



ARGENTINA

INFORME DE SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES FINALES SOBRE SÉPTIMO
INFORME PERIÓDICO DE LA ARGENTINA

COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER DE LAS
NACIONES UNIDAS

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



1. INTRODUCCIÓN

Siguiendo a la presentación en noviembre de 2016¹ del informe sombra realizado por Amnistía Internacional, la organización desea compartir con el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (el Comité) el siguiente informe de seguimiento de las observaciones finales relativas a las medidas adoptadas por el Estado argentino en cumplimiento de las recomendaciones que figuran en los párrafos 33 b) y d) sobre séptimo informe periódico de Argentina.

En este informe Amnistía Internacional se refiere a preocupaciones con relación a la salud sexual y reproductiva y violencia contra la mujer.

2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

2.1 ABORTO NO PUNIBLE EN ARGENTINA: MARCO LEGAL

En materia de acceso al aborto, Argentina adhiere al “modelo de indicaciones o causales”, en virtud del cual el aborto está penalizado excepto en determinados supuestos: en casos de violación y de peligro para la vida o salud de la mujer, el aborto es legal. Así lo confirmó la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante CSJN) en su sentencia sobre el caso “F., A.L. s/ medida autosatisfactiva” dictada el 13 de marzo de 2012.

El Comité CEDAW instó a la Argentina, a que inicie procedimientos de rendición de cuentas para velar por que todas las provincias aprueben protocolos sobre la práctica del aborto no punible, en consonancia con la decisión de la Corte Suprema de Justicia de 2012 y el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo². No obstante, a más de 6 años de la exhortación efectuada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante CSJN) en el marco del caso “F., A.L. s/ medida autosatisfactiva”³ con el fin de terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso al aborto legal, apenas 13 de las 24 jurisdicciones han adherido al Protocolo Nacional o cuentan

¹ https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2016/10/INT_CEDAW_NGO_ARG_25378_S.pdf

² Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/7, 25 de noviembre 20165, párr. 33 b)

³CSJN, caso “F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva”, F. 259. XLVI, sentencia del 13 de marzo de 2012.

CONTÁCTANOS



info@amnesty.org



+44 (0)20 7413 5500

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN



www.facebook.com/AmnestyGlobal



@AmnestyOnline



con protocolos que se ajustan a estos criterios. Éstas son Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego. Otras 4 dictaron protocolos que incluyen requisitos que dificultan el acceso a servicios de aborto seguro: Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Neuquén, Provincia de Buenos Aires. Las 7 jurisdicciones restantes – Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán– no cuentan con normas locales.

Es decir, 11 jurisdicciones del país aún no cuentan con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tienen desde 1921.

Recomendación:

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

2.2 OBSTRUCCIONES EN EL ACCESO A LOS ABORTOS LEGALES

La situación de acceso a la interrupción legal del embarazo es tan arbitraria que en la práctica, en función de la jurisdicción en que le haya tocado nacer a una mujer o niña, ésta podrá ejercer su derecho de acceso al aborto o no. 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.

Desde 2016 se encuentra en estudio por la Corte Suprema de Justicia de la Nación el caso de **María Magdalena**, una mujer de 26 años que ingresó a la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, **Provincia de Tucumán**, con fuertes dolores abdominales, y una hemorragia ginecológica en curso y fue denunciada por las médicas tratantes de “aborto provocado”. Tras estar procesada cerca de tres años⁴, la mujer fue finalmente sobreseída del delito de aborto a fines de 2015. Desde 2016 la causa se encuentra pendiente de resolución ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación para investigar la responsabilidad de violación del secreto profesional y la violencia obstétrica, psicológica e institucional a la que fue sometida la mujer.

Al caso de María Magdalena se suman Al caso de Belén se suman los casos de Carla⁵, en **Provincia de Buenos Aires**; Yamila⁶, en **Santa Fe**; María⁷, en **Santiago del Estero** y Natalia⁸, en

⁴ Provincia de Tucumán, “Dos Medicas con paraguas”. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-305117-2016-07-25.html>

⁵ Carla, ingresó a un hospital de Pilar, Provincia de Buenos Aires, con fuertes dolores abdominales. El médico, luego de retirarle la placenta, la sometió a un interrogatorio y completó un parte policial con el texto “parto domiciliario sin feto”.

⁶ Yamila se acercó al Hospital de Rosario, Provincia de Santa Fe, con una hemorragia, acompañada de su padre a quien en el centro de salud le indicaron que debía dirigirse a la comisaría para realizar una denuncia policial contra su hija.

⁷ María era víctima de violencia de género y llegó al Hospital Regional Ramón Carrillo de Santiago del Estero con una grave infección. Por temor a ser denunciada, no informó que se había realizado un aborto y los médicos le suministraron varios medicamentos para retener el embarazo. Su hermana Eva advirtió al médico que María había intentado abortar. María murió el 9 de agosto de 2016 y su hermana, su madre y una amiga fueron procesadas penalmente por haber colaborado en la realización del aborto.

⁸ Natalia, de Tierra del Fuego, fue víctima de violencia intrafamiliar durante años. Quedó embarazada como consecuencia de actos de violencia sexual por parte de su pareja. Si bien su caso se encuadraba dentro de la causal violación, el miedo la empujó al circuito clandestino, poniendo en riesgo su salud y su vida, para luego además quedar expuesta a la persecución penal por haber ejercido lo que debió ser su derecho. Enfrentó un proceso penal durante seis años hasta que fue absuelta en 2015.

Tierra del Fuego. Todas ellas fueron perseguidas penalmente cuando buscaron atención por una emergencia obstétrica. En esos casos la denuncia se realizó desde el hospital no respetando la garantía de confidencialidad que impide que la información que surja de la atención médica se constituya en prueba contra la mujer.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina se ha expedido en la causa “Baldivieso”⁹ destacando que no existe tensión entre obligación de denunciar el delito de aborto y obligación de guardar secreto. Por el contrario, cabe afirmar que la protección de la confidencialidad propia de la relación médico-paciente otorga prevalencia al secreto médico como regla, circunscribiendo sus excepciones a escasos supuestos legales donde el margen de discrecionalidad es sumamente acotado.

A pesar de que la violación al secreto profesional es un delito receptado por el Código Penal argentino -y que lo que haga el sistema judicial en consecuencia de información obtenida en violación al secreto profesional resulta nulo- la información obtenida en la atención médica activa el dispositivo de persecución penal que jueces y fiscales validan, impulsando la investigación y sometiendo a procesos criminales a las mujeres.

El deber de confidencialidad obliga tanto a los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de boca de sus pacientes o en su examen médico, como a aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el tratamiento de las pacientes, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellos profesionales que recibieron información sin el consentimiento expreso de los pacientes. En la provincia de San Juan, en cambio, el personal médico que practicó un aborto legal a una adolescente de 14 años con discapacidad que había sido violada, fue denunciado ante la Justicia por otro profesional del mismo hospital donde se concretó la intervención.

En marzo de 2017, una mujer solicitó acceder a un aborto legal por causal violación en el Hospital de Cipolletti, **provincia de Río Negro**. El médico tocoginecólogo que se encontraba de guardia ese día, no sólo no acompañó la decisión de la paciente, sino que solicitó un informe psiquiátrico obstaculizando así el acceso de la mujer a un aborto legal. Este hecho se vio agravado en tanto el profesional de la salud suministró, sin consentimiento de la paciente, una droga para impedir que el proceso de aborto se lleve a cabo.

En enero 2019 tomó estado público el embarazo de una niña de 12 años producto de un abuso sexual, luego de ser atendida en el Hospital Dr. Guillermo Paterson en la provincia de **Jujuy**.¹⁰ Tanto la madre como la niña manifestaron de forma fehaciente su intención acceder a la interrupción legal del embarazo conforme al marco jurídico vigente. La niña fue derivada a la Maternidad Provincial Dr. Héctor Quintana, donde el equipo médico realizó la cesárea para interrumpir la gestación, no obstante, lo cual, los profesionales de la salud evitaron la muerte intrauterina previa, generándose un nacimiento con vida. Asimismo, el propio Ministro de Salud de la provincia, violó el derecho de confidencialidad de la niña, vulnerando su intimidad y privacidad, al difundir en los medios de comunicación provinciales y nacionales, sin el consentimiento de la niña ni de su familia, el cuadro clínico de la paciente, el procedimiento médico que se llevaría a cabo, el horario de la intervención quirúrgica y las condiciones de su salud previas y posteriores al curso de acción terapéutico consentido.¹¹

También en el mes de enero 2019, Argentina fue nuevamente expuesta frente a la comunidad internacional por el caso de “Lucía”, una niña de 11 años de la **provincia de Tucumán**, víctima de un abuso sexual. De acuerdo al marco jurídico actual, tenía el derecho de acceder un aborto

⁹ CSJN, caso “Baldivieso, César Alejandro”, del 20/04/2010. AR/JUR/7491/2010”.

¹⁰ https://www.clarin.com/sociedad/negaron-aborto-legal-nena-12-anos-embarazada-23-semanas_0_3HVtkZyQ.html

¹¹ <https://www.pagina12.com.ar/170303-no-fue-ile-fue-tortura>

legal. Tanto la madre como la niña manifestaron de forma clara y oportuna su intención de interrumpir el embarazo para proteger la salud y la vida de la niña. Sin embargo, la atención a la niña estuvo plagada de violaciones a sus derechos como “paciente”, ya que el sistema de salud provincial obstaculizó la interrupción de la gestación durante 5 semanas, y violó el deber de resguardar la confidencialidad e intimidad de la niña. El personal médico, junto con el Secretario del Sistema de Salud de la Provincia de Tucumán y la Directora del Hospital de Este revelaron datos sensibles de la vida de la niña, con información de su estado de salud e historia clínica, en clara violación al secreto profesional.

A este respecto, el Comité CEDAW¹² ha indicado que “[l]os 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”¹³. 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 de 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 sobre el aborto sin riesgos, el Estado parte debe garantizar que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida a las mujeres y niñas acceder a los servicios a los que legalmente tienen derecho y además que únicamente las mujeres y niñas necesitan. 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 ley¹⁴.

En esta línea, el Relator Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha destacado con preocupación que 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.¹⁵

Recomendaciones:

- El Estado argentino debe garantizar el acceso a los abortos legales en todas las jurisdicciones del país, apoyado por campañas de difusión pública para promover el mayor conocimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo en los casos previstos por la ley vigente.
- El Estado argentino debe eliminar las barreras legislativas, administrativas y prácticas que impidan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo el derecho a la privacidad como un derecho esencial para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; el ejercicio abusivo de la objeción de conciencia y la extracción de confesiones de la mujer como condición para que reciba un tratamiento médico.
- El Estado argentino debe adoptar las medidas necesarias para que se respete el derecho de confidencialidad médico-paciente en materia de salud sexual y reproductiva, entre ellas establecer medidas concretas frente a funcionarios y profesionales de la salud que

¹²Comité 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.

¹³Comité 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.

¹⁴CAT, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Polonia, CAT/C/POL/CO/5-6, 23 de diciembre de 2013, disponible en <http://bit.ly/1xpQJTi>

¹⁵ 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

violan el secreto profesional, vulnerando la privacidad y la salud de mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar,

2.3 CRIMINALIZACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En 2016, el Comité CEDAW recomendó al Estado Argentino que acelerase la aprobación del proyecto de ley relativo a la interrupción voluntaria del embarazo aumentando el acceso legal al aborto, no solo en los casos de violación y de riesgo para la vida o la salud de la madre, sino también en otras circunstancias, como en los casos de incesto y riesgo de graves malformaciones del feto.¹⁶

En marzo de 2018, el Poder Legislativo decidió abrir la discusión sobre la modificación legislativa relativa al aborto en el Congreso. Sin embargo, tras la media sanción en la Cámara de Diputados, el 9 de agosto el Senado de la Nación rechazó el proyecto de ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo, dejando pasar una oportunidad histórica de sustraer a las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar del círculo en el que solo tienen como opción la cárcel, la clandestinidad o la muerte.

Tras el rechazo del proyecto de IVE en la Cámara Alta un Grupo de expertas en derechos Humanos de las Naciones Unidas se dirigieron al Estado argentino lamentando “profundamente que el Senado argentino no haya aprovechado este momento histórico para demostrar el compromiso del país con respecto a la eliminación de la discriminación contra las mujeres en su legislación y promover los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y adolescentes, de conformidad con sus obligaciones internacionales de derechos humanos”.

Por su parte, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará lamentó que el Senado Argentino rechazara el proyecto de ley que buscaba despenalizar la interrupción del embarazo la madrugada del 9 de agosto de 2018. “La aprobación de esta ley habría constituido un significativo avance en la consolidación de los derechos de las mujeres en consonancia con el espíritu de la Convención de Belém do Pará, ya que no solo buscaba garantizar sus derechos sexuales y reproductivos, sino que también proteger la vida las mujeres, su integridad física y psíquica, y sus libertades fundamentales”.

En lugar de honrar la recomendación del Comité y los estándares del derecho internacional de los derechos humanos, en marzo 2019 el Poder Ejecutivo presentó ante el Congreso de la Nación un **proyecto de Reforma del Código Penal** que mantiene al aborto como delito dentro del ordenamiento normativo, perpetuando el círculo de violencia que se ejerce contra las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar.

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 calidad¹⁷. Y que “[I]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 reproductiva, les niega la plena participación en la sociedad y distorsiona las percepciones de

¹⁶ Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/7, 25 de noviembre 20165, párr. 33 d).

¹⁷ 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

los profesionales de salud, lo que a su vez puede dificultar el acceso de las mujeres a los servicios de atención a la salud”¹⁸.

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. Esto se evidencia en el modelo vigente en Argentina, que ha llevado a que en los últimos 30 años más de 3.000 mujeres perdieran la vida y otras 49.000 pusieran año a año en riesgo su salud y sus vidas¹⁹. Las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa de mortalidad materna²⁰.

El Relator de Naciones Unidas de Salud fue determinante la indicar que “las leyes penales que castigan y restringen el aborto inducido son el ejemplo paradigmático de las barreras inaceptables que impiden a las mujeres ejercer su derecho a la salud y, por consiguiente, deben eliminarse”²¹.

La propuesta de reforma del Código Penal es regresiva, en tanto circunscribe el acceso al aborto legal a la salud en su aspecto físico y mental, suprimiendo la dimensión social de la causal salud, lo cual resulta restrictivo en términos de lo establecido por la autoridad internacional y receptado por los órganos de tratados de la ONU que interpretan las Convenciones de derechos humanos que obligan a Argentina, generando mayores obstáculos para que mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar accedan a la interrupción legal del embarazo hoy prevista.

El proyecto también deja pasar la oportunidad de adecuar la normativa y sumar una causal adicional, como lo es la posibilidad de decidir la interrupción del embarazo cuando exista una diagnóstico de inviabilidad de vida extrauterina del feto (por ejemplo en caso de anencefalia), tal como hoy está receptado y admitido por la jurisprudencia²², y fue consignado expresamente en la recomendación realizada por el Comité en las observaciones finales sobre el séptimo informe periódico en Argentina.²³

Someter a una mujer o niña a llevar a término un embarazo cuya viabilidad fuera del útero materno resulta imposible ha sido equiparado por el derecho internacional como hechos de tratos crueles, inhumanos y degradantes²⁴.

Del mismo modo, el proyecto insiste en la criminalización del aborto a través del establecimiento de penas a los profesionales de la salud que intervienen en la interrupción del embarazo.

Tal como ha dicho el Relator de Salud de la ONU, la penalización lleva a la desinformación de los profesionales de salud acerca de los estándares de tratamiento para responder apropiadamente a las necesidades de las pacientes²⁵, más aún si éstas han atravesado un aborto inseguro. El personal se niega en muchas ocasiones a “tratar mujeres que sufren complicaciones derivadas de un aborto clandestino practicado en otro lugar”²⁶.

El empleo de la herramienta penal tiene un serio efecto disuasivo para los profesionales de salud de llevar a cabo los servicios necesarios para salvaguardar la salud sexual y reproductiva

¹⁸ Relator Salud ONU, 2011, párr. 17

¹⁹ Ministerio de Salud de la Nación (2015). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales por Diagnóstico. Año 2013, Serie 11, Número 14.

²⁰ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010 a 2015. www.deis.gov.ar.

²¹ 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.

²² Suprema Corte De Justicia Bonaerense, Autoriza Aborto Terapéutico, "C. P. d. P. , A. K. . Autorización", 28 de junio de 2005

²³ CEDAW/C/ARG/CO/7. 25 de noviembre 2016, párr. 33 d).

²⁴ ONU, Comité DDHH, KL c. Perú, CCPR/C/85/D/1153/2003, 17 de noviembre de 2005. El Comité “reafirma su interpretación en el sentido de que la penalización del aborto, en casos de embarazos no viables o resultado de violaciones, supone la imposición de un trato cruel, inhumano o degradante para las mujeres y se alinea además, con la interpretación expresada por otros órganos de control sobre el tema”.

²⁵ ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2011, párr. 32

²⁶ ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2011, párr. 33

de las mujeres. En efecto, los profesionales de la salud con frecuencia deniegan el acceso a servicios de salud vinculados con el aborto por temor a sufrir una sanción penal.

A ello se suma que, que el proyecto propone el aumento de la pena para el delito de aborto preterintencional. El actual Código Penal prevé una pena de seis meses a dos años de prisión, en tanto el Proyecto la eleva de uno a tres años de prisión. Ampliar la amenaza de privación de la libertad implica imprimir con mayor punitivismo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e ir a contramano, como adelantamos al inicio, de la tendencia de las legislaciones del mundo.

Por otro lado, la decisión de introducir la figura del delito de aborto culposo resulta incompatible con el principio de mínima intervención del derecho penal. El empleo del poder punitivo en estos casos tiene un serio efecto disuasivo para los profesionales de salud que lleven a cabo servicios ILE necesarios para salvaguardar la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El temor o la amenaza latente de sufrir una posible condena penal, como lo ha demostrado la historia en Argentina, ha llevado a los profesionales de la salud a judicializar los procesos y dilatar así el acceso de derecho a las mujeres y niñas.

Así, el tipo penal no consigue su fin pretendido que es el de proteger a la mujer de la actuación de los médicos. Muy por el contrario, la punibilidad genera obstáculos en el acceso de la mujer a sus derechos.

Preocupa que el proyecto de reforma incorpora la figura de lesiones dolosas y culposas a la persona por nacer, avanzando en el reconocimiento de un status jurídico del feto y equiparándolo con la persona ya nacida, a contramano de los estándares internacionales de derechos humanos. En efecto, 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 humanos²⁷.

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 ser ponderado con otros derechos en juego**²⁸. 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 ella.

En este último sentido, la Corte Interamericana de Derechos humanos ha dicho que, dado que no hay un consenso desde la ciencia, biología, teología acerca del inicio de la vida humana, el derecho no puede imponer una única idea y pensamiento a todas las personas, mucho menos legislar o criminalizar a quienes disienten con esa noción. En este sentido, y en pos del derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión los Estados deben permitir diferentes y a veces contradictorias opiniones al respecto dentro de su jurisdicción. Ello para concluir de manera enfática que las **concepciones morales, religiosas o** de cualquier otro tenor que **consideran que un óvulo fecundado es vida humana “no pueden justificar que se otorgue prevalencia legal a esta idea (...)** porque ello implicaría imponer un tipo de creencia específica a otras personas que no las comparten.”²⁹

Cualquier pretensión de incorporar el delito de lesiones al feto será primordial tener en cuenta que estas propuestas con frecuencia (1) **infringen el derecho a elegir de las mujeres;** (2) **alientan**

²⁷ La Corte IDH 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.

²⁸ Corte IDH, Caso Artavia Murillo y Otros (Fecundación in vitro) vs Costa Rica, párr. 174 y ss.

²⁹ Corte IDH, Caso Artavia Murillo y Otros (Fecundación in vitro) vs Costa Rica, Sentencia 28 noviembre de 2012.

las políticas de control social del embarazo y la maternidad; (3) amplifican injustificadamente el ámbito de lo punible.³⁰

Recomendación:

- a) El Estado debe garantizar el acceso al aborto y eliminar la amenaza penal para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como respecto a quienes provean la práctica del aborto.

2.4 EMBARAZOS NO INTENCIONALES DE NIÑAS Y ADOLESCENTES

Durante 2017 hubo en la Argentina 704.609 nacimientos, de los cuales, 94.079 fueron de madres de menos de 20 años; lo que representa el 13,6% del total de los nacimientos de dicho año. Correspondieron a niñas y adolescentes de menos de 15 años 2.493 embarazos y 91.586 embarazos correspondieron a adolescentes entre 15 y 19 años.³¹ La tasa de fecundidad adolescente entre los 10 y 14 años fue de 1,5 nacidos por cada 1.000 niñas/adolescentes entre 10 y 14 años, lo que significa, entre 6 y 7 nacimientos diarios. Siete de cada diez adolescentes de entre 15 y 19 años reportan en el momento del posparto que ese embarazo no fue intencional. En las menores de 15 años esa cifra aumenta a 8 de cada 10, la mayoría de esos embarazos son consecuencia de abuso sexual.

En este contexto el gobierno lanzó en 2017 un Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia³², como respuesta a una deuda social. El plan tiene por objeto sensibilizar sobre la importancia de prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia; mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar accesibilidad y calidad; dar las herramientas para que las y los adolescentes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera informada y con libertad; y fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente.

Las situaciones de vulnerabilidad familiar y social; las barreras para el acceso a la educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva, la desigualdad de género y las situaciones de violencia y abuso sexual son determinantes del embarazo no intencional.

Merece especial preocupación los embarazos de niñas menores de 15, no solo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad, sino porque a menor edad la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas y explotación sexual es mayor.³³ Conforme estadísticas oficiales sobre abuso infantil en la Argentina el 53% de los casos de abuso suceden en el hogar y otro 10% en la casa de un

³⁰ Defensoría General de la Nación, "Dictamen para la elaboración del nuevo Código Penal de la Nación con perspectiva de género", Comisión sobre temáticas de Género, 2013, pág. 82

³¹ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales, 2017.

³² Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019, Resolución 982/2017 de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, Anexo IF-2017-19196478 APNSSDNAYF#SENNAF

³³ Situación de los y las adolescentes en la Argentina, Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, UNICEF 2016, p.33/34. Ver también, CLADEM, Niñas no madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe, Paraguay, 2016.

Índice:

Idioma: Español

amnesty.org

familiar. La gravedad de estas cifras se incrementa cuando se observa que en el 75% de los casos el agresor es un familiar y que en un 40% de estos casos el agresor es el padre.³⁴

Pese a ello, surge de la evaluación Aprender 2018 realizada por el Ministerio de Educación de la Nación³⁵, que 6 de cada 10 estudiantes indicaron que no recibieron información en la escuela sobre cómo evitar el abuso sexual, ni sobre métodos de prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual. En este sentido preocupa la falta de implementación de la educación sexual integral en la escuela sobre ejes centrales para prevenir situaciones de abuso sexual; tener herramientas para identificar situaciones de violencia y denunciarlas; y aprender sobre el derecho a la interrupción legal del embarazo.

La distribución de la maternidad adolescente en el país tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo. A mayor nivel de desarrollo, menor fecundidad. La incidencia del embarazo en la adolescencia es marcadamente superior en las provincias del norte del país (Formosa, Chaco, Misiones, Salta), lo cual refleja grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a servicios, la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y la calidad de la atención.³⁶

Otro de los aspectos críticos de esta problemática, es la evidencia de la repetición del embarazo en la adolescencia: de acuerdo a los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), que releva el 80% de las maternidades públicas del país, el 29% de las adolescentes fue madre por segunda o tercera vez antes de los 20 años.³⁷ Una importante proporción de los segundos embarazos entre adolescentes no es planeada³⁸ ya que no se logra generar un adecuado seguimiento por parte de los servicios de salud que permita brindar herramientas concretas a niñas y adolescentes que atraviesan un primer embarazo para prevenir futuros embarazos no deseados. De allí la importancia en mejorar la calidad de la consejería anticonceptiva, como también diversificar la oferta de métodos anticonceptivos de larga duración y garantizar el acceso a la educación sexual integral.

Recomendaciones:

- El Estado debe garantizar el acceso a información y servicios amigables de salud y de salud sexual y reproductiva preventivos, integrales, de calidad y confidenciales para niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- El Estado debe mejorar la calidad de la consejería anticonceptiva, como también diversificar la oferta de métodos anticonceptivos de larga duración
- El Estado debe garantizar el acceso de niñas y adolescentes a la interrupción legal del embarazo.
- El Estado debe adoptar medidas tendientes a garantizar a la efectiva implementación de la Educación Sexual Integral.

³⁴ <https://www.argentina.gob.ar/abusosexualinfantil/estadisticas>

³⁵ Ministerio de Educación Cultura, Ciencia y tecnología, Presidencia de la Nación, Aprender 2018 Informe Nacional de Resultados 6º año primaria, 2019.

³⁶ Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Informático Perinatal, 2015 Cfr. Ibíd. Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019.

³⁷ SIP, 2017

³⁸ Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia – UNICEF, Situación de los y las adolescentes en la Argentina, 2016, p. 37.

2.5 OBSTÁCULOS EN EL ACCESO AL ABORTO CON MEDICAMENTOS

La mifepristona y el misoprostol son los fármacos aprobados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como medicamentos esenciales para el acceso al aborto legal.

En materia de avances para garantizar y facilitar el acceso al aborto no punible, el 10 de octubre de 2018 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) autorizó, mediante la disposición 946/2018, la venta de Misoprostol para fines ginecológicos en farmacias. Asimismo, en agosto de 2018 se autorizó la producción del medicamento en el país.

Recientemente la organización Portal de Belén interpuso una acción de amparo con la pretensión de que se declare la inconstitucionalidad del “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo y de la Disposición N° 946/2018 que autorizó la venta del Misoprostol para fines ginecológicos.

Asimismo, una diputada de la Provincia de Misiones presentó un proyecto de ley en su provincia para prohibir la venta de Misoprostol en las farmacias.³⁹

Preocupan los diversos intentos de obstaculizar el acceso al aborto legal en forma segura, poniendo en riesgo la vida y la salud de mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar.

Recomendación:

El Estado debe incluir el misoprostol en el Plan Médico Obligatorio, que obliga también a las obras sociales y prestadoras privadas de salud a proveer del medicamento.

El Estado debe garantizar la producción y comercialización de la mifepristona.

³⁹ Página 12, Quieren prohibir el Misoprostol en Farmacias de Misiones, 8 de mayo 2019 <https://www.pagina12.com.ar/192244-quieren-prohibir-el-misoprostol-en-farmacias-de-misiones>.