también a la vigilancia de las acciones de los profesionales que actúan en ellos y su responsabilidad jurídica en caso de que violen la ley.”. Esto es, sanciones a quienes obstaculizan o violan los espacios de confidencialidad de las mujeres, poniendo en peligro el derecho a la vida de las mujeres, ya sea por acción u omisión

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

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



➤ Tierra del Fuego

En la Provincia de **TIERRA DEL FUEGO**, en el 2016, una joven en situación de gran vulnerabilidad y con una historia de violencia, fue procesada durante 6 años y finalmente fue absuelta por realizarse un aborto con una curandera en un barrio popular de la capital provincial. La falta de acceso al aborto legal la empujó a la clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y su vida, para luego además quedar expuesta a la persecución penal por haber ejercido lo que debió ser su derecho. Esto, a pesar de que la obligación mínima por parte de los estados bajo el CEDAW es despenalizar el aborto y asegurar que las mujeres puedan acceder a servicios de aborto a lo menos cuando su vida o salud están a riesgo o se trata de un embarazo producto de violación o incesto, o hay una malformación seria o grave del feto²⁷.

03

➤➤ VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL

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

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

27 CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a séptimo combinados del Senegal, julio 2015, disponible en <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG-1d%2FPPRiCAqhKb7yhskcAJS%2FU4wb%2BdlVicvG05Ry5rnmddcit060LGkYHsU3p08Y2nyjSI4rGRZb9Rg-NHfNnt6G6Q7sYONIZzyGgQAJDzqdMWlrw3ZUyqd0C%2FwolZpYg9WWqlUG6msEoKqK8rcwg%3D%3D>;

ver también CEDAW, Observaciones finales, : Perú, UN Doc. CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014), par. 36(a) (el Comité recomienda al estado que “[h]aga extensiva la legalización del aborto a los casos de violación, incesto o malformación fetal severa”); CEDAW, Observaciones finales: Chile, UN Doc. CEDAW/C/CHL/CO/5-6 (2012), par. 34 (“[E]l Comité lamenta profundamente que todas las recientes iniciativas parlamentarias encaminadas a despenalizar el aborto hayan fracasado en el Estado parte, incluso en los supuestos de riesgo para la salud o la vida de la madre, grave malformación del feto o violación.

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

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

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

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

© Amnistía Internacional Argentina



Mantener la confidencialidad de la información obtenida de las y los pacientes es un interés crítico de la salud sexual y reproductiva.³⁰ De forma particular, el Comité CEDAW ha expuesto su preocupación por el vínculo entre el cumplimiento del derecho a la privacidad en materia de salud, el tratamiento vinculado a un aborto, incluyendo un aborto espontáneo, y la salud de las mujeres al señalar que “la falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar”.³¹

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



© Amnistía Internacional Argentina

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

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

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

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

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



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

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

04



EJERCICIO ABUSIVO DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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





Como se señaló arriba, en la provincia de **Buenos Aires** los médicos del hospital Mariano y Luciano de la Vega del partido de Moreno, todo el plantel del hospital se declaró objetor de conciencia y se negó a realizar un aborto legal a una niña de 13 años embarazada como consecuencia de una violación por parte de su padrastro, con el argumento de pondría en riesgo la salud de la niña, debido al avanzado estado gestacional y a su estado de salud delicado⁴³.

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

LA LIBERTAD RELIGIOSA COMO EXCUSA PARA VIOLAR DERECHOS

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

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

43 Finalmente, la niña pudo interrumpir la gestación con medicamentos en un consultorio privado y su atención concluyó en un hospital público fuera del ámbito de la provincia de Buenos Aires, con el acompañamiento de organizaciones de mujeres de la zona, integrantes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Información disponible en Ver en <http://www.abortolegal.com.ar/?p=2172> y <http://www.telam.com.ar/notas/201404/61237-la-directora-del-hospital-reafirmo-que-un-aborto-pone-en-riesgo-la-vida-de-la-nena-violada.html>

44 ADC, 2015. Informe citado. Pág. 37

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



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

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

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



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

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

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

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

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



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

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



© Amnistía Internacional Argentina

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

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

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

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

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

51 Ídem.

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

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

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

55 DEIS, 2014 y 2013.



Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas⁵⁶ representan un cuarto de la MM⁵⁷. Esto sugiere, entre otras cosas, que **posiblemente muchas mujeres no accedieron a la información, a la oportunidad o a la decisión de interrumpir su embarazo basados en la causal salud** (artículo 86 inciso 1 Código Penal).

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

Por lo demás, las desigualdades al interior del país son ilustrativas de la discriminación múltiple que viven mujeres por fuera de los centros urbanos en mejor situación. Hay provincias que duplican o triplican la razón nacional. En la actualidad, **el aborto continúa siendo la principal causa de mortalidad materna en más de la mitad de las provincias del país. Las complicaciones por aborto inseguro son la primera causa individual de MM en 17 de las 24 provincias**. En las dos provincias donde la primer causa de muerte son las “otras obstétricas directas”, el aborto sigue siendo la segunda causa⁵⁹. Esta situación indica que las mujeres que viven en provincias como Formosa o Chaco están expuestas a un riesgo desproporcionado cuando se comparan los riesgos de las mujeres de jurisdicciones como la de Ciudad de Buenos Aires, Córdoba o provincia de Buenos Aires. En efecto, provincias del NEA y NOA (Noreste y Noroeste Argentino) tienen RMM similares a la de los países de alta mortalidad materna de América Latina: Formosa tiene un nivel similar al de República Dominicana; y Jujuy se asemeja a Paraguay⁶⁰.

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

LOS DATOS SOBRE LA PRÁCTICA DE ABORTOS LEGALES



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

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

⁵⁷ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013.

⁵⁸ Romero et al, 2010.

⁵⁹ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

⁶⁰ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013.

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



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

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

LAS CIFRAS ESTIMATIVAS SOBRE ABORTOS CLANDESTINOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

En un informe de 2011, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud examinó el impacto que tienen las leyes que sancionan o restringen de algún modo el aborto –por ejemplo, cuando se sancionan determinadas conductas durante el embarazo, se limita el acceso los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, se niega información o no se brinda educación en materia de salud sexual y reproductiva. Señaló que tales restricciones suelen ser discriminatorias por naturaleza y violan el derecho a la salud, al limitar el acceso a bienes, servicios e información de calidad⁶⁸. Y que “[l]a penalización genera y perpetúa el estigma, limita la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información disponible en materia de salud sexual y repro-

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

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

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



ductiva, les niega la plena participación en la sociedad y distorsiona las percepciones de los profesionales de salud, lo que a su vez puede dificultar el acceso de las mujeres a los servicios de atención a la salud”⁶⁹.

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

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

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



© Amnistía Internacional Argentina

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

70 ONU, Comité CEDAW, Recomendaciones Finales Argentina 2010; Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Informe provisional sobre El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 de fecha 3 de Agosto de 2011. Este último ha dicho que los Estados deben abstenerse de emplear restricciones jurídicas o leyes penales para regular la salud pública que no estén fundamentadas en pruebas ni sean proporcionadas, ya que violan el derecho a la salud de las personas afectadas y además son contrarias a los propios fines que las justifican.



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

DOCUMENTOS



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



EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN ARGENTINA

APORTES AL DEBATE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN ARGENTINA

1

EMBARAZO ADOLESCENTE:

Cifras globales y regionales.

Aproximadamente uno de cada cinco habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1800 millones de personas tienen entre 10 y 24 años¹. Esta cifra representa el 24% de la población mundial. De este grupo, el 90% vive en países de ingresos bajos y medios, y sólo el 65% está matriculado en la escuela secundaria². La tasa global de embarazo adolescente y/o tasa media de natalidad muestra un nivel alto estimado en 44 por 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, con amplias diferencias entre países ricos y pobres; siendo las más alta la del África Subsahariana y siguiéndole Latinoamérica y el Caribe³.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS

ADOLESCENTES

JUVENTUD

PERSONAS JÓVENES

NIÑOS Y NIÑAS

10 | | | | 15 | | | | 20 | | | 24

EDAD

Fuente: UNFPA, 2015

1 UNFPA, Mundos Aparte. La salud y los derechos sexuales y reproductivos en tiempo de desigualdad. Estado de Población Mundial 2017, p. 129.

2 UNICEF. The State of the World's Children 2014 in Numbers. Every Child Counts: Revealing disparities, advancing children's rights. Nueva York, 2014.

3 CEPAL. CEPALSTATS: Tasa de fecundidad adolescente diferentes años. Santiago, 2013.



TABLA 1. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE. NACIMIENTOS POR CADA MIL MUJERES ENTRE 15 Y 19 AÑOS. 2006 - 2015.

GLOBAL	44 / 1.000
REGIONAL (LAC)	64 / 1.000
ARGENTINA	68 / 1.000

Fuente: UNFPA, Mundos Aparte. La salud y los derechos sexuales y reproductivos en tiempo de desigualdad. Estado de Población Mundial 2017.

ARGENTINA

68
NACIMIENTOS
POR CADA MIL
MUJERES DE
15 A 19 AÑOS.

● **Argentina** se ubica actualmente **por encima del promedio mundial**, estimado en 68 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, y por encima de la media de América Latina y el Caribe, de 64 por mil. Entre los países de la región, la fecundidad adolescente de Argentina supera la de Uruguay que asciende a 64 por mil, la de Chile que es de 52 por mil y la de Brasil que se ubica en 65 por mil; y está por debajo de la de Bolivia que es de 88 por mil y la de Colombia que alcanza 84 por mil ⁴.

Globalmente, una de cada cinco mujeres de entre 20 y 24 años tuvo su primer hijo antes de cumplir los 18 años (en los países de ingresos bajos y medios esta cifra es de una de cada tres)⁵. Según la Organización Mundial de la Salud para el 2014, dieciséis millones de mujeres jóvenes de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años tuvieron un parto, la mayoría en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2014). La misma organización advierte que si bien desde 1990 se registró un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de fecundidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre adolescentes de 15 a 19 años; y el 95% de esos nacimientos ocurren en países de ingresos bajos y medios.⁶

2

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA ARGENTINA.

En la Argentina, el 15 % de los nacimientos que se produjeron en el año 2015 correspondió a madres adolescentes menores de 19 años.

Se denomina fecundidad adolescente temprana a la que ocurre antes de los 15 años y tardía a la que ocurre entre los 15 y los 19 años.

⁴ UNFPA, Mundos Aparte. La salud y los derechos sexuales y reproductivos en tiempo de desigualdad. Estado de Población Mundial 2017.

⁵ Ibidem.

⁶ A este respecto, ver OMS, Fact sheets, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/> publicación, septiembre de 2014.



EN NÚMEROS ABSOLUTOS OCURRIERON EN 2015 111.699 NACIMIENTOS DE MADRES MENORES DE 20 AÑOS EN TODO EL PAÍS 108.912 EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS Y 2.787 EN MENORES DE 15 AÑOS.⁷ ESTE HECHO MERECE ESPECIAL PREOCUPACIÓN 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.

Este fenómeno se acrecienta cuando se observa la magnitud del embarazo no intencional: casi 7 de cada 10 adolescentes de entre 10 y 19 años que tuvo un hijo en 2015 no había buscado ese embarazo (SIP-G, 2015).

En nuestro país la tasa de fecundidad adolescente descendió de manera lenta pero continua desde 1980, año en que alcanzó su nivel más alto registrado, de 80 nacimientos por mil mujeres de este rango etario. En los primeros años de la década desciende levemente (continuando la tendencia de la década previa) hasta el año 2003 cuando registra el nivel más bajo (57,5 por mil). A partir de dicho año se registra un incremento sostenido alcanzando al 69,6 por mil en el 2011 y, consecuentemente situándose con el nivel de fecundidad más alto entre los países de la región aquí contemplados. Cabe señalar que los últimos datos disponibles correspondientes al año 2012, 2013 y 2015 muestran un leve descenso (65,6 por mil, 64,9 por mil y 64 por mil respectivamente), pero es aún precipitado determinar si constituye un cambio en la tendencia ⁸.



¿CÓMO IMPACTA LA MATERNIDAD EN LA VIDA Y SALUD?

LAS NIÑAS MADRES

MENORES DE
15 AÑOS
CORREN 4 VECES
MÁS RIESGO DE
MUERTE EN EL
EMBARAZO

Si bien la maternidad temprana (menores de 15 años) no expresa un número cuantitativamente significativo en Argentina, su análisis representa implicancias del orden social y de salud importantes para la planificación e implementación de políticas orientadas hacia las niñas madres. Respecto a la salud y comparadas con mujeres de 20 a 24 años, **las niñas madres menores de 15 años corren 4 veces más riesgo de muerte en el embarazo**, mayor riesgo de bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos), mayor riesgo de parto pre-término (antes de las 27 semanas de gestación), mayor riesgo de mortalidad perinatal, mayor riesgo de eclampsia (convulsiones), mayor riesgo de hemorragia posparto y mayor riesgo de infección endometrial ⁹.

⁷ Ministerio de Salud de la Nación, Estadísticas vitales, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2015.

⁸ UNFPA, Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la Construcción de una Agenda Común, 2016, p.15.

⁹ Conde Agudelo, Belizán, Lammers (AJOG, 2005).



TABLA 2



TABLA 2. NACIMIENTOS ANUALES SEGÚN EDAD DE LAS MADRES. PERÍODO 2006-2015.

NACIMIENTOS SEGÚN EDAD DE LA MADRE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
> MENORES DE 15 AÑOS	2.756	2.833	2.920	3.341	3.107	3.146	3.012	3.261	3007	2787
> ENTRE 15 Y 19 AÑOS	103.672	106.432	111.803	113.222	114.193	115.518	111.023	114.125	113.945	111.699
> DE 20 AÑOS Y MÁS	583.812	584.401	623.545	619.930	626.307	630.212	612.382	637.217	192.415	189.542
> TOTAL MADRES TODAS LAS EDADES	690.240	692.666	738.268	736.493	743.607	748.876	726.417	754.603	777.012	770.040

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación.n.

Un estudio recientemente publicado por Pantelides, Fernández y Marconi (2014) muestra un promedio de los años 2010 a 2012 respecto a los riesgos de la salud en la maternidad temprana anteriormente mencionados: el 12,8% de las niñas menores de 15 años tuvo un parto pre-termino, mientras que el 9,2% de adolescentes entre 15 y 19 años y el 8,2% de mujeres de 20 años y más. Un dato llamativo que arrojó el estudio se refiere a la **tasa de mortalidad infantil**, definida como la que indica las muertes de menores de un año por cada 1000 nacimientos. **Esta tasa se observó en un 24,4 % en grupos de madres menores de 15 años; 13,9 % en grupos de madres de 15 a 19 años, y 9,3 % en grupos de madres mayores a 20 años¹⁰.**

Se trata de datos inquietantes que sugieren problemas serios de salud en estas madres niñas, y potenciales afectaciones al desarrollo personal.

En el caso de las madres menores de 15 años, los bebés tienen mayor riesgo de nacer en parto prematuro y con bajo peso, condiciones –sobre todo el nacimiento pre-término– que aumentan sus probabilidades de contraer enfermedades de muerte en el período perinatal. Asimismo la tasa de mortalidad infantil es más elevada entre los nacidos de madres adolescentes. En promedio entre 2012 y 2014 el 7,2% de todos bebés nacidos en el país registró un peso menor a los 2,5 kilogramos. Esta proporción se eleva a 8,2% entre los nacidos vivos de madres de entre 15 y 19 años, y al 11,1% entre los de menores de 15 años. Los datos corroboran la hipótesis de que a menor edad de las madres mayor probabilidad de un nacimiento de bajo peso. Esto tanto a nivel del promedio nacional como a nivel de las distintas jurisdicciones¹¹.

10 Edith A. Pantelides, María de las Mercedes Fernández y Élica Marconi (2014); “Maternidad temprana en Argentina. Las madres menores de 15 años. CENEP.

11 UNICEF, Embarazo y Maternidad en Adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina, Junio 2017, p.17.

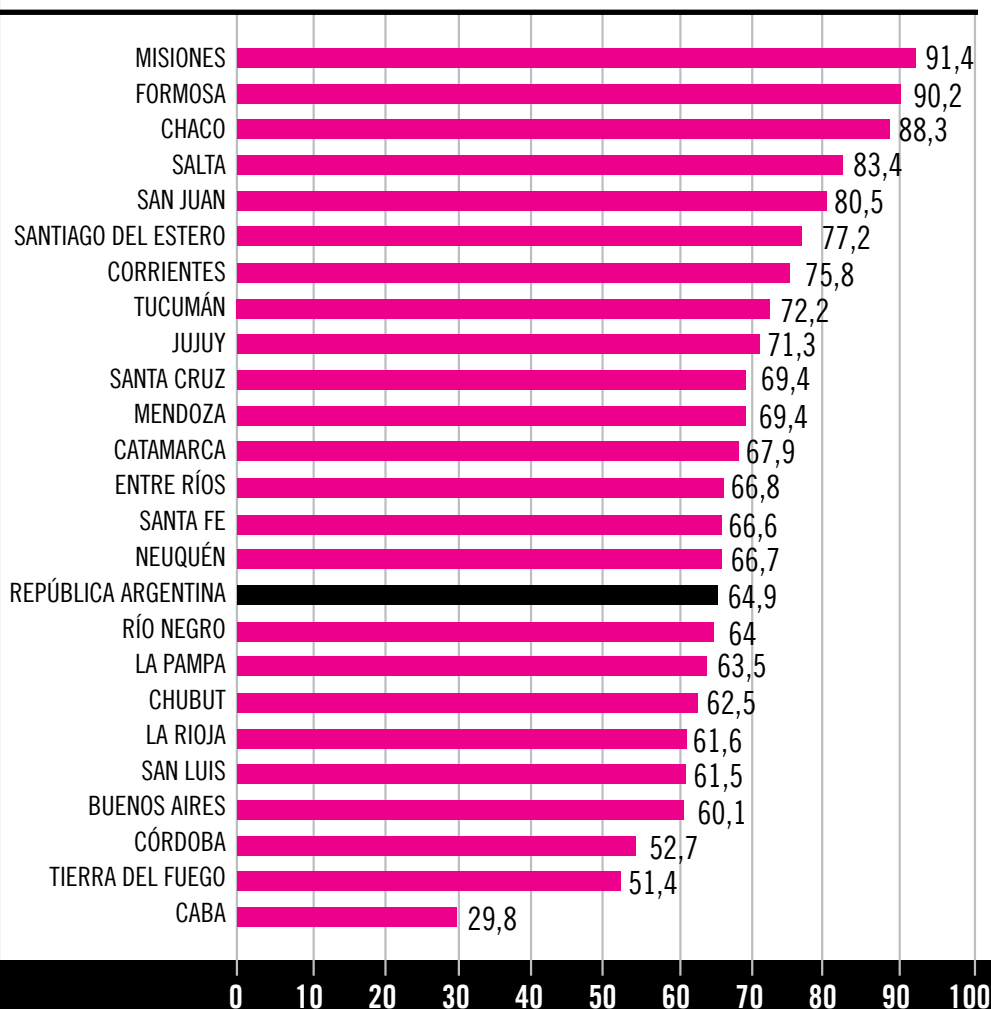


> LAS DESIGUALDADES AL INTERIOR DEL PAÍS: DATOS DESAGREGADOS POR PROVINCIA

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. Esto se ve reflejado en nuestro mapa nacional, donde se observan grandes desigualdades entre las distintas provincias. Mientras la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta la tasa más baja (29.8 x 1000), en las provincias del noreste argentino nos encontramos con las tasas más elevadas, llegando a 91.4 x 1000 en Misiones, 90.2 x 1000 en Formosa; 88.3 x 1000 en Chaco y 75.8 x 1000 en Corrientes.¹²

GRÁFICO 01

TASA DE
FECUNDIDAD
ADOLESCENTE
TARDÍA (15-19)
POR JURISDICCIÓN.
ARGENTINA - 2013



Fuente: Elaboración en base a DEIS, indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013

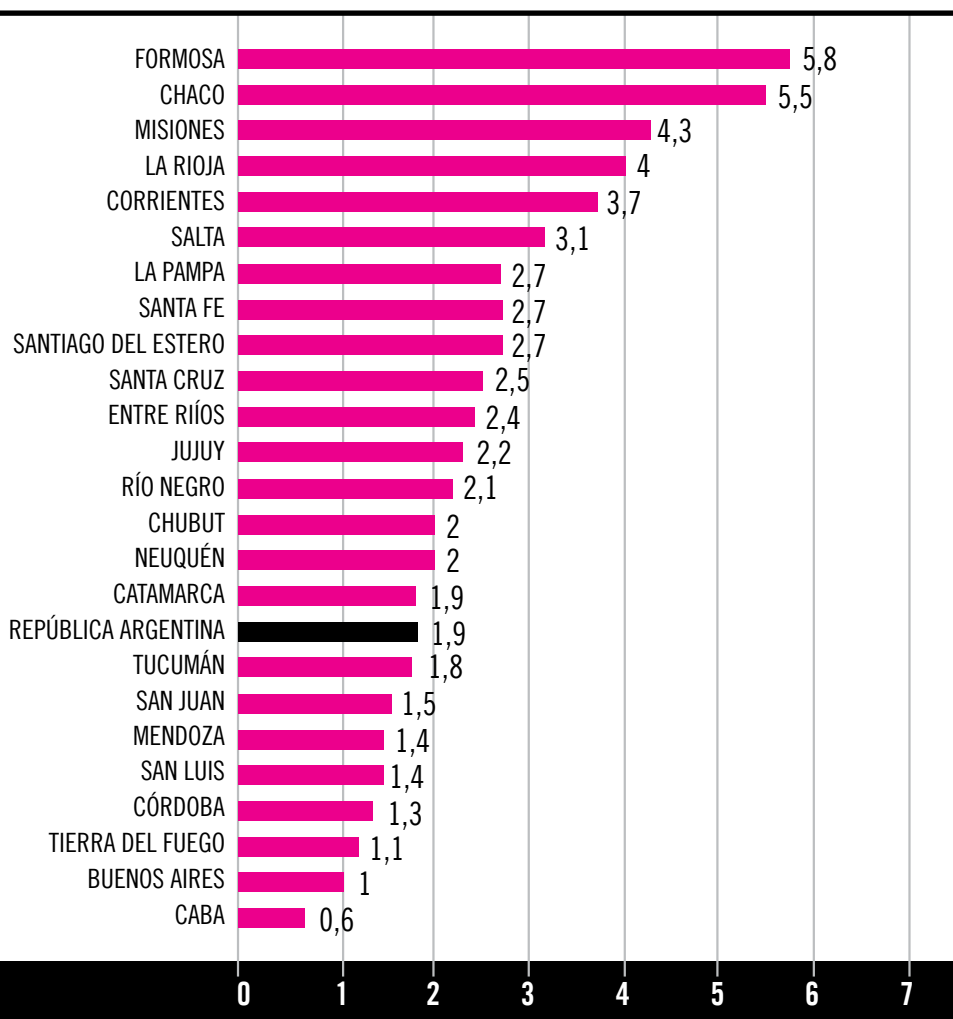
TASA DE FECUNDIDAD TARDÍA POR 1000 MUJERES DE 15 A 19 AÑOS

12 UNICEF, Situación de los y las adolescentes en la Argentina, Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, 2016, p. 34.



GRÁFICO 02

TASA DE
FECUNDIDAD
ADOLESCENTE
TEMPRANA (10-14)
POR JURISDICCIÓN.
ARGENTINA - 2013



Fuente: Elaboración en base a DEIS, indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013

TASA POR 1000 MUJERES DE 10 A 14 AÑOS

Tal como lo muestra el Gráfico 2, respecto a los nacimientos registrados de madres menores de 15 años, se percibe el mayor número en Formosa, Chaco, Misiones, La Rioja y Corrientes.

Otro dato que vale la pena resaltar es que, en Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos años. Sin embargo, el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 provincias con valores superiores al 20%: Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%.¹³



© Amnistía Internacional Argentina / Demián Marchi.

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE LOS NIVELES DE EDUCACIÓN Y EL EMBARAZO?



Pese a que no pueden brindarse afirmaciones concluyentes respecto del vínculo entre educación y embarazo, existen datos concretos que dan un indicio sobre la relación entre uno y otro. Respecto al nivel de instrucción de las madres adolescentes y según los datos disponibles:

EL 31% DE LAS MADRES MENORES DE 20 AÑOS TIENE EL PRIMARIO Y/O CICLO DE EDUCACIÓN GENERAL COMPLETO, MIENTRAS QUE EL 49% NO COMPLETÓ EL SECUNDARIO Y/O POLIMODAL Y SÓLO EL 16% TIENE LA SECUNDARIA O EL POLIMODAL COMPLETO.

Así puede observarse en el siguiente Gráfico 3.

13 UNICEF, Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población, 2013, disponible en <http://www.unicef.org.ar/>



GRÁFICO 03

NACIDOS VIVOS REGISTRADOS SEGÚN MÁXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO Y EDAD DE LA MADRE, POR JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE.

REPÚBLICA ARGENTINA - AÑO 2015.

JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL NACIDOS VIVOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y GRUPO DE EDAD DE LA MADRE									
		HASTA PRIMARIO Y CICLOS DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA COMPLETOS					SECUNDARIO Y POLIMODAL INCOMPLETOS				
		SUB TOTAL	< DE 20	20 A 34	35 Y MÁS	SIN ESPEC.	SUB TOTAL	< DE 20	20 A 34	35 Y MÁS	SIN ESPEC.
REPÚBLICA ARGENTINA	770.040	187.570	34.816	123.285	28.278	1.191	177.544	54.748	106.702	15.230	864
JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL NACIDOS VIVOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y GRUPO DE EDAD DE LA MADRE									
		SECUNDARIO Y POLIMODAL COMPLETOS Y MÁS					SIN ESPECIFICAR				
		SUB TOTAL	< DE 20	20 A 34	35 Y MÁS	SIN ESPEC.	SUB TOTAL	< DE 20	20 A 34	35 Y MÁS	SIN ESPEC.
REPÚBLICA ARGENTINA	770.040	368.531	17.874	270.926	78.215	1.516	36.395	4.261	19.073	4.001	9060

Datos Estadísticos e Información de Salud,
Ministerio de Salud de la Nación

33,2%

DE ADOLESCENTES
REPORTÓ QUE
NO CONTINUÓ
EN LA ESCUELA

En este punto es importante mencionar el trabajo realizado por Gogna y Binstock (2013) en cuatro provincias de la Argentina (Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Provincia de Buenos Aires) el cual tuvo como objetivo principal estudiar los factores asociados a la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia y su repetición. Uno de los hallazgos de las investigadoras es la relación existente **entre la educación y el embarazo**, en el cual la mitad de los casos (54,8%) el embarazo ocurre cuando las adolescentes ya están fuera del sistema educativo. El estudio arroja que el 85 % no completó el secundario durante el primer embarazo y el 94% durante el segundo embarazo.

Siguiendo con el análisis respecto a la situación educativa de las mujeres madres adolescentes tal como puede verse en la Tabla 4 basada en los datos compilados en ese mismo estudio, los que se dan en el grupo de las adolescentes que aún están escolarizadas, **el embarazo suele poner**



fin a sus trayectorias educativas. En ese estudio un 33,2% de adolescentes reportó que no continuó en la escuela, un 28,1% continuó hasta el 7 mes y un 10,8% continuó hasta terminar el secundario o aún continúa.

TABLA 3



TABLA 3. SITUACIÓN EDUCATIVA AL PRIMER Y SEGUNDO EMBARAZO DURANTE LA ADOLESCENCIA (EN PORCENTAJES). PROVINCIAS SELECCIONADAS. 2012.

CONTINUIDAD EDUCATIVA DURANTE EL EMBARAZO	PRIMER EMBARAZO	SEGUNDO EMBARAZO
NO CONTINUÓ	33,2	19,4
SÍ, POR MUY BREVE TIEMPO	27,9	30,6
SÍ, HASTA AL MENOS EL 7 MES	28,1	33,3
SÍ, HASTA TERMINAR SECUNDARIO O CONTINÚA	10,8	16,7

Fuente: Encuesta reproductiva a adolescentes tardías y jóvenes en cuatro provincias argentinas (ERATJO), 2012. Ver en Binstock y Gogna (2013).



REPITENCIA EN LOS EMBARAZOS

Otra dimensión importante del fenómeno del embarazo adolescente son los casos de su repitencia. Un quinto de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden 2 o más, es decir de madres adolescentes que ya han tenido uno o más hijos.

Cada día **298 adolescentes entre 15 y 19 años son madres, 240 por primera vez, 50 por segunda y 10 por tercera.**¹⁴ El estudio de Gogna y Binstock señala que una importante proporción de los segundos embarazos entre adolescentes no es planeada¹⁵. Esto es, 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 para hacer más atractivas opciones como el DIU y los implantes subdérmicos para este grupo de jóvenes. En ésta línea es vital la prevención del embarazo no buscado porque una vez que las uniones se han constituido, el incentivo para posergar el segundo embarazo tiende a desdibujarse.

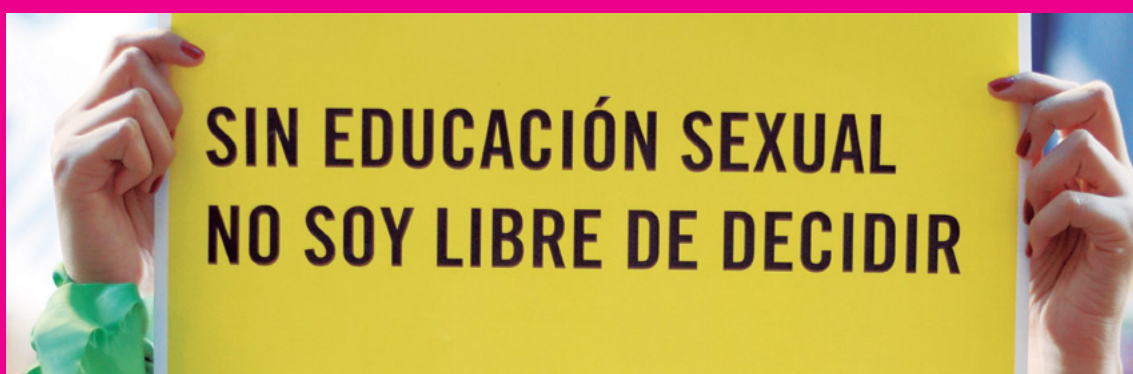
14 Estudios recientes sobre la repetición del embarazo en la adolescencia (Binstock y Gogna, 2014) señalan que en la Argentina 1 de cada 4 de las mujeres que tuvo su primer hijo en la adolescencia tendrá el segundo antes de los 19 años.

15 Situación de los y las adolescentes en la Argentina, Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, UNICEF 2016, p. 37.



> EMBARAZO ADOLESCENTE Y ABORTO

Se calcula que en Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año ¹⁶. En los hospitales públicos de todo el país se registran **49.000 internaciones** por abortos al año ¹⁷. Del total, alrededor del **17.7%** corresponden a **adolescentes y niñas** menores de 20 años.



49.000
INTERNACIONES
POR ABORTOS AL AÑO
17,7%
CORRESPONDEN A
**ADOLESCENTES
Y NIÑAS**
MENORES DE 20 AÑOS

En virtud del marco legal vigente en Argentina, los efectores de salud son responsables de garantizar y no obstruir el derecho al aborto legal. Las niñas y adolescentes que desean acceder a la práctica deben hacerlo sin barreras, deben contar con información clara, completa, oportuna, veraz, comprensible y en lenguaje accesible; en un espacio de confidencialidad y privacidad. Por el contrario, marcos legales restrictivos expone a las mujeres adolescentes a riesgos de salud asociados al aborto clandestino.

Los registros de egresos hospitalarios para 2014 dan cuenta de que 459 de las adolescentes de estas edades que habían egresado de establecimientos del sector público habían atravesado una internación hospitalaria por causa de aborto –estas representan el 1,4% del total de causas de egresos–. El 75% de ellos corresponde a las adolescentes de 14 años, el 20% a las de 13 y el 5% restante a las de 10, 11 y 12 años. Desde el punto de vista legal, todas las niñas menores de 13 años embarazadas podrían acceder a una ILE por abuso sexual. Asimismo, según la legislación argentina, las menores de 15 años podrían enmarcarse dentro de la causal riesgo para la salud, ya que el embarazo y el

¹⁶ Ministerio de Salud de la Nación, Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina, Edith Pantelides (Conicet y Cenep-Centro de Estudios de Población) y Silvia Mario (Instituto Gino Germani), pp. 111 y 112. Al igual que algunos otros países de América latina, la Argentina cuenta con una estimación del número de abortos inducidos por año. Esta estimación fue realizada a solicitud del Ministerio de Salud de la Nación utilizando dos metodologías validadas internacionalmente: el método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto y el método residual. Con el primero, el número de abortos inducidos en el año 2000 fue de 372.000 a 447.000, con una razón de aborto inducido por nacimiento de 0,53 a 0,64: esto significa más de 1 aborto por cada 2 nacimientos. Con el segundo método, la estimación para 2004 indica que se realizaron entre 486.000 y 522.000 abortos anualmente. Ver documento en esta misma serie sobre *Los métodos de estimación del aborto inducido en Argentina: cómo se llegó a la cifra de 450 mil*.

¹⁷ 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.

parto antes de los 15 años son causa de mayor morbilidad perinatal y materna (MSAL, 2015). Sin embargo, en los estudios cualitativos se pudo verificar que diversos tipos de obstáculos dificultan el acceso de las adolescentes al aborto no punible¹⁸.

3

REFLEXIONES FINALES

Pese a que durante la última década se ha comenzado a poner mayor atención sobre el fenómeno del embarazo adolescente en la agenda pública, los indicadores de la salud sexual y reproductiva de esta población son todavía deficientes.

La ley de salud sexual y procreación responsable fue sancionada hace más de diez años pero aún hay cuatro provincias que no se adhirieron (Formosa, Catamarca, Tucumán y San Juan) por lo cual incumplen con el derecho a obtener métodos anticonceptivos de su población. No casualmente allí se configuran algunos de los más altos índices de embarazo adolescente.



Como mencionamos, el segmento de las menores de 15 años encontramos una situación aún más alarmante. **Cada 3 horas una niña de entre 10 a 14 años se convierte en madre en nuestro país.**¹⁹ Los embarazos en adolescentes menores de 15 años son resultado o están asociados a un “entretrejado” 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.

Un embarazo durante la adolescencia puede condicionar actividades como la asistencia escolar, la participación en la actividad económica y el uso del tiempo libre. En los países en los que la interrupción del embarazo es ilegal, un embarazo no deseado expone a las mujeres adolescentes a riesgos de salud asociados al aborto clandestino. La comparación con la población total muestra que las madres adolescentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad y con desventajas frente a la población de madres adultas: corren más riesgos sanitarios, psíquicos, emocionales y sociales y por ende sus derechos no se encuentran garantizados.

EN LOS PAÍSES EN LOS QUE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO ES ILEGAL, UN EMBARAZO NO DESEADO EXPONE A LAS MUJERES ADOLESCENTES A RIESGOS DE SALUD ASOCIADOS AL ABORTO CLANDESTINO.

¹⁸ UNICEF, Embarazo y Maternidad en Adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina, Junio 2017, p.24.

¹⁹ En 2015 nacieron en la Argentina 2787 hijos de niñas madres. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, 2015.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud de la Nación Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2015, Serie 5 Número 59, Buenos Aires, diciembre de 2016: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

Brizuela, Abalos, Ramos y Romero (2010), “Embarazo en la Adolescencia”, hoja informativa número 10, CEDES y CREP.

Conde Agudelo, Bleizan JM, Lammers C. (2005) “Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study”

Gogna, Binstock; (2013); “Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina”, Buenos Aires, CENEP.

Gogna, Binstock; (2015); “La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas”, Buenos Aires, CENEP.

OMS, Nota descriptiva N° 364. Actualización de septiembre de 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.

UNFPA, Mundos Aparte. La salud y los derechos sexuales y reproductivos en tiempo de desigualdad. Estado de Población Mundial 2017.

UNICEF. The State of the World's Children 2014 in Numbers. “Every Child Counts: Revealing disparities, advancing children's rights”. Nueva York, 2014.

UNICEF (2011), Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades, Nueva York: UNICEF.

UNICEF (2013): Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población, <http://www.unicef.org.ar/>

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

UNICEF (2017), Embarazo y Maternidad en Adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina, Junio 2017. *



**LOS MÉTODOS DE
ESTIMACIÓN DEL**

ABORTO INDUCIDO

**EN ARGENTINA: CÓMO
SE LLEGÓ A LA CIFRA
DE 450 MIL**

LOS MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN ARGENTINA:

Cómo se llegó a la cifra de 450 mil*

1

EL ABORTO INDUCIDO.

UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Desde un enfoque de derechos humanos, la información constituye un presupuesto de mínima para el diseño, planificación y ejecución de una política pública, y su posterior diagnóstico. Para que dicha información sea útil, debe ser completa, veraz y adecuada, y adoptarse mediante procesos de participación, transparencia y rendición de cuentas.

La importancia del acceso, la producción y el registro de información relativa al acceso a los abortos legales radica no solo en la necesidad de incrementar la visibilidad del aborto legal y seguro, mediante un registro de los casos; sino también en la de evaluar el diseño de políticas públicas en general y en materia de salud sexual y reproductiva y de garantizar el acceso al aborto legal; establecer un diagnóstico sobre la demanda potencial, real, y efectiva del aborto legal, así como también para, revisar y optimizar las medidas de estado adoptadas de manera de perfeccionar la provisión del servicio, para asignar el presupuesto necesario (recursos e insumos), para definir los criterios y desplegar esfuerzos adecuados para enfrentar barreras y obstrucciones en la prestación de servicios ¹.

* ES CLAVE PARA EL DISEÑO, PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA,

* ES FUNDAMENTAL PARA EL POSTERIOR DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE ESAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

LA INFORMACIÓN

* DEBE SER COMPLETA, VERAZ Y ADECUADA.

* ES INDISPENSABLE PARA EL ACCESO, LA PRODUCCIÓN Y EL REGISTRO.

* Amnistía Internacional agradece la colaboración de Tamar Finzi y Sonia Ariza, para la elaboración de este informe.

1 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.



A la par, el cálculo de abortos inducidos también constituye un elemento central de política pública en materia de salud, pues pone de relieve la falencia del sistema de salud pública.

Investigaciones han demostrado que pese a la prohibición del aborto en las legislaciones locales, las mujeres y niñas continúan acudiendo a esta práctica. De hecho, la tasa de aborto en los países donde el procedimiento está mayormente restringido (en general, menos desarrollados) es similar a la registrada en países donde los criterios de la legislación son más amplios (en general, más desarrollados). Es posible concluir entonces que “[r]estringir el aborto por vía legal no garantiza una tasa de aborto baja; de igual manera, permitir el aborto bajo criterios amplios no se traduce en una tasa alta. El estatus legal, sí afecta, sin embargo la seguridad del aborto”². A este respecto, la OMS ha dicho que cuanto más restrictiva es la legislación sobre el aborto, mayor es la probabilidad de que éste no sea seguro y cause la muerte³.

Según un informe de enero de 2012, aquellas regiones del mundo donde las leyes de acceso al aborto son restrictivas (29 y 32 abortos por cada 1000 mujeres, en África y América Latina respectivamente), existen tasas mayores de terminación de embarazos que en las regiones donde su acceso no se criminaliza (12 por cada 1000 mujeres en Europa Occidental)⁴.



RESTRINGIR EL ABORTO



NO

garantiza
menos abortos;



PERMITIR EL ABORTO



NO

se traduce
en más abortos

EL ESTATUS LEGAL, SÍ

**AFECTA, LA SEGURIDAD
DE LAS MUJERES Y NIÑAS.**

2

¿CÓMO MEDIMOS LOS ABORTOS INDUCIDOS? UNA CIFRA DIFÍCIL DE ESTIMAR

Hoy, diversas metodologías desarrolladas por científicos sociales y demógrafos, en particular, permiten estimar las cifras del aborto inducido en una comunidad⁵. Los métodos disponibles se basan o

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

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

4 Instituto Guttmacher, “Hechos sobre el aborto inducido en el mundo”, 2012

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



combinan información resultante de encuestas a proveedores de abortos, estadísticas sobre complicaciones del aborto, datos sobre mortalidad, encuestas de población, estudios prospectivos, informes anónimos de terceras personas, y estimaciones de expertos, entre otros.

Las metodologías y los tipos de datos que pueden emplearse para realizar una estimación varían según el contexto de datos disponibles y el marco de legalidad del aborto en el que se realiza el estudio.

En el caso argentino, la estimación de las cifras de aborto inducido no es una tarea sencilla, puesto que históricamente ha sido atravesada por una situación de temor por parte de los proveedores y la población, en general, para responder preguntas sobre una práctica erróneamente considerada ilegal.

La última medición disponible sobre el tema surge del trabajo de investigación realizado por las demógrafas Edith Alejandra Pantelides y Silvia Mario⁶ a pedido del Ministerio de Salud de la Nación. En su estudio, las investigadoras aplicaron dos metodologías conocidas como el **método residual** y el **método por egresos hospitalarios**.

Estas dos metodologías fueron elegidas por sobre otras en función del contexto frente a la situación de restricción que imperaba en 2005 en nuestro país. Las metodologías testeadas por Pantelides y Mario se basan en datos secundarios y entrevistas en profundidad con proveedores de salud y actores vinculados con la salud sexual y reproductiva⁷.

HAY TEMOR POR PARTE DE LA POBLACIÓN Y DE LOS MÉDICOS A RESPONDER PREGUNTAS SOBRE UNA PRÁCTICA ERRÓNEAMENTE CONSIDERADA ILEGAL.



MÉTODO BASADO EN LAS ESTADÍSTICAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS⁸

Esta metodología considera como datos básicos, en primer lugar, los egresos hospitalarios por aborto⁹ que surgen del registro de los hospitales públicos y que dan cuenta del motivo por el cual una mujer puede haber estado internada por un mínimo de 24 horas en un servicio, su edad y sexo.

6 Pantelides, M. E. y Mario, S. (2005) *"Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido"*, Resumen ejecutivo CENEP y CEDES. Pantelides, M. E. y Mario, S. (2009) *"Estimación del Aborto Inducido en Argentina"*, Notas de población N°87, Santiago de Chile. El estudio se basa en datos recopilados en 2005 en el marco de un proyecto de investigación subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud de la Nación

7 Así lo explican Pantelides y Mario en sus investigaciones, y lo reconfirmó esta última en nuestra entrevista.

8 Método propuesto por Singh y Wulf. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *International, Family Planning Perspectives*, 1994, 20(1):4–13.

9 Este método también prevé como fuente de medición las muertes maternas por abortos, pero las investigadoras prefirieron utilizar los egresos hospitalarios por abortos debido a que se encuentran mejor registrados.



En segundo lugar, se aplica una encuesta de percepción a proveedores de servicios de salud reproductiva y otro tipo de actores que participen en las prácticas de abortos inducidos (enfermeras, obstétricas, acompañantes, etc.) con la finalidad de obtener información cualitativa que permita determinar de forma aproximada, cuál puede ser el número de abortos que quedan afuera de la cifra de abortos complicados -es decir, aquellos que requirieron internación y por ello están incluidos en la estadística sanitaria de “egresos hospitalarios por aborto”-.

La medición se construye a partir de la percepción de los proveedores de salud sobre los abortos que probablemente resultarían en hospitalizaciones, la probabilidad de complicaciones asociada a cada método, y la probabilidad de que las mujeres sean hospitalizadas por una complicación.

No se trata de una cifra exacta, ya que, como se explicó, esta es imposible de reconstruir en condiciones de ilegalidad. Sin embargo, se obtiene un rango acotado dentro del que se encuentra muy probablemente la cifra precisa de los abortos voluntarios.

- * sólo incluye cifras de la internación de mujeres que recurren al subsector público de salud, dejando afuera las internaciones que tienen lugar en los demás subsectores del sistema de salud argentino (i.e. las empresas de medicina prepaga y las obras sociales).

- * no incluye a los abortos que no requirieron hospitalización y que, por lo tanto, no quedaron registrados en las estadísticas hospitalarias por egreso.

- * No quedan registrados los casos de aborto tratados en forma ambulatoria.

- * falta de uniformidad en la aplicación de los criterios de clasificación de información de abortos por los operadores de salud.

- * Las cifras de internación pueden también resultar incompletas (por ejemplo cuando los profesionales registran la atención de complicaciones del aborto bajo categorías diferentes, tales como la hemorragia, sepsis, y otras para omitir referir particularmente el aborto). Estas prácticas podían ser más frecuentes cuando se entendía que el aborto estaba totalmente penalizado, como sucedía en 2005 cuando se recopilaron los datos del estudio que comentamos.

- * Si se tratara de actualizar la aplicación de este método, algunas de las restricciones mencionadas sobre los datos recopilados para 2005 podrían incluso complicarse aún más teniendo en cuenta que en los últimos años, y en especial desde el fallo F., A.L. emitido en 2012 por la Corte Suprema, se entiende que el aborto es legal cuando se lo realiza para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer o en caso de violación.

- * Finalmente, la mayor cantidad de críticas sobre este método de estimación del aborto inseguro han sido formuladas en torno al uso del multiplicador, que depende de las opiniones y percepciones de quienes están trabajando vinculados a la práctica del aborto.

Sin embargo, la experiencia de quienes trabajan con las mujeres que requieren atención por abortos, cuando solicitan la práctica de abortos legales o se atienden por complicaciones de abortos complicados dice



mucho de la problemática en Argentina.



MÉTODO BASADO EN LAS ESTADÍSTICAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS

- * Considera los egresos hospitalarios por aborto.
- * Sólo en hospitales públicos.
- * Se encuesta a personal de la salud.
- * No es una cifra exacta.



DEBILIDADES DE ESTE MODELO:

- * Sólo se tiene en cuenta al sector público.
- * No incluye a los abortos fuera de hospitales.
- * No se registran casos de mujeres que no quedaron internadas.
- * No hay un sistema de clasificación uniforme.
- * Se generan cifras incompletas.
- * Diferencias de criterios luego del fallo de la Corte de 2012.
- * Uso del multiplicador (depende de percepciones personales)



MÉTODO RESIDUAL

Este segundo método empleado en la investigación de Pantelides y Mario se construye a partir del modelo desarrollado por Bongaarts en 1982¹⁰ que relaciona la fecundidad real con una fecundidad máxima teórica; la prevalencia de uniones; el uso de métodos anticonceptivos; la cantidad de abortos; y el índice de infertilidad posparto. El método toma todos estos datos para determinar el número de abortos voluntarios a partir de la cifra faltante entre los nacimientos teóricos esperados y los nacimientos reales en un determinado territorio. El método se explica por una serie de determinantes que actúan reduciendo un nivel máximo de fecundidad potencial medido en un tiempo y contexto determinado.

* Los datos de la encuesta que se tomaron para medir la tasa de abortos con el método residual eran datos que surgían de una encuesta urbana, es decir, que no capturaban datos sobre el comportamiento de la población rural. Por lo tanto, el dato generado estaría dando cuenta sólo de un subgrupo de la población: el urbano.

* la medición de la insusceptibilidad post-parto que se estima a través de un proxy que es la duración de la lactancia. Para que la lac-

10 Bongaarts, J. (1982). The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning* 13(6/7): 178-189.



tancia proteja a la exposición del embarazo tiene que ser exclusiva y los datos sobre lactancia no permiten discernir si la lactancia es exclusiva o no. Entonces, el dato surge de una inferencia de duración promedio de la lactancia que puede no ser exclusiva, y en ese caso, dejaría de ser un factor de protección del embarazo con más frecuencia.

* Cada método anticonceptivo que las mujeres declararon utilizar se pondera por lo que sería su efectividad de uso, esas efectividades de uso se calculan utilizando datos que se vinculan con la observación de parejas sexualmente activas durante un período determinado, y se ve qué cantidades de embarazos se producen. En la Argentina estos tipos de estudios no se realizan y para subsanar esta ausencia el cálculo se basó en la efectividad del uso de métodos anticonceptivos que se calcula para los Estados Unidos. La dificultad es que el uso de los anticonceptivos no es consistente y probablemente el número de la efectividad en Argentina sea menor que la de los Estados Unidos.



MÉTODO RESIDUAL

- * Es un método teórico de cruces de datos.
- * Toma datos para determinar el número de abortos voluntarios a partir de la cifra faltante entre los nacimientos teóricos esperados y los nacimientos reales.
- * Se basa en un modelo de 1982.



DEBILIDADES DE ESTE MODELO:

- * Sólo toma datos urbanos.
- * Tiene en cuenta mediciones de, por ejemplo, el proceso post-parto o de la efectividad de los métodos anticonceptivos que no son precisas.
- * Consistencia que toma este modelo.

3

LOS DATOS QUE SURGEN DE LA APLICACIÓN DE AMBOS MÉTODOS

Al aplicar las dos metodologías descritas más arriba, Pantelides y Mario encuentran:

(a) El aborto inducido en la Argentina según el método por egresos hospitalario:

Para este método, el multiplicador estimado fue igual a 6,8. Este dato multiplicado por los 65.735 egresos hospitalarios registrados para 2000, arrojó un resultado de 446.998 abortos inducidos totales para ese año¹¹.

11 Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido, Documentos CEDES/CENEP, 2005.



Sobre este cálculo es importante aclarar que la información de egresos hospitalarios fue tomada para 2000 y las encuestas a los actores clave para producir el multiplicador fueron realizadas en 2005.

(b) *El aborto inducido en la Argentina según el método residual:*

La estimación del número anual de abortos inducidos e indicadores relacionados para la Argentina, 2004-2005 correspondiente a la población femenina residente en localidades de 5.000 habitantes o más:

	TASA DE ABORTO TAA	TASA GENERAL DE ABORTO POR CADA 1.000 MUJERES DE 15 A 49 AÑO	NRO. DE ABORTOS INDUCIDOS ANUALES
ALTERNATIVA CON DURACIÓN MEDIA DE LA LACTANCIA	2,13	60,8	485.974
ALTERNATIVA CON DURACIÓN MEDIANA DE LA LACTANCIA	2,29	65,4	522.216

Elaboración: CEDES/CENEP en Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido, 2005.



¿CUÁNTOS ABORTOS HAY
EN ARGENTINA POR AÑO?

446.998

(SEGÚN EL MÉTODO POR EGRESOS HOSPITALARIOS)

485.974 o 522.216

(SEGÚN EL MÉTODO RESIDUAL)

4

CONCLUSIONES

Los dos métodos descriptos para la estimación del aborto inducido **no arriban a datos exactos** pero ofrecían órdenes de magnitud para informar el debate sobre la práctica del aborto en 2005. Además, aunque estamos ante métodos que no son comparables entre sí, son útiles para observar, metafóricamente, lo que puede iluminar “*el foco de una linterna, a cuyo alrededor podría haber más o menos abortos inducidos*”, según lo ha identificado Silvia Mario. Para la investigadora, el dato puede ser interpretado como un iceberg, del cual no se sabe si “*se está viendo una punta o por ahí se está viendo entero*” (Silvia Mario, en entrevista).



Por otro lado, 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 por cualquiera de los métodos mencionados. Tal como hemos visto, en el método residual la tasa de fecundidad potencial y la información sobre la efectividad de uso de anticonceptivos son datos desconocidos en la Argentina y deben reemplazarse por estadísticas de otros contextos, que generalmente no se condicen con la realidad del país. De otro lado, la complejidad del método por egresos hospitalarios reside fundamentalmente en el cálculo del multiplicador que emplea. Sin embargo, su principal fuente de información son los registros concretos de egresos hospitalarios y esto se percibe como un atributo positivo y robusto del método. En este sentido se obtiene un cálculo de mínima que da cuenta de una cantidad certera de abortos que se complicaron en un sector determinado.

Hoy en la Argentina sería posible y deseable volver a contar con una estimación de abortos inducidos a través del método residual. Para ese cálculo estaría hoy disponible como insumo la “Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva” realizada en 2013. Sin embargo, la comparabilidad de nuevos datos con los estimados en 2005 podría generar dudas, debido a que, según la información disponible, el uso de métodos anticonceptivos se modificó altamente respecto de 2005. Mientras en ese momento el método más usado era el preservativo, la información actual revela que el método preferido es la píldora y que la proporción de mujeres que usa métodos anticonceptivos no aumentó tanto respecto de 2005. Este último dato también llama la atención debido a que se presume que en la última década se ha extendido el acceso a los métodos anticonceptivos *



NINGUNO DE LOS DOS MÉTODOS LLEGAN A DATOS EXACTOS



SIN NÚMEROS CONFIABLES HAY UN IMPACTO NEGATIVO EN LA VIDA DE LAS MUJERES



SIN INFORMACIONES NO SE PUEDEN DISEÑAR POLÍTICAS PÚBLICAS EFICIENTES



SIN DATOS NO SE PUEDEN PREVENIR MUERTES EVITABLES



EL REGISTRO DEL

ABORTO LEGAL

**EN EL SISTEMA DE
SALUD ARGENTINO**

EL REGISTRO DEL ABORTO LEGAL EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO*



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA INFORMACIÓN PÚBLICA?

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



LA INFORMACIÓN ES UNA HERRAMIENTA ESENCIAL PARA DISEÑAR Y MEJORAR LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD



¿QUÉ PROBLEMAS HAY A LA HORA DE CREAR REGISTROS DE SALUD?

Aunque no se discute la importancia de los registros sanitarios, en todo el mundo estos datos presentan diferentes deficiencias y Argentina, no es la excepción.

En primer lugar, las deficiencias emergen del registro de los datos que es tarea de diversos actores, entre ellos, las/os profesionales de la salud, quienes deben evaluar y determinar las situaciones que serán reportadas, de acuerdo con su criterio acerca de la causalidad primordial del evento que lleva a la consulta. Al no instruirse con criterios unívocos, los diferentes profesionales registran de manera diversa información esencial sobre la salud.

Segundo, los registros suelen presentar imperfecciones resultantes de la carga laboral y la falta de capacitación en el uso de los instrumentos de registro, que puede generar serios problemas en los datos epidemiológicos registrados¹.

* Amnistía Internacional agradece la colaboración de Sonia Ariza para la elaboración de este informe.

1 RIOS MASSABOT, Norma E; FERNANDEZ VIERA, Rosa María y JORGE PEREZ, Elia Rosa. Los registros médicos en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2005, vol.31, n.4 [citado 2015-09-20], pp. 0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466.



En tercer lugar, esas carencias pueden surgir de la multi-causalidad tanto de las internaciones hospitalarias como de las defunciones. Al no registrarse las causas, resulta difícil dar una respuesta desde el sector salud para prevenirlas.

Finalmente, la utilización de clasificaciones internacionales de enfermedades y condiciones de salud para el registro sanitario, muchas veces no permite dar cuenta correctamente de la condición de las/os pacientes cuando los criterios de registro internacional se importan a contextos legales y epidemiológicos diversos de aquellos en los que se gestaron.

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



REGISTROS SANITARIOS

CINCO DEFICIENCIAS:

#1

EL REGISTRO DE LOS DATOS ES TAREA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUIENES DEBEN EVALUAR LAS SITUACIONES QUE SERÁN REPORTADAS Y ESTA TAREA MUCHAS VECES NO SE HACE ADECUADAMENTE.

#2

LOS REGISTROS PRESENTAN IMPERFECCIONES RESULTANTES DE LA CARGA LABORAL Y LA FALTA DE CAPACITACIÓN.

#3

NO SE REGISTRAN CORRECTAMENTE LAS CAUSAS TANTO DE LAS INTERNACIONES EN LOS HOSPITALES COMO DE LAS MUERTES.

#4

LA UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIONES INTERNACIONALES MUCHAS VECES NO PERMITE DAR CUENTA CORRECTAMENTE DE LA CONDICIÓN DE LOS PACIENTES.

#5

SE DEJAN AFUERA DE LA ESTADÍSTICA A LOS SISTEMAS DE SALUD QUE NO SON PÚBLICOS.



¿QUÉ PASA EN EL CASO DEL ABORTO?

Las deficiencias en los registros sanitarios en general se acentúan cuando nos preguntamos por la situación del acceso al **aborto legal o ilegal**. En el caso específico de los datos sobre la “interrupción legal del embarazo” (ILE), los diversos problemas que presentan los datos disponibles se ven incrementados al considerar que en nuestro país **durante más de 90 años, la interrupción legal del embarazo no fue una prestación sanitaria disponible en los servicios de salud pública del país y los abortos se realizaban en servicios privados y clandestinos**. Dado ese 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 legal².

NO EXISTE NI SIQUIERA UN REGISTRO PRIVADO O PARCIAL DE LOS ABORTOS REALIZADOS 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.

1

EL REGISTRO DE DATOS SANITARIOS EN LA ARGENTINA Y LA CLASIFICACIÓN DEL ABORTO LEGAL Y CLANDESTINO

Tanto el Estado nacional como las provincias participan de la producción de información oficial sobre el sistema de salud a través de distintos mecanismos de recopilación y sistematización de datos. Entre ellos, encontramos tres sistemas de registro de datos sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación que resultan clave a efectos de identificar la información sobre los abortos que se realizan en los sistemas de salud públicos del país, y los abortos legales, en particular: (a) la genera-

² Durante la mayor parte del siglo XX y hasta la última década, se entendía ampliamente en nuestro país que el aborto estaba penalizado sin excepciones y que el artículo 86 del CPN no preveía situaciones de excepción que requieran la provisión de abortos legales. Esta interpretación restrictiva del derecho comenzó a cambiar en la última década y se fortaleció a partir de 2012, cuando la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió su decisión en el caso F.,A.L., en el que se pronunció entre otros, sobre la obligación de los servicios de salud de proveer los abortos legales de acuerdo con el artículo 86 del Código Civil. A partir de ese momento y hasta la redacción de este documento, 17 provincias han emitido regulaciones locales para garantizar el acceso de las mujeres a los abortos legales, principalmente en el sistema público de salud. Se trata de políticas públicas recientes, que están todavía en desarrollo e implementación y como es lógico, requieren información acerca de las prácticas que se llevan a cabo actualmente e idealmente de la demanda no satisfecha por los servicios. El primer dato se obtiene en los países en que el aborto ha sido garantizado desde hace más tiempo a través de los registros sanitarios. El segundo a través de encuestas, censos y entrevistas con usuarias del servicio.



ción de datos según la Clasificación Internacional de Enfermedades y el informe anual de egresos hospitalarios por aborto que genera la Dirección de Estadísticas Sanitarias que se basa en esa clasificación, (b) el Sistema Informático Perinatal de la República Argentina, y (c) el Sistema Integrado de Información Sanitaria de la Argentina.

HAY TRES SISTEMAS DE REGISTRO DE DATOS SANITARIOS QUE RESULTAN CLAVE:

A

LA GENERACIÓN DE DATOS DE LA DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS SANITARIAS,

B

EL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL DE ARGENTINA, Y

C

EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN SANITARIA DE LA ARGENTINA.

A su vez, algunas provincias, además de la información que compilan para reportar al Ministerio de Salud de la Nación, generan sus propios registros específicos de información sanitaria y/o desarrollan políticas para promover sistemas de registro de datos.

Los siguientes párrafos describen la información que registra sobre aborto y aborto legal, en particular, cada uno de los tres sistemas de datos de los seguros públicos de salud del país mencionados más arriba e identifica algunas de sus limitaciones:

A

EL SISTEMA ESTADÍSTICO DE SALUD DE LA ARGENTINA. En todo el país se reúne información sanitaria a través del formulario de Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10), que releva las causas que motivan las *internaciones hospitalarias*³ y las sistematiza para que pueda ser comparable tanto inter-temporalmente como entre las diferentes provincias y a nivel internacional. La información relevada en este formulario se reporta a los ministerios de Salud provinciales y nacional en el Informe Estadístico de Hospitalización –IEH–, que reúne datos de los hospitales del subsector público provincial y municipal en todo el país.

El CIE -10 clasifica las internaciones mediante códigos alfanuméricos que representan el tipo de atención y el detalle de la prestación realizada. En el caso del aborto, se cuenta con 8 códigos para relevar información relacionada con egresos hospitalarios por internaciones relacionadas con el aborto (Embarazo ectópico, Aborto espontáneo, Aborto médico, Otro aborto, Aborto no especificado, Intento fallido de aborto, Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar).

3 Internación hospitalaria es la admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.

Por otro lado, según lo informado por profesionales de la salud sobre las prácticas de registro⁴, la atención de casos de interrupción legal del embarazo suele registrarse en alguna de las siguientes tres categorías: “aborto médico” (o04), “otro aborto” (o05) o “aborto no especificado” (o06), pero la elección de una u otra queda librada al arbitrio profesional.

LA INEXISTENCIA, EN PRINCIPIO, DE UNA FORMA UNIFICADA Y CERTERA PARA REGISTRAR TODOS LOS ABORTOS NO PUNIBLES QUE SE REALIZAN EN LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA DEL PAÍS REPRESENTA UN OBSTÁCULO PARA EL ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

En segundo término, estas categorías no permiten recabar información diferenciando las causales de aborto, lo cual sería clave para la gestión de los servicios de atención, por ejemplo. Por otro lado, ninguna de las categorías existentes permite reflejar los abortos ambulatorios o aquellos que no requieren una internación ya que el sistema sólo registra los egresos hospitalarios a los que precede necesariamente el registro de internación. De esta forma, quedan también fuera de la anotación las interrupciones legales del embarazo que llegan al nivel de atención primaria. Finalmente, cabe recordar aquí que el sistema no contempla el registro de los abortos realizados en los subsistemas de obras sociales y medicina prepaga, y la carencia de esa información puede reforzar la incapacidad de garantizar los servicios de acceso al aborto legal también en el marco de los seguros y prestadores del subsistema contributivo de salud que tiene a su cargo la cobertura de la mayor parte de la población del país.



© Amnistía Internacional Argentina

Con los datos del CIE-10, cada año, la Dirección de Estadísticas Sanitarias (DEIS) genera un reporte en base a la información sobre egresos hospitalarios por aborto en el que se colapsan las tres categorías del CEI-10 mencionadas por los profesionales entrevistados y al que se suman los datos del “aborto espontáneo” (o03). El informe revela así el número de “egresos hospitalarios por aborto”, que reúne tanto los abortos no

⁴ Entrevistas con 5 profesionales de la salud que se desempeñan en el sistema público de salud, realizadas en agosto de 2015.



complicados realizados con internación, los abortos con complicaciones (sean legales o ilegales), el aborto espontáneo y la atención post aborto. Este dato por ejemplo para 2010 fue de **52.817**,⁵ cifra que incluye a todas las internaciones por causa de aborto durante ese año. Como la cifra no desagrega las circunstancias legales en las que se realizó el aborto no es posible identificar si existe una mayor o menor proporción de casos de aborto legal en ese número global.

ES POR ELLO QUE NO SE CUENTA CON UN DATO OFICIAL, AL MENOS PARCIAL, DE LAS INTERRUPCIONES REALIZADAS EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD DEL PAÍS.

B EL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (EL “SIP”). El SIP fue creado en 2009⁶ y recoge información proveniente de todo el país, a cargo de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (el “DINAMI”),⁷ que pretende relevar las prestaciones y la calidad de los servicios que reciben las mujeres y los recién nacidos en todo el país. La información del SIP proviene de la Historia Clínica Perinatal Única, que registra la información relacionada con el embarazo, el parto, el aborto y/o el puerperio. En relación con el aborto, contiene en un solo código (20: 004 y 006) el aborto inducido legal o ilegal y lo que se identifica como aborto terapéutico. Según se nos ha informado en las entrevistas realizadas⁸, la atención de casos de aborto legal, se anota en el mismo formulario usado para el parto.

ES DECIR, NO EXISTE UN FORMULARIO QUE PERMITIRÍA LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EL ABORTO LEGAL.

C EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN SANITARIA DE LA ARGENTINA (EL “SISA”). En 2013, la Resolución 761 del Ministerio de Salud de la Nación creó el SISA con el objetivo de “reducir la fragmentación de información sanitaria en todos sus niveles y hacer disponible la información en tiempo y forma para quienes la necesiten”⁹. El SISA reúne la información de veinticinco programas de salud, en las veintitrés provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el nivel nacional¹⁰

5 Dato del Ministerio de Salud de la Nación. DEIS, Serie 11, Número 8. Los datos refieren a egresos de establecimientos del sector público por “embarazo terminado en aborto”, en 2010. No existen datos más recientes publicados oficialmente.

6 Desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP-SMR) organismo dependiente de la OPS/OMS, con sede en la Ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay.

7 El SIP se implementó con anterioridad en algunas provincias: en la CABA se usa desde 2002 en virtud de la Res. 1286/02; en la provincia de Neuquén se implementó desde 2004 Res. 641/04.

8 Y como surge del instructivo para el uso de la Historia Clínica Perinatal Única elaborado por el CLAP, Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/SISTEMA-INFORMATICO-PERINATAL-HISTORIA-CLINICA-PERINATAL-Y-FORMULARIOS-COMPLEMENTARIOS_INSTRUCCIONES-DE-LLENADO-Y-DEFINICION-DE-TERMINOS.pdf

9 Página web del SISA. Misión del sistema. Disponible en <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>

10 Para mayor información sobre los programas y la información que releva el SISA ver: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>

SIN EMBARGO, A AGOSTO DE 2015, NINGUNO DE LOS DOS PROGRAMAS INCLUÍA ESPECÍFICAMENTE LAS PRESTACIONES MÉDICAS RELACIONADAS CON LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO O LOS INSUMOS PARA SU PRÁCTICA COMO PRESTACIONES CUBIERTAS POR LO QUE NO HAY DATOS DISPONIBLES.

2

LOS DATOS DE ABORTO LEGAL DISPONIBLES SEGÚN INFORMES DE PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Dado que los sistemas oficiales nacionales o provinciales de relevamiento de datos sanitarios sistemáticos no contemplan especialmente el detalle de datos sobre aborto legal o los datos disponibles no se reportan con suficiente desagregación, resulta imposible contar con un dato certero sobre la cantidad de abortos no punibles realizados en los últimos tres años ni sobre la calidad de las prestaciones. Sin embargo, ello no ha sido óbice para que el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (el “PNSSPR”) y sus referentes en algunas provincias dieran a conocer ciertos datos sobre los abortos legales que se realizaron en el sistema público de salud mediante informes de gestión, respuestas a pedidos de acceso a la información pública o notas de prensa de las autoridades locales.

ES IMPOSIBLE CONTAR CON UN DATO CERTERO SOBRE LA CANTIDAD DE ABORTOS NO PUNIBLES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS O SOBRE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES.

En el mes de noviembre de 2016, Amnistía Internacional ha realizado 26 pedidos de acceso a la información pública, tanto en la jurisdicción nacional como a las 24 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el objeto de contar con un diagnóstico nacional sobre la implementación de políticas públicas para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los distintos rincones del país desde 2010 en adelante.

Al momento, hemos recibido 6 respuestas. Han respondido el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Provincia de Misiones y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Entre Ríos. La Ciudad de Buenos Aires ha enviado una respuesta parcial.

© Amnistía Internacional Argentina





EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

El Ministerio de Salud de la Nación brindó la información recopilada en sus informes anuales de gestión (2010-2015) realizados en función de los datos suministrados por cada una de las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los datos son aportados por las diferentes jurisdicciones a través de un formulario de reporte anual de servicios de salud sexual y reproductiva, que releva el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en todas las provincias, y que incluye datos sobre el número y procedencia de las prestaciones de aborto legal que fueron reportadas por los sistema de salud locales.

Es importante señalar, que los datos aportados corresponden a las prácticas de interrupción legal del embarazo realizadas en el sistema público de salud, ya que no se recopilan los datos provenientes del sistema privado.

Según el Informe Anual de Gestión de 2015¹¹, apenas **11 provincias** reportaron datos sobre la cantidad de interrupciones legales del embarazo realizadas.

A partir del Informe Anual de Gestión de 2013¹², **18 provincias** reportaron contar con al menos un efector que presta servicios de aborto legal. Ese número se redujo a **8 provincias** en el año 2014¹³.

En el año 2013, 8 provincias informaron problemas de acceso a insumos para la realización de las prácticas y otro tipo de obstáculos para la prestación de servicios de aborto legal.

Por último, en 2016 **el Ministerio de Salud de la Nación** informó que **no cuenta con información disponible sobre la cantidad de mujeres y la tasa de hospitalización** en los últimos seis años en centros de salud de las distintas jurisdicciones provinciales por complicaciones **por aborto**.

De acuerdo con el informe de 2014, un total de 834 efectores a nivel nacional brindan o podrían brindar¹⁴ servicios de aborto legal.

En las 11 provincias que brindaron datos, y entre todas las provincias se reportó la realización de “más de 700 prestaciones de aborto no punibles” durante el año 2015.

ALGUNOS NÚMEROS DE 2013 A 2016

- **EN 2015**, SOLO **11 PROVINCIAS** REPORTARON DATOS SOBRE LA CANTIDAD DE INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO REALIZADAS
- **EN 2013**, **18 PROVINCIAS** REPORTARON CONTAR CON AL MENOS UN PROFESIONAL QUE PRESTA SERVICIOS DE ABORTO LEGAL. ESE NÚMERO SE REDUJO A 8 PROVINCIAS EN EL AÑO 2014
- **EN 2013**, **8 PROVINCIAS** INFORMARON OBSTÁCULOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO LEGAL.
- **EN 2014**, **834 EFECTORES** A NIVEL NACIONAL BRINDARÍAN SERVICIOS DE ABORTO LEGAL.

11 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Informe de gestión anual, año 2015. Informe provincias.

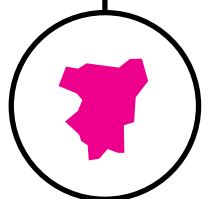
12 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Informe de gestión anual, año 2013. Informe provincias.

13 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Informe de gestión anual, año 2014. Informe provincias.

14 La terminología utilizada por el propio Ministerio de Salud de la Nación en la respuesta al pedido de acceso a la información pública fue “podrían realizar ILE” sin aportar precisiones.

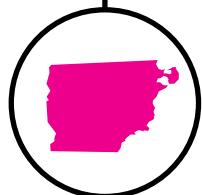


DATOS DESAGREGADOS POR PROVINCIA:



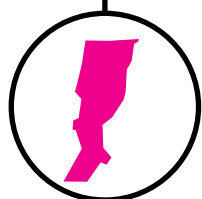
● **TUCUMÁN** no cuenta con un dato oficial sobre el aborto no punible y según información obtenida del Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable, en los últimos tres años se han registrado sólo 12 abortos legales en su territorio¹⁵.

Actualmente organizaciones locales se encuentran litigando ante el Ministerio de Salud por la falta de respuesta al pedido de acceso a la información pública respaldado por Amnistía Internacional.



● Por su parte, en la provincia de **CHUBUT**, el Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable,¹⁶ ha relevado datos sobre la práctica de abortos legales localmente, a partir del reporte de algunos servicios de salud provinciales y el estudio de historias clínicas desde 2010. De acuerdo con este relevamiento: en 2010-2011 se reportaron 40 abortos no punible en toda la provincia, realizados en 3 efectores provinciales; en 2012 se reportaron 45, realizados en 6 efectores de la provincia; para 2013 se reportaron 94 casos resueltos y en 2014 se duplicó el número, pasando a 208 a nivel provincial, realizados en 17 efectores locales de las 5 principales ciudades: Puerto Madryn, Trelew, Comodoro Rivadavia, Esquel y Maiten.

La mayoría de los casos reportados (88%) se encuentran contemplados en la causal salud bio-psico-social y del total de los casos el 87% se resolvió en el nivel primario de atención. Una gran cantidad de los abortos se realizaron de forma medicamentosa, ya que la provincia hace compra local de la medicación y tiene disponibilidad y accesibilidad a los insumos, que ha aumentado en proporción a la demanda de servicios de aborto legal en dicha jurisdicción provincia.



● **EN SANTA FE**, en 2012 el entonces ministro de Salud, informó que hasta octubre de ese año se habían realizado 14 servicios de aborto legal en la provincia¹⁷; De acuerdo con los datos entregados por la Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud Sexual y Reproductiva de la provincia, desde 2013 hasta la fecha de entrega, en agosto 2015, se han registrado oficialmente 168 servicios de aborto legal en toda la provincia, realizados de forma medicamentosa en 8 hospitales provinciales de 3 nodos sanitarios¹⁸, y algunos centros

15 Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsables. Respuesta al pedido de información pública realizado por Amnistía Internacional en agosto de 2015.

16 Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsables. Respuesta al pedido de información pública realizado por Amnistía Internacional en agosto de 2015.

17 El ciudadano web. Capiello: "En Santa Fe ya se realizaron abortos no punibles", 10/10/12. Disponible en: <http://www.elciudadanoweb.com/capiello-en-santa-fe-ya-se-realizaron-abortos-no-punibles/comment-page-1/>

18 Nodo Rosario: Hospital Provincial, Hospital Centenario, Samco, Granaderos a Caballo, Hospital Escuela Eva Perón

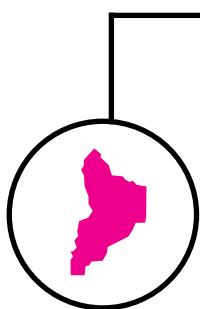
Nodo Venado Tuerto: Samco Gutiérrez

Nodo Santa Fe: Hospital Psiquiátrico Mira y López, Samco Nanzer, Hospital Protomédico.

Para los centros de salud, no existe relevamiento específico de los que realizan ANP a nivel provincial.



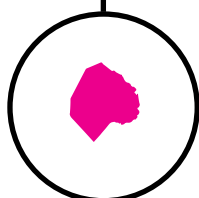
de atención primaria de la salud, sin dato específico de su cantidad o distribución geográfica¹⁹.



En la provincia de **NEUQUÉN** tampoco se han publicado datos oficiales, sin embargo, en entrevista con informante clave ²⁰, se pudo establecer que los hospitales Castro Rendón y Chos Malal prestan servicios de aborto legal en la provincia. Recientemente los centros de salud de Neuquén Capital y el Hospital Heller están desarrollando estrategias junto con el jefe de zona para implementar las prácticas de aborto legal. Para ello han desarrollado un manual de procedimientos que esperan poner en marcha en las próximas semanas. Solo existen datos no oficiales para el hospital Castro Rendón que de acuerdo con la entrevista realizada, registró 7 abortos no punibles desde septiembre de 2014 y la cantidad por año se ha mantenido estable entre 8 y 10 por año en ese hospital²¹.



© Amnistía Internacional Argentina



La **CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**, brindó datos sobre los servicios de aborto legal en el sistema de salud correspondientes a 2014, 2015 y el primer semestre de 2016²².

En este sentido, informó que durante el año 2014 se realizaron 86 abortos legales en esta jurisdicción, durante el 2015 la cifra ascendió a 121 casos y sólo durante el primer semestre de 2016 la cantidad fue de 152 casos de ILE.

19 Información entregada por la Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud Sexual y Reproductiva en respuesta al pedido de informe realizado en agosto de 2015.

20 Entrevista a titular de cátedra de la Universidad Nacional del Comahue, realizada en viernes 15 de agosto de 2015.

21 Ídem

22 Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Respuesta al pedido de información pública realizado por Amnistía Internacional, de fecha 16 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/10/Respuesta-CABA-AIP-SSR.pdf>



En cuanto a los centros de salud que realizan prácticas de interrupción legal del embarazo, se informó que 21 CeSaC y los hospitales Álvarez, Argerich, Ramos Mejía, Penna, Santojanni, Tornú, Pirovano y Sardá, proveen servicios ILE. A su vez, indicaron en 2014 que los hospitales Durand y Vélez Sarsfield han provisto la atención en uno o dos casos y próximamente realizarán la práctica de manera sistemática.

Asimismo, profesionales del sistema de salud público de la Ciudad indican que, los hospitales Álvarez y Argerich, han realizado abortos legales, incluso desde antes del fallo de la Corte en 2012, aunque reconocen que no existe un acompañamiento institucional fuerte, ni desde el Gobierno de la Ciudad ni desde las autoridades sanitarias²³.

Por último, se informó que las causales que han prevalecido en los años 2014 y 2015 han sido las de “violencia sexual”, en cambio en el primer semestre de año 2016 la causal más recurrente ha sido “salud integral”. Sin embargo, no aportó las cifras de casos registrados para cada causal.



En la **PROVINCIA DE BUENOS AIRES**²⁴, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires informó que la cantidad de interrupciones legales del embarazo en el sistema de salud fue de 233 casos en el año 2013, 234 casos en el año 2014, ascendiendo a 612 casos durante el año 2015.

En relación con ello, se indicó que los datos que se recaban solo refieren a los casos que requirieron internación en hospitales del sistema público, es decir, los registrados como egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto puesto que las prácticas ambulatorias se registran como consultas y no cuentan con esos datos.

A su vez, no se informó sobre los efectores de salud que realizan prácticas de interrupción legal del embarazo indicando que esa información no se encuentra disponible.

Por último, en relación con las causales de interrupción legal del embarazo, informó que al momento no se cuenta con esa información desagregada.

3

CONCLUSIONES

Según hemos podido comprobar, al mes de diciembre de 2016 no se ha **generado un informe oficial nacional o provincial, que dé cuenta de un registro sistemático, comprehensivo, integral y unificado**

23 Sandra Chaheer. El laberinto del aborto legal en la CABA. Comunicar el Igualdad, 1 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.comunicarigualdad.com.ar/el-laberinto-del-aborto-legal-en-caba/>

24 Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires. Respuesta al pedido de información pública realizado por Amnistía Internacional, de fecha 13 de marzo de 2017. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/10/Respuesta-Provincia-de-Buenos-Aires.pdf>



de los abortos legales realizados por año por la totalidad de los servicios públicos y privados de salud de todo el territorio del país.

El informe específico sobre egresos hospitalarios por aborto que elabora el Ministerio de Salud de la Nación presenta datos **sólo sobre los sub-sistemas públicos de salud**, que son incompletos ya que no incluyen a los abortos ambulatorios ni a los realizados sin internación y en el primer nivel de atención de la salud. Tampoco incluye a los abortos realizados por el sistema de salud privado. El grado de agregación de los datos disponibles también constituye una importante limitación ya que no permite observar las categorías necesarias para informar una política de interrupción legal del embarazo sensible a las diversas circunstancias que exige el modelo de causales para la provisión de servicios de aborto.

De otro lado, al observar los registros provinciales y la generación de datos a ese nivel vuelven a reproducirse las disparidades y falencias de registro de información sobre aborto no punible.

NO HAY NINGÚN INFORME OFICIAL NACIONAL O PROVINCIAL, QUE DÉ CUENTA DE UN REGISTRO SISTEMÁTICO, COMPREHENSIVO, INTEGRAL Y UNIFICADO DE LOS ABORTOS LEGALES REALIZADOS

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 todas los abortos legales que se proveen hoy en el país, donde se observa una expansión dispar pero creciente de la práctica**. Estas omisiones y carencias del sistema de registro federal seguramente impactan en la calidad de la gestión de las políticas sanitarias necesarias para garantizar el acceso al aborto legal en la medida que no permiten contar con información adecuada sobre la demanda potencial, real, y efectiva; los insumos y los recursos humanos necesarios; las barreras y obstrucciones en la prestación de servicios; o problemas y estándares de calidad de los mismos.

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

EL SISTEMA DE REGISTRO OFICIAL NACIONAL NO DA CUENTA DE TODAS LOS ABORTOS LEGALES QUE SE PROVEEN HOY EN EL PAÍS, DONDE SE OBSERVA UNA EXPANSIÓN DISPAR PERO CRECIENTE DE LA PRÁCTICA.

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



