

**APORTES DE AMNISTÍA
INTERNACIONAL
AL DEBATE SOBRE LA**

DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



EL ABORTO EN NÚMEROS

¿LAS MUJERES MUEREN COMO CONSECUENCIA DEL ABORTO INSEGURO?

LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE ABORTOS PRACTICADOS EN CONDICIONES DE RIESGO HAN SIDO LA **PRIMERA CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA** DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS.

DESDE 1983 HASTA AHORA MURIERON AL MENOS 3030 MUJERES POR ABORTOS INSEGUROS.

ENTRE 2010-2015 CASI EL 20% DE LAS MUERTES MATERNAS DERIVARON DE ABORTOS INSEGUROS

¿CUÁNTOS ABORTOS SE PRACTICAN POR AÑO EN ARGENTINA?

EN LA ARGENTINA SE ESTIMA QUE SE PRACTICAN UNOS

450.000
abortos por año

ESTO SUPONE:

ALREDEDOR DE **1233 ABORTOS POR DÍA;**

CERCA DE **51 ABORTOS POR HORA**

HAY MÁS DE **1 ABORTO CADA 2 NACIMIENTOS**

¿EL ABORTO AFECTA DE MANERA DESIGUAL A LOS SECTORES MÁS VULNERABLES?

EN 2015 ALREDEDOR DEL **84%** PERDIÓ LA VIDA POR CAUSA DE ABORTO **EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS;**

7% EN ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS;

2% EN EL DOMICILIO PARTICULAR

7% EN OTROS LUGARES

> Muertes por aborto

> **MÁS DEL 25% SON MENORES DE 25 AÑOS DE EDAD**

> **MUJERES MENORES DE 20 AÑOS** 11%

> **MUJERES ENTRE 20 Y 24 AÑOS** 14.54%

> **MUJERES ENTRE 25 Y 29 AÑOS** 27.27%

> **MUJERES MAYORES DE 30 AÑOS** 47.27%

> Internaciones por aborto

EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE TODO EL PAÍS SE REGISTRAN CASI **49.000 INTERNACIONES** POR ABORTO AL AÑO.

135 INTERNACIONES POR DÍA.

CADA DÍA **24 ADOLESCENTES** EGRESAN DE UN HOSPITAL PÚBLICO LUEGO DE HABER ESTADO INTERNADAS POR UNA SITUACIÓN DE ABORTO.

ALREDEDOR DEL 47% SON MUJERES DE ENTRE 20 Y 29 AÑOS.

> Impacto en niñas y adolescentes

CADA DÍA 298 ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS SON

MADRES 240 POR PRIMERA VEZ, 50 POR SEGUNDA VEZ, 10 POR TERCERA VEZ.

7 DE CADA 10 DE ESTOS EMBARAZOS SON NO PLANIFICADOS

CADA 3 HORAS UNA NIÑA DE ENTRE 10 Y 14 AÑOS

ES MADRE EN NUESTRO PAÍS. 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

APORTES DE AMNISTÍA INTERNACIONAL AL DEBATE SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

I. INTRODUCCIÓN

Amnistía Internacional ha elaborado este documento con el objetivo de brindar algunos aportes sustantivos al debate sobre la despenalización del aborto.

Por un lado, el documento destaca las razones fundamentales para despenalizar el aborto como paso ineludible hacia el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres¹, adolescentes y personas con capacidad de gestar. Por el otro, propone argumentos para dar respuesta a las principales objeciones a la despenalización del aborto, amparados en estándares de derechos humanos y datos estadísticos.

DENEGACIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO VIOLENCIA DE GÉNERO

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, debido a que las mujeres y las niñas continúan poniendo en riesgo sus vidas y su salud por la falta de acceso a los abortos legales.

Existe un consenso por parte de la comunidad internacional que reconoce la violencia contra las mujeres como un problema de

derechos humanos que requiere una proactiva y urgente intervención de los Estados. Este consenso se refleja en numerosos instrumentos internacionales², así como, más incipientemente, en los tribunales locales de cada país.

La batalla por el control de la vida y de los cuerpos de las mujeres, que se libra de forma especialmente encarnizada en torno al aborto, es una clara manifestación de esa violencia ejercida contra la mujer. La despenalización del aborto y la seguridad de acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar reducen la mortalidad materna. En la actualidad, anualmente los abortos en condiciones de riesgo le cuestan la vida a miles de mujeres.

En ese sentido, las leyes restrictivas y la realización de abortos inseguros y clandestinos generan altas tasas de mortalidad y morbilidad materna. Las mujeres enfrentan el dilema de elegir entre acudir a los servicios de salud que ellas requieren y arriesgarse a ser denunciadas ante las autoridades por haber cometido un delito. Las leyes restrictivas tienden a tener un efecto aún más perjudicial en las niñas y mujeres afectadas por la pobreza, que poseen bajos niveles de educación y generalmente viven en zonas rurales.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) 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 in-

¹ A efectos de facilitar la lectura, en este informe se utilizará 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). La CIDH remite en apoyo a distintos desarrollos del DIDH que se repasan con posterioridad.



seguro son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido³.

Es obligación de los Estados el emprender una revisión detallada de todas las leyes, normas, prácticas y políticas públicas cuya redacción o implementación empírica pueda tener repercusiones discriminatorias en el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva. Su deber es eliminar todos los obstáculos de jure y de facto que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna que requieren: entre ellos, la criminalización del aborto.



DE ALLÍ QUE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO ES UN DEBER QUE SE IMPONE.

II. LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO: UN IMPERATIVO DE DERECHOS HUMANOS. ARGUMENTOS

II

1. La penalización del aborto y sus restricciones niegan el derecho a la salud y la vida de mujeres y niñas y otras personas con capacidad de gestar

La penalización del aborto es esencialmente una cuestión de salud pública, porque el aborto inseguro genera serios riesgos para la salud de mujeres, niñas y otras personas con capacidad de gestar.

El impacto más concreto de la penalización del aborto es que, en casos de complicaciones post aborto, desanima a muchas mujeres a concurrir a servicios de salud o a presentarse en un hospital público por temor a ser perse-

guidas penalmente. Sin dudas, esta situación somete a las mujeres y niñas a situaciones de riesgo para su salud y su vida.

Este efecto inhibitorio también alcanza a aquellas mujeres que han tenido un aborto espontáneo. Muchas veces resulta difícil –en algunos casos hasta imposible– demostrar si una mujer ha sufrido un aborto espontáneo o se ha inducido un aborto. Entonces, la amenaza penal genera que las mujeres no vayan en busca de un servicio de salud seguro, o retrasen el acceso. Todo esto viola su derecho a la salud y a la vida.

El aborto inseguro genera un riesgo para la **vida** de miles de mujeres. Desde 1980 las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo son la primera causa de mortalidad materna y representan un tercio del total de esas muertes.

En 2013, 49.000 mujeres se internaron en hospitales públicos por problemas relacionados con el aborto⁴. Es decir que cada día de ese año 135 mujeres fueron hospitalizadas en centros públicos por problemas relacionados al aborto. 2 de cada 10 tenían 19 años o menos.

Entre 2014-2016 las muertes por abortos inseguros representan el 17% del total de las muertes maternas, es decir que 2 de cada 10 de las mujeres fallecidas por muertes maternas murieron por aborto inseguro: 47 por año.⁵

II

2. La criminalización del aborto no disuade a las mujeres de practicarse abortos clandestinos

Pese a la prohibición del aborto en las legislaciones locales, las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar continúan acudiendo a esta práctica.

Se estima que en Argentina se realizan un promedio de entre 486.000 y 522.000 abortos

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

4 Último dato disponible. 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.

5 ELA, CEDES, REDAAS, Las cifras del Aborto en la Argentina. El debate exige datos precisos y evidencia empírica de fuentes válidas.

clandestinos al año⁶ (lo que equivale a más de un aborto por cada dos nacimientos).

La OMS sostiene que cuanto más restrictiva es la legislación sobre el aborto, mayor es la probabilidad de que éste no sea seguro y cause la muerte.⁷

II

3. La legalización del aborto trae aparejada una disminución de la mortalidad materna.

Los abortos peligrosos se encuentran entre las principales causas de mortalidad materna en el mundo⁸. Si bien la mayoría de estas muertes (99 % en el mundo) se producen en regiones en desarrollo, pueden ser prevenidas.⁹

En las últimas décadas, se han obtenido grandes avances en relación con la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la maternidad. En los países donde el aborto es legal, las tasas de mortalidad son bajas y la mortalidad materna deja de ser un problema de salud pública de primer orden. Como toda regla, tiene sus excepciones, como es el caso de Irlanda. Sin embargo, no puede perderse de vista que éste país tiene “su válvula de escape”, ya que cada día entre 10 y 12 de las mujeres que viven en Irlanda viajan a Inglaterra¹⁰

6 Mario, S. y Pantelides A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N°87, Cepal. Santiago de Chile. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>

7 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.

8 OMS, Mortalidad Materna, Nota descriptiva, Septiembre 2016.

9 El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. OMS, Mortalidad Materna, Nota descriptiva, febrero 2018.

10 Estas estadísticas, basadas en datos recabados por el Departamento de Salud británico, se refieren a mujeres residentes en Irlanda que viajaron a Inglaterra o Gales para acceder a servicios de aborto sin riesgos. No obstante, se trata de una estimación a la baja, ya que las estadísticas no incluyen a las mujeres que viajan a Escocia u otros países de Europa. Tampoco incluyen a las mujeres que no proporcionan su dirección de Irlanda a las clínicas u hospitales en

para realizarse un aborto¹¹.

En la mayoría de los países desarrollados el aborto es legal. El caso de Uruguay es especialmente ilustrativo, dadas las similitudes que Argentina comparte con su país vecino. Según la OMS después de Canadá (7 por 100 000), la tasa de fallecimientos vinculados con embarazo, parto, puerperio y aborto de Uruguay es la más baja de América Latina y el Caribe, con 15 muertes cada 100 mil nacidos vivos. La legalización del aborto en el país tuvo como consecuencia una reducción de la mortalidad materna.¹²

PAIS	STATUS	TASA MORTALIDAD MATERNA
URUGUAY	Legalizado en 2012	15
CANADÁ	Legalizado en 1988	7
ESPAÑA	Legalizado en 2010	5
PUERTO RICO	Legalizado en 1980	14
BRASIL	Totalmente prohibido	44
EL SALVADOR	Totalmente prohibido	54
R. DOMINICANA	Totalmente prohibido	92
INDONESIA	Totalmente prohibido	126

Fuente: OMS, Global Health Observatory data repository

Inglaterra o Gales, a menudo para proteger su confidencialidad.

11 Amnistía Internacional, No es Ninguna Delincuente. Las consecuencias de la legislación sobre el aborto en Irlanda, Reino Unido, 2015.

12 OMS, Global Health Observatory data repository, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390>



EL CASO DE ARGENTINA ES PARADIGMÁTICO, YA QUE PESE A QUE NUESTRO PAÍS TIENE ESTABLECIDO UN SISTEMA DE CAUSALES, LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA -52 MUERTES CADA 100 MIL NACIDOS VIVOS¹³ - ES SIMILAR A LA DE LOS PAÍSES EN DONDE EL ABORTO ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO.

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

Entre las metas establecidas para lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible N° 3 de la Agenda 2030, Argentina se ha comprometido a reducir la mortalidad materna. De allí que la despenalización resulta indispensable para avanzar en esta dirección.

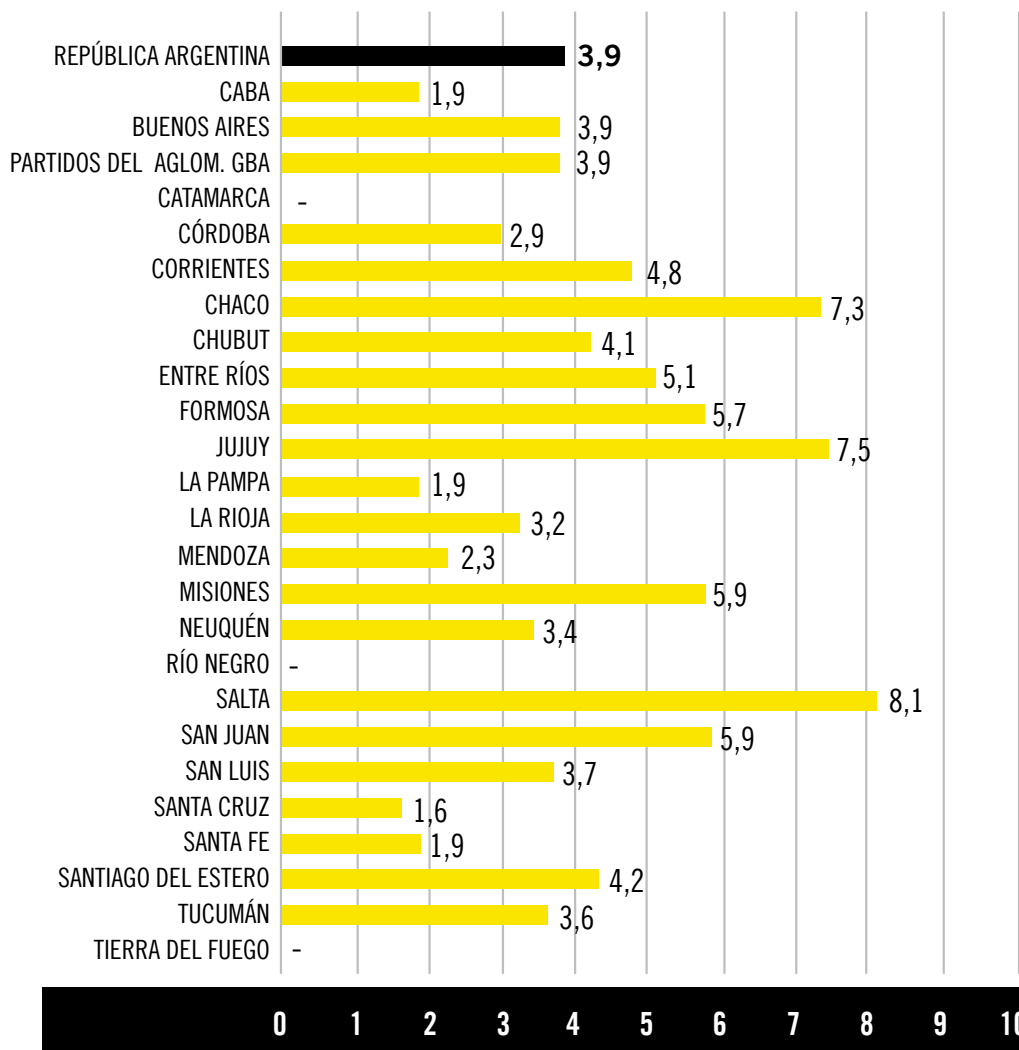
II

4 . La penalización del aborto impacta de manera desigual en las mujeres pobres

En la actualidad, el aborto continúa siendo la principal causa individual de mortalidad materna en más de la mitad de las provincias del país (en 17 de las 24 provincias). Sin embargo, hay provincias que duplican la razón de mortalidad materna nacional (Salta, Jujuy y Chaco).

GRÁFICO

Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos según provincia de residencia habitual de la mujer. Argentina



RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

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



Las razones de mortalidad materna por provincia muestran grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención. Esta situación indica que las mujeres que viven en provincias como Formosa o Chaco están expuestas a un riesgo mayor en relación a los riesgos que enfrentan 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 razones de mortalidad materna similares a la de los países de alta mortalidad materna de América Latina: Formosa tiene un nivel similar al de República Dominicana; Jujuy se asemeja a Paraguay¹⁴.

II

5. La penalización del aborto coloca a las mujeres frente al dilema de decidir entre la muerte o la cárcel.

La penalización desalienta que, en caso de sufrir complicaciones debido a un aborto, las mujeres concurren a servicios de salud sexual y reproductiva por temor a ser criminalizadas, obligándolas así a exponer su vida frente al riesgo de ir presas.

14 Romero M, Abalos E, Ramos S. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. OSSyR Marzo, 2013. http://www.ossy.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_08.pdf

EL CASO DE **BELÉN**, UNA JOVEN DE 25 AÑOS DE EDAD QUE ESTUVO PRIVADA DE SU LIBERTAD DURANTE MÁS DE DOS AÑOS EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN POR HABER SUFRIDO UN ABORTO ESPONTÁNEO EN UN HOSPITAL PÚBLICO, SENTÓ UN PRECEDENTE MUY GRAVE DE INTIMIDACIÓN A LAS MUJERES A ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO SU VIDA O INTEGRIDAD CORRE PELIGRO.

La amenaza de la sanción penal empuja a las mujeres que se hayan practicado un aborto o sean sospechosas de haberlo hecho (como el caso de Belén), a elegir entre su vida o la cárcel cada vez que sufren complicaciones post aborto. De allí que la herramienta penal nunca debe ser una política de Estado destinada a regular una cuestión de salud pública.

II

6. La penalización del aborto y sus restricciones limita el acceso al servicio de aborto incluso en los supuestos en que es legal.

Donde la ley o las prácticas son ambiguas y la amenaza de la penalización está presente, se favorece la estigmatización de las mujeres y su acceso efectivo a un aborto legal. Así como la penalización impide el acceso a otros servicios de salud sexual, también limita el acceso a abortos legales.



EL CASO DE **MÓNICA**, EN LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS, DA CUENTA DE LAS BARRERAS EXISTENTES EN EL ACCESO AL ABORTO AÚN EN LOS CASOS EN QUE CONTEMPLA LA LEY. MÓNICA TENÍA ANTECEDENTES CLÍNICOS SOBRE SU MALFORMACIÓN CONGÉNITA 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 SU VIDA, TAL COMO LO ACREDITARÍA LUEGO EL ATENEO MÉDICO. SIN EMBARGO, LA IMPOSICIÓN DE CONTINUAR CON EL EMBARAZO Y SU CARDIOPATÍA NO CORREGIDA, HIZO QUE MÓNICA SUFRIERA UN ACV.

II

7.La despenalización del aborto no aumenta la cantidad de abortos.

La despenalización del aborto no pronostica un aumento en la cantidad de abortos.

De hecho, la tasa de aborto en los países donde el procedimiento está mayormente restringido (en general, países menos desarrollados) es similar a la registrada en países donde los criterios son más amplios (en general, países más desarrollados). En países que prohíben el aborto totalmente o que lo permiten solamente para salvar la vida de la mujer, la tasa de aborto es de 37 por 1.000 mujeres, mientras que en los países que permiten el aborto sin restricciones en cuanto a la razón, la tasa es de 34 por 1.000. Claramente, la diferencia no es significativa¹⁵.

Por ello, restringir el aborto por vía legal no garantiza una tasa de aborto baja; así como permitir el aborto bajo criterios amplios tampoco se traduce en una tasa alta. Sin embargo, el estatus legal sí afecta la

seguridad del aborto¹⁶.

Sin perjuicio de ello, existen ejemplos que reflejan una disminución de los abortos a raíz de la legalización. Es el caso de España, donde el aborto fue legalizado en el año 2010 y, seis años más tarde, la tasa de abortos se redujo en un 20%¹⁷.

II

8.La criminalización viola el principio de igualdad y no discriminación.

El tipo penal que criminaliza la práctica del aborto viola el derecho a la igualdad y a la no discriminación, por el simple hecho de que son únicamente las mujeres y las niñas quienes pueden ser reprendidas por el hecho. Así, todas las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones vulneran el derecho a la igualdad y al acceso a una adecuada atención médica¹⁸.

Si a ello agregamos que quienes se ven obligadas a acudir a servicios inseguros para realizarse abortos son mujeres mayormente jóvenes y de bajos recursos¹⁹, el impacto discriminatorio se ve potenciado. Es ese mismo grupo el que se ve restringido o imposibilitado de acceder a los servicios de salud e información necesarios para evitar los embarazos no deseados.

Esto se ve agravado cuando los estereotipos de género se entrecruzan con otras

16 Instituto Guttmacher, "Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual", 2009, pág. 21

17 Mientras en 2010 se realizaron 113.031 interrupciones voluntarias del embarazo (11,49 por cada 1000 mujeres), en 2016 la cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo se reduce en números absolutos a 93.131 (10,36 por cada 1000 mujeres). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Datos estadísticos de España. Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

18 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general nº 24: La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención), párr. 14.

19 Instituto Guttmacher, "Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual", 2009, pág. 34-35

15 Instituto Guttmacher, "Aborto inducido a nivel mundial. Incidencia y tendencias mundiales", disponible en <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial> (Marzo 2018).

identidades -como ser indígenas o vivir en zonas rurales, vivir en la pobreza o con VIH-, lo cual aumenta los riesgos de ser víctima de discriminación por causales múltiples, exponiendo a las mujeres a situaciones de extrema vulnerabilidad.

II

9 .La penalización del aborto puede constituir un trato cruel, inhumano y degradante

La penalización del aborto somete a mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional que pueden derivar en tortura y malos tratos.

El Comité contra la Tortura ha identificado específicamente el contexto del tratamiento médico, particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción, como una situación en la que las mujeres sufren o corren el riesgo de sufrir torturas o malos tratos, y sus consecuencias²⁰.

El Relator Especial de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) sobre la tortura ha dicho que las mujeres enfrentan mayores riesgos de sufrir tortura y otros malos tratos cuando buscan asistencia médica por

20 Comité CAT, Observación General nro. 2 (2007), párr. 22.

su disconformidad real o aparente con las funciones que determina la sociedad para cada sexo²¹. Esto es especialmente cierto cuando dichas personas tratan de recibir tratamientos, como el aborto, que pueden ser contrarios a las funciones y expectativas que la sociedad ha asignado a su género²².

La denegación del acceso al aborto y a la atención post aborto - incluyendo los 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 forzar la confesión de una mujer como condición para brindarle un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto, han sido motivo de especial preocupación del Relator Especial sobre la Tortura²³.

En abril de 2011 el Comité de Derechos Humanos de la ONU condenó a Argentina en

21 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, (2016) párr. 44

22 Idem, Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, (2016), Párr. 42

23 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. 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, se enfrentó con una serie de obstáculos para acceder al aborto al que tenía derecho.





el caso de “LMR” por la injerencia ilegítima que la justicia tuvo en la vida de la joven al judicializar su derecho al aborto, expulsándola del sistema público de salud hacia el circuito clandestino para interrumpir su embarazo, poniendo así en riesgo su vida y su salud²⁴. El Comité encontró que el Estado argentino había violado el derecho de LMR a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, lo cual produjo una afectación a su derecho a la vida privada y al acceso a la justicia.

II

10. En términos de política criminal, la penalización del aborto es ineficaz para evitar que se realicen abortos.

La tipificación del aborto como un delito penal favorece el silenciamiento de un problema serio de salud pública y promueve la estigmatización de las mujeres aún en los supuestos en que el aborto es legal.

A ello se suma que la penalización del aborto se da en un contexto en el que la judicialización del delito tampoco es de relevancia en términos de política criminal.

Esto se desprende al observarse las cifras de la cantidad de abortos clandestinos y las de la cantidad mujeres encarceladas por el delito de aborto: la diferencia es significativa, y muestra la ineficacia de esta herramienta penal.

En la Ciudad de Buenos Aires, en el período 2006-2012 hubo un total de 445 denuncias por alguno de los 4 tipos penales de aborto que estipula el Código Penal²⁵. Del total de causas iniciadas, únicamente el 3% fueron elevadas a juicio y sólo el 0,4% derivaron en condena. En términos generales, estas cifras demuestran que el uso de la he-

rramienta penal y la amenaza de prisión sólo han servido como estrategia para amedrentar a las mujeres.

III. DE-CONSTRUYENDO ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

III

1. “La vida comienza desde la concepción”

No existe consenso en ningún campo ni disciplina sobre el momento considerado como comienzo de la vida. Por ende, el derecho tampoco está en condiciones de definir cuándo comienza la vida humana.

El Derecho, en cambio, sí regula el comienzo de la existencia de la persona. El Código Civil y Comercial de la Nación define en su art. 19 a partir de cuándo se es persona humana (a partir de la “concepción”). Y lo hace solamente a los efectos civiles (régimen sucesorio, filiación, alimentos, etc.). Es decir que, aunque pueda existir vida, esto no significa que se esté en presencia de una persona ni, mucho menos, que su protección sea absoluta.

Además, según los artículos 1 y 2 del mismo Código, sus disposiciones deben interpretarse conforme con la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos, teniendo en cuenta también la jurisprudencia.

Ningún organismo internacional de derechos humanos ha reconocido al embrión como objeto de protección en virtud del derecho a la vida o de otras disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos.

La interpretación que han hecho los tribunales nacionales e internacionales sobre las normas que consagran el derecho a la vida es muy clara al respecto: **el derecho a la vida** no es absoluto, sino **gradual e incremental**, y debe

24 Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007 de 28 de abril de 2011, paras. 9 (2) a (11).

25 Estas cifras surgen de datos proporcionados por la Procuración General de la Nación ante un pedido de acceso a la información de ADC en el año 2013: <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/adc-23-8-2013.pdf>

ser ponderado con otros derechos en juego.

Al interpretar el Art. 4 de la Convención Americana de derechos humanos (CADH) -que establece que el derecho a la vida estará protegido, “en general, a partir del momento de la concepción”- la Corte Interamericana de DDHH plantea que dicha protección no es absoluta y que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de la protección de la misma ²⁶.

A su vez, la Corte Interamericana de DDHH indicó que ni del Art. 4 de la Convención Americana, ni del artículo 3 de la Declaración Universal, ni del artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ni de la Convención sobre los Derechos del Niño, ni de la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 se desprende que el embrión pueda ser considerado persona en los términos de la protección del artículo 4 de la Convención.

De acuerdo a los estándares internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de tomar medidas para garantizar que la vida y la salud de la mujer o niña tengan prioridad sobre la protección del embrión²⁷.

III

2 . “La autonomía de la mujer debe ceder ante el derecho a la vida de un niño por nacer”

Tanto la Corte IDH como la CSJN han dicho que la protección del derecho a la vida no es absoluta, y que cualquier interés que los Estados puedan tener para proteger al feto debe ser gradual e incremental según el desarrollo del mismo. Así, un adecuado balance entre derechos e intereses en conflicto implica que **no puede alegarse la protección absoluta del em-**

²⁶ Corte IDH, *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*, sentencia del 28 de noviembre de 2012, (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas); Serie C 257, párr. 185.

²⁷ Ver Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, *Informe L.C. vs. Perú*, 2011; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, *Observaciones finales para Hungría*, 2013, párr. 30.

brión anulando otros derechos, sino que deben ponderarse todos los derechos en juego.

De acuerdo a los estándares internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de tomar medidas para garantizar que la vida y la salud de la mujer o niña tengan prioridad sobre la protección del feto.

En cualquier caso, Argentina ya ha resuelto esa duda puesto que nuestro sistema jurídico ya prevé el aborto legal en supuestos de riesgo a la vida o salud de la mujer y en casos de violación: se reconoce que el embrión no supone una protección absoluta del derecho a la vida y se pondera los derechos en juego.

Los legisladores no deben, entonces, debatir la despenalización del aborto en un contexto legal donde rige una prohibición absoluta ante la protección del embrión. El debate gira en torno a si se abandona la norma actual que permite el acceso al aborto basándose exclusivamente en causales -el peligro para la vida o la salud de la mujer o en casos de violación- por una norma que contemple plazos y remueva la amenaza penal en función de éstos.

Lo que se propone a partir de la despenalización del aborto es que, en una etapa temprana del embarazo, los derechos de la gestante (concretamente, el derecho a la autonomía sexual y reproductiva) deberán prevalecer sobre el interés estatal de proteger al embrión. A medida que avance la edad gestacional la protección del embrión será mayor, y para determinar la interrupción (derecho a la vida, salud, vida, integridad física y moral) entrarán en juego otros derechos de la gestante.

III

3 . “La despenalización del aborto va a ser usada como un método anticonceptivo”

La despenalización no aumenta la cantidad de abortos, sí brinda seguridad a quien decide hacerlo, evitando situaciones de clandestinidad que causan la muerte de miles de mujeres.

La experiencia comparada ilustra justamente que la despenalización no pronostica un aumento en los abortos. Podemos observar que



en España, donde el aborto fue legalizado en el año 2010, los abortos se redujeron un 20%²⁸.



UN ENFOQUE EN LA ADOLESCENCIA

La experiencia ha demostrado que la despenalización no empuja a los jóvenes a dejar de cuidarse y a acudir al aborto como salida o solución.

Desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes: aproximadamente un 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos²⁹.

La idea de que la despenalización generará un aluvión de abortos de las adolescentes no se condice con la realidad. Podemos observar que en España, donde el aborto fue legalizado en el año 2010, se produjo un descenso de la tasa de embarazo adolescente: el 12,71 por cada 1000 mujeres menores de 20 años que en el año 2010 se realizaron un aborto, en 2016 se redujo a 8,97.³⁰

III

4. “No hace falta despenalizar el aborto, tiene que haber Educación Sexual Integral”

La despenalización del aborto no debe ser

28 Mientras en 2010 se realizaron 113.031 interrupciones voluntarias del embarazo (11,49 por cada 1000 mujeres), en 2016 la cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo se reduce en números absolutos a 93.131 (10,36 por cada 1000 mujeres). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Datos estadísticos de España. Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

29 OMS, El embarazo en la adolescencia, Nota descriptiva Nº 364, Actualización de septiembre de 2014.

30 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, Datos estadísticos. Tasas por 1.000 mujeres por cada grupo de edad. Total Nacional. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

una política aislada, sino que debe ir acompañada de políticas integrales que garanticen la implementación de la educación sexual integral (ESI), el acceso a servicios de salud amigables, la provisión de métodos anticonceptivos y la implementación de un plan de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, como así también de la asignación de recursos financieros y humanos necesarios.

Es necesario despenalizar el aborto por una cuestión de salud pública, ya que la criminalización del aborto vulnera el derecho a la salud y la vida de mujeres, afectando de manera desigual a las mujeres pobres, a la vez que resulta ineficaz para disuadir a las mujeres de practicarse abortos clandestinos. Sin duda, esto debe ir acompañado por la ESI, garantizando el derecho de todas las mujeres a tomar decisiones informadas sobre sus propios cuerpos.

Justamente, fue un conjunto de políticas integrales lo que hizo posible que Uruguay, país en el que el aborto inseguro era la principal causa de mortalidad materna, actualmente se encuentre entre los países con menor razón de mortalidad materna en la región. Esto se logró a partir de un modelo que conjugó una política sanitaria que posicionó a los profesionales de la salud como agentes de cambio, que fortaleció la educación en salud sexual y reproductiva, que garantizó una anticoncepción ampliamente accesible y las acompañó con servicios amigables de salud sexual y reproductiva.

Esto realza el argumento que señala la necesidad de fortalecer la ESI y despenalizar el aborto como dos componentes indispensables para disminuir la mortalidad materna.

Sin embargo, pese a que hace 12 años Argentina cuenta con una ley modelo de educación sexual integral, hay una gran brecha entre la norma y su efectiva implementación. La ley reconoce el derecho de niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de orden estatal y privado, confesionales y laicos. No obstante:

* A 2017 únicamente nueve provincias

sancionaron leyes de educación sexual y otras dos emitieron resoluciones locales estableciendo la implementación del Programa Nacional³¹. Incluso en estas jurisdicciones, existe resistencia a la integración curricular.

* Solo 14 provincias³² completaron la capacitación hasta 2017, 3 provincias se encuentran en proceso de implementación³³, mientras que Catamarca y San Luis interrumpieron la capacitación masiva y la Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán y San Juan no iniciaron la misma³⁴.

* El presupuesto 2018³⁵ para la implementación de la ESI se redujo, en términos nominales, un 50% respecto del año anterior.³⁶

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

32 Las provincias son: Buenos Aires, Chaco, Chubut, Córdoba, Formosa, Jujuy, La Rioja, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

33 Las provincias son: Corrientes, Entre Ríos, Mendoza.

34 Información pública brindada por el Ministerio de Educación de la Nación.

35 Presupuesto 2018, disponible en <https://www.minhacienda.gov.ar/onp/documentos/presutexto/proy2018/jurent/pdf/P18170.pdf>

36 Respuesta ante pedido de acceso a la información pública Ministerio de Educación de la Nación realizado por Fundación Huésped con

III

5 . “El Estado puede acompañar a la madre y brindarle asistencia económica en lugar de apoyar la despenalización aborto”

Más allá de las causales ya existentes, el debate por la despenalización del aborto no excluye la posibilidad de implementar políticas públicas de acompañamiento para mujeres que deciden libremente ser madres, tales como consejerías pre-aborto o un régimen de seguridad social para embarazadas que quieran llevar adelante su embarazo, lo cual también podría ser una medida de protección al embrión.

III

6 . “Sería necesario realizar una reforma constitucional si se avanzara hacia la despenalización del aborto”

No es necesario realizar una reforma constitucional ya que la despenalización del aborto no contradice los preceptos constitucionales previstos en el art. 75 inc. 23 de la CN, la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) y la Convención de los De-

fecha 29 de agosto de 2017, disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B6JXWBBzh14a295QzE0dzdXeTNZNG5WaGQ0T0tDWIZNVmZF/view>





rechos del Niño (CDN).

En primer lugar, de la lectura del art. 75 inc. 23, que refiere a la protección social de la niñez desde el embarazo, no puede entenderse que se dirige a la protección absoluta del embrión sino que su objetivo es la promoción de medidas de protección social del embarazo y de los niños. Por ello, el cumplimiento de esta norma constitucional no se logra penalizando la práctica del aborto. La propia CSJN en el fallo F.A.L. ha interpretado el alcance de este artículo en el mismo sentido, precisando que busca atribuir competencia al Poder Legislativo a los efectos de que promueva “un marco normativo de seguridad social y no uno punitivo”³⁷.

Por otro lado, tal como referimos, ningún organismo internacional de derechos humanos ha establecido la protección absoluta del feto en virtud del derecho a la vida o de otras disposiciones establecidas en los tratados internacionales de derechos humanos, incluidos la CADH y la CDN.

En este sentido, el Art. 4 de la CADH prevé la protección de la vida “en general” desde la concepción. Conforme ya hemos mencionado, la Corte IDH ha destacado, en el Caso Artavia Murillo, que dicha **protección no es absoluta, sino gradual e incremental según el desarrollo del feto**.

Por último, la CDN **tampoco reconoce el derecho a la vida antes del nacimiento**. Por el contrario, en el proceso de elaboración de dicha Convención, la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas rechazó una propuesta que definía el concepto “niño” desde su concepción hasta los 18 años de edad por la imposibilidad de lograr un consenso sobre las alternativas propuestas. En consecuencia, la CDN no se pronuncia sobre la cuestión, y los trabajos preparatorios dejan constancia de que el texto final del artículo 1 tiene el propósito expreso de evitar la incompatibilidad entre la CDN y la legislación nacional, en cuanto a los eventuales derechos

del niño antes del nacimiento³⁸. Además el Comité de los Derechos del Niño no aplicó jamás el artículo 6 de la CDN para proteger la vida antes del nacimiento³⁹; por el contrario, ha recomendado que los Estados despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto.⁴⁰

A su vez, no es verdad que Argentina haya realizado una reserva a la CDN en relación a que la vida comienza desde la concepción. La propia CSJN sostuvo que el Estado argentino “se limitó a plasmar una declaración interpretativa”⁴¹, por lo cual la misma no forma parte del bloque de constitucionalidad.

III

7. “Debe prevalecer el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de la salud”.

El derecho a la objeción de conciencia a la prestación de servicios de salud implica que los profesionales de la salud tienen la

38 Filippini, Leonardo, “Los abortos No Punibles en la Reforma Constitucional de 1994”, en Bergallo, P. (comp.), *Aborto y Justicia Reproductiva*, Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011.

39 Zampas, C., y J. M. Gher, “Abortion as a Human Right - International and Regional Standards”, en *Oxford Human Rights Law Review*, N° 8 (2), pp. 249-294, 2008, citado en Bergallo, P., “El debate jurídico en torno a la anticoncepción de emergencia: una mirada comparada”, op. cit., p. 41.

40 CDN, Observación General 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, párr. 60.

41 [1] CSJN, caso “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit. El considerando 13° in fine, dice: “...Por otra parte, el artículo 2° de la ley 23.849, en cuanto estipula que el artículo 1° de la Convención ‘debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de la concepción’, no constituye una reserva que, en los términos del artículo 2° de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, altere el alcance con que la Convención sobre los Derechos del Niño rige en los términos del artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional. Esto porque, como surge del texto mismo de la ley, mientras que el Estado Argentino efectuó una reserva con relación a la aplicación del artículo 21 de la Convención, respecto del artículo 1° se limitó a plasmar una declaración interpretativa (ver al respecto, Anuario de la Comisión de Derecho Internacional, 1999, Volumen II, A/CN.4/SER.A/1999/Add.1, Parte 2, Directrices aprobadas por la Comisión en su período de sesiones N° 51 —1.2; 1.3—)...”.

37 CSJN, F. A. L. s/ medida autosatisfactiva, F. 259. XLVI, 13 de marzo de 2012, Considerando 9.

posibilidad de negarse a proporcionar ciertos servicios por considerarlos contrarios a sus convicciones personales. No obstante, dado que dicha negativa puede potencialmente implicar la restricción o anulación del goce de derechos humanos de las mujeres, el ejercicio del derecho a esta objeción de conciencia está sujeto a ciertos límites ⁴².

La Corte Suprema de Justicia de la Nación reconoció en el caso F.A.L. el derecho del personal sanitario a la objeción de conciencia. Allí destacó que su ejercicio no puede convertirse en un obstáculo y que los establecimientos de salud deben contar con personal para garantizar, de forma permanente, el acceso a las prestaciones.

Incluso, el Ministerio de Salud de la Nación ha entendido que **la objeción de conciencia debe ser siempre individual y nunca institucional**⁴³.

De ello se desprende que en materia de salud, y especialmente de salud sexual y reproductiva, la objeción de conciencia utilizada de manera abusiva y arbitraria constituye una barrera ilegítima para el acceso a las prestaciones legales de aborto.

III

8 . “El debate debe quedar sujeto a la libertad de conciencia de los legisladores”.

Los legisladores, en tanto funcionarios públicos e integrante del órgano representativo por excelencia, no deben ceñir su voto a sus convicciones personales por sobre los derechos de la mujer, sino que deben legislar priorizando el equilibrio entre los derechos en juego y, en particular, el impacto de la cuestión en la salud pública.

Sin duda, como cualquier otra persona, los legisladores tienen derecho a tener sus propias creencias y a vivir acorde a ellas.

42 Centro de Derechos Reproductivos. Objeción de conciencia y estándares internacionales. Disponible en: https://www.reproductive-rights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/CRR_LAC_ConscientiousObjectionFactSheets_10_17_13.pdf

43 Ministerio de Salud de la Nación, http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

Pero, en tanto agentes del Estado, no pueden imponer sus propias convicciones o estereotipos de género por sobre las mujeres o niñas, aun a costa de sus derechos humanos a la salud, la integridad física, la autonomía, la privacidad y la vida.

Esta imposición ideológica constituye una grave forma de violencia y un incumplimiento de las obligaciones de derechos humanos del Estado. Los datos y estadísticas sanitarias se imponen por sobre las valoraciones personales: **el aborto inseguro es la primera causa de mortalidad materna en la Argentina desde 1980**, especialmente de las mujeres más pobres.

El Estado argentino es un Estado laico, y como tal debe mantener la neutralidad religiosa para proteger la libertad de conciencia de las personas, en función de principios democráticos: los mismos derechos para todas las personas, cualesquiera sean sus creencias. La Corte Suprema ha interpretado en reiteradas oportunidades que la Constitución Nacional (en particular, los artículos 2, 14, 16, 19, 20, 73 y 93) obliga al Estado a mantenerse neutral frente a las decisiones espirituales de los ciudadanos.

Por estas razones, es imprescindible que avancemos juntos hacia una sociedad que no imponga concepciones morales o religiosas a otras personas bajo amenaza de prisión, sino que garantice las condiciones para que las mujeres puedan decidir sobre sus cuerpos. La decisión sobre la maternidad debe basarse en la libertad y no en una imposición estatal.

IV. ¿QUÉ OPINA LA SOCIEDAD ARGENTINA SOBRE EL ABORTO?

Una encuesta realizada por Amnistía Internacional y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) con la consultora Quiddity, reveló que más de la mitad de las argentinas y los argentinos (**59%**) **está de acuerdo con la despenalización del aborto**.



La encuesta fue realizada entre el 3 y el 5 de marzo a través de entrevistas telefónicas a 1561 hombres y mujeres mayores de 16 años de diferentes edades, nivel educativo y religión a lo largo de todo el país.

El **70 por ciento** de las personas entrevistadas evalúa como muy o bastante importante que el Congreso debata la despenalización del aborto. Además, la mitad del total de los encuestados evalúa que los legisladores deben dar importancia y **priorizar los derechos de las mujeres**.

Los números revelan que el debate que próximamente afrontará el Congreso sobre la despenalización del aborto en la Argentina se transformó en un asunto social masivo. El 98% de los entrevistados por lo menos ha escuchado hablar sobre su tratamiento.

Este estudio refleja una realidad cercana e impactante. Casi cinco de cada diez entrevistados dice conocer a alguien que haya interrumpido voluntariamente un embarazo, un conocimiento que permea a todas las clases sociales. *

* FUENTES DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA:

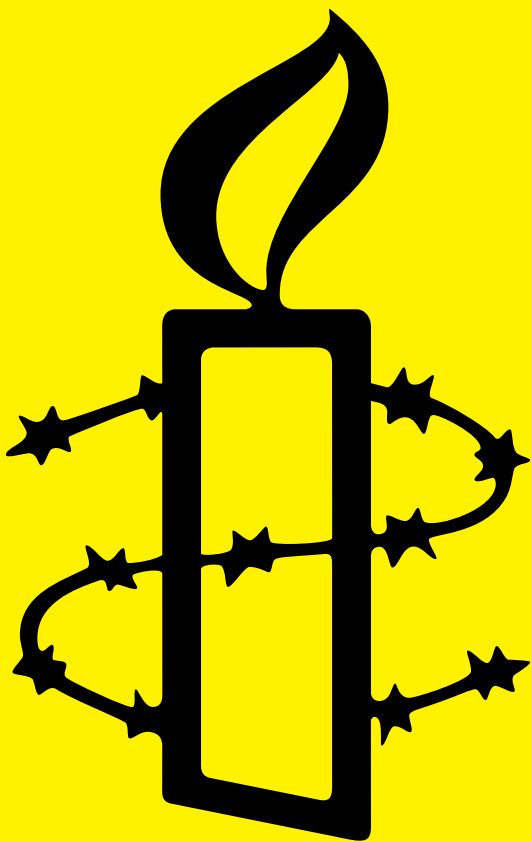
- DEIS, Ministerio de Salud de la Nación (2015). Egresos de establecimientos oficiales por Diagnóstico- Año 2013, Serie 11, Número 14.
- DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, (2016) Datos de estadísticas vitales- Argentina- Año 2015, Serie 5, Número 59, .Egresos de establecimientos oficiales por Diagnóstico- Año 2013, Serie 11, Número 14, DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Informático Perinatal (SIP), 2015.
- Cepal. Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina. - Mario, S. y Panteledes A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N°87, Santiago de Chile. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>

BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional (2015): No es Ninguna Delincuente. Las consecuencias de la legislación sobre el aborto en Irlanda, Reino Unido.
https://www.es.amnesty.org/uploads/media/_Ireland-She_is_not_criminal-Espanol_SUMMARY_final_.pdf
- Asociación por los Derechos Civiles (2013):
<http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/adcc-23-8-2013.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2011): Informe N° 80/11, Caso N° 12.626, Jessica Lenahan (Estados Unidos), 21/07/2011, párrs. 123-124
<http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/fondos.asp>
- Comité CAT (2007), Observación General nro. 2, párr. 22.
https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CAT/00_5_obs_grales_CAT.html
- Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007 de 28 de abril de 2011, paras. 9 (2) a (11).
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general n.º 24: La mujer y la salud (artículo 12 de la Convención), párr. 14.
<http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, Informe L.C. vs. Perú, 2011; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, Observaciones finales para Hungría, 2013, parr. 30.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2012), Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica, sentencia del 28 de noviembre de 2012, (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas); Serie C 257, párr. 185.
http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf
- CSJN, F., A. L. s/ medida autosatisfactiva, F. 259. XLVI,13 de marzo de 2012, Considerando 9.
- Datos de estadísticas vitales- Argentina- Año 2015, Serie 5, Número 59, DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, diciembre 2016.
- ELA, CEDES, REDAAS: “Las cifras del Aborto en la Argentina”.
<http://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2018/03/El-aborto-en-cifras-CEDES-ELA-REDAAS-1.pdf>
- Filippini, Leonardo (2011): “Los abortos No Punibles en la Reforma Constitucional de 1994”, en Bergallo, P. (comp.), Aborto y Justicia Reproductiva, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Fundación Huésped con fecha 29 de agosto de 2017 <https://drive.google.com/file/d/0B6JXWB-Bzh14la295QzEOdzdXeTNZNG5WaGQOT0tDWIZNVmZF/view>
- Instituto Guttmacher (2009): “Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual”, 2009, pág. 21, pág. 34-35.
<https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-nivel-mundial-una-decada-de-progreso-desigual>
- Instituto Guttmacher (2018) “Aborto inducido a nivel mundial. Incidencia y tendencias mundiales”. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
- Leonel Briozzo (2016): De la reducción de riesgos a la despenalización del aborto, el modelo uruguayo por los derechos de la mujer. Reducción de la Mortalidad Materna Mediante la Prevención del Aborto Inseguro: La Experiencia del Uruguay. Editor: Aníbal Faúndes. International Journal of Gynecology & Obstetrics Volumen 134, Suplemento 1, p. 5.
- Mario, S. y Pantelides A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N°87, Cepal. Santiago de Chile.
<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>



- Ministerio de Hacienda (2018): Presupuesto 2018 – Jurisdicción 70, Ministerio de Educación <https://www.minhacienda.gov.ar/onp/documentos/presutexto/proy2018/jurent/pdf/P18J70.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2010): Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Coordinación Técnica: Mariana Romero y Paola Bergallo http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf
- 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.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Datos estadísticos de España https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm
- Naciones Unidas (1999): Anuario de la Comisión de Derecho Internacional, 1999, Volumen II, A/CN.4/SER.A/1999/Add.1, Parte 2, Directrices aprobadas por la Comisión en su período de sesiones N° 51 ; 1.3. http://legal.un.org/ilc/publications/yearbooks/spanish/ilc_1999_v2_p2.pdf
- Naciones Unidas (2013): Informe del 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.
- Naciones Unidas (2013): Convención sobre los derechos del niño. Observación General 15 (2013) sobre el derecho de niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 70. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsqlkirK-QZLK2M58RF%2F5F0vHCIs1B9k1r3x0aA7FYrehlsj%2FQwiEONVKEf8BnpvEXSI7WLpnaEMlpupY-gu9Jcq5Jnl6KhXRgZtqhSh9BZY9KH>
- Naciones Unidas, Asamblea General (2016): Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, párr. 42 y 44 <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2016/10361>
- Organización de Derechos Reproductivos (2013): “Objeción de conciencia y estándares internacionales. Estándares Internacionales de Derechos Humanos” https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR_LAC_ConcientiousObjectionFactSheets_10_17_13.pdf
- OMS (2003): “Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems”. Ginebra, pág. 86. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- OMS (2012): “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/
- OMS (2014): “El embarazo en la adolescencia”, Nota descriptiva N° 364, Actualización de septiembre de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OMS (2016): “Mortalidad Materna”, Nota Descriptiva, Septiembre 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Ramos, Bergallo, Romero y Feijóo (2009): “El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en la Argentina”, en CELS, Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009, Buenos Aires, Siglo XXI, p. 453. <https://www.cels.org.ar/web/capitulos/debate-ii-el-acceso-al-aborto-permitido-por-la-ley-un-tema-pendiente-de-la-politica-de-derechos-humanos-en-la-argentina/>
- Romero M, Abalos E, Ramos S. (2013): La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. OSSyR. http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_08.pdf
- Zampas, C., y J. M. Gher (2008): “Abortion as a Human Right - International and Regional Standards”, en Oxford Human Rights Law Review, N° 8 (2), pp. 249-294, 2008, citado en Bergallo, P., “El debate jurídico en torno a la anticoncepción de emergencia: una mirada comparada”, op. cit., p. 41. <https://academic.oup.com/hrlr/article-abstract/8/2/249/677800?redirectedFrom=fulltext>



AMNISTÍA
INTERNACIONAL

