

INFORME CONJUNTO

QUINTO Y SEXTO INFORMES COMBINADOS DE ARGENTINA AL COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO

ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA

Este informe fue elaborado conjuntamente por distintas organizaciones del país: Asociación Católica por el Derecho a Decidir- Argentina (CDD), Asociación Lola Mora, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Centro de la Mujer (CEDEM), Centro Intercambio y servicios Cono Sur Córdoba (CISCSA), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM-Argentina), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, Mujeres por Mujeres, Mujeres Autoconvocadas de Trelew

Introducción

El Comité de Derechos del Niño en su última evaluación a Argentina en el año 2010 expresó su preocupación por el elevado porcentaje de mortalidad materna, especialmente de adolescentes, causada por un aborto (28,31% en 2005) y por los prolongados procedimientos de interrupción legal del embarazo resultante de una violación, prevista en el artículo 86 del Código Penal, y recomendó al Estado que “d) Adopte medidas urgentes para reducir la mortalidad materna relacionadas con el aborto, en particular velando por que la profesión médica conozca y practique el aborto no punible, especialmente en el caso de las niñas y mujeres víctimas de violación, sin intervención de los tribunales y a petición de ellas; e) Enmiende el artículo 86 del Código Penal en el ámbito nacional para prevenir las disparidades en la legislación provincial vigente y en la nueva en lo que respecta al aborto legal [...]”¹

Ocho años después, las recomendaciones del Comité siguen vigentes y se tornan indispensables en el contexto auspicioso de discusión de distintos proyectos de ley para despenalizar el aborto en la Cámara de Diputados en concordancia con su recomendación. Durante el mes de marzo de 2018 la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito presentó por séptima vez un proyecto de ley, que fue acompañado por la firma de más de 70 integrantes de la Cámara de Diputados², y durante el mes de abril inició el debate parlamentario a cargo de una plenaria integrada por cuatro comisiones parlamentarias, con presentaciones a las y los miembros de la Cámara con argumentos a favor y en contra. Se preve que la Cámara de Diputados debatirá después de estas presentaciones en el mes de junio de este año.

I. La situación del aborto en Argentina

Argentina no dispone de un sistema de estadísticas de abortos legales. La única información sobre aborto disponible a nivel nacional, proviene de las internaciones en hospitales públicos. Los abortos se reportan en una sola categoría que comprende desde mujeres que se internan en los hospitales porque perdieron un embarazo espontáneamente hasta mujeres con abortos legales o que enfrentaron distintos tipos de complicaciones derivadas de un aborto realizado en condiciones inseguras. Quedan excluidas quienes recibieron atención ambulatoria y las que accedieron a atención en los efectores privados o de las obras sociales³ En 2013, se registraron 48701 egresos por aborto. Sólo 362 se codificaron como abortos legales, menos del 1%.⁴ Las limitaciones de esta fuente están dadas por su temporalidad, porque sólo incluye las niñas, adolescentes y mujeres que fueron internadas, por las previsiones que toman los equipos de salud al registrar dadas las sanciones sociales, entre otras.⁵

I.1. Marco legal

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

¹ Véase párrafos 58 y 59, CRC/C/ARG/CO/3-4

² Para mayor información vase <https://www.pagina12.com.ar/99447-septima-presentacion-por-el-aborto>; <https://www.lanacion.com.ar/2114694-presentaron-el-proyecto-para-legalizar-el-aborto-y-ya-trabajan-para-reunir-mayoria>; <https://www.nytimes.com/2018/04/14/world/americas/argentina-abortion-pope-francis.html?smid=fb-share>
³ Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), “Las cifras del aborto en Argentina”, Marzo 2018. Disponible en <http://www.redaas.org.ar/actividades-item.php?a=64>

⁴ Datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en base a egresos hospitalarios por diagnóstico de 2013.

⁵ Singh S, Remez L and Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2010. Chapter 2.

mujer; c) en caso de violación; d) en caso de atentado al pudor de mujer “idiota o demente”. El 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante CSJN) dictó una sentencia histórica para la vida y la salud de las mujeres en el marco del caso “F., A.L. s/ medida autosatisfactiva”⁶. Con el fin de terminar con la práctica de *judicializar, entorpecer y/o demorar* el derecho al acceso al aborto no punible, el Tribunal estableció el alcance de los permisos y reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley, cuando su vida o su salud están en peligro o cuando el embarazo es producto de una violación sexual, sin importar la capacidad intelectual o psico-social de la mujer. La Corte convocó a los poderes judiciales de todas las jurisdicciones a que se abstengan de judicializar el acceso a los abortos legales. Y finalmente, exhortó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para remover todas las barreras que limitan el acceso a los servicios médicos y estableció diversas pautas que los protocolos deben contemplar⁷.

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”⁸. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010⁹. 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.**¹⁰

I. 2. Barreras al acceso a los abortos legales

Pese a su marco legal, la realidad en Argentina se acerca mucho a la de los contextos legales en que el aborto está totalmente prohibido.

A lo largo de los años, la práctica del aborto legal ha sido sistemáticamente inaccesible para miles de mujeres, adolescentes y niñas que habitan la Argentina, violando sus derechos humanos a la

6CSJN, caso “F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva”, F. 259. XLVI, sentencia del 13 de marzo de 2012.

7Entre otras pautas, que se garantice el acceso a la información y la confidencialidad de la usuaria, se eviten dilaciones innecesarias, no se requiera autorización judicial ni denuncia policial en los casos de violación sino que baste con una declaración jurada, se prevea que la objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente y se sancione a los profesionales que dificulten o impidan el acceso a la práctica.

8Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

9Esta nueva versión tiene algunos aspectos destacables como, por ejemplo, el uso de un lenguaje sencillo y el cambio de la expresión “abortos no punibles” por “interrupción legal del embarazo”; asimismo, contempla la transversalización del enfoque de género al incluir a los varones trans como sujetos de derecho que pueden requerir la práctica, en sintonía con la ley nacional sobre Identidad de Género, Ley 26.743; la definición específica de las causales que habilitan el aborto legal (causal salud y causal violación); la incorporación de los últimos desarrollos científicos y jurídicos en la materia como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y los lineamientos establecidos por la Corte Suprema en el fallo “F., A.L”, entre otros.

10Para un análisis de la implementación de la sentencia a nivel federal y provincial y de los obstáculos que afectan en particular a las mujeres jóvenes y pobres véase Cárdenas, De la Vega y López en “Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización selectiva” (2017) Disponible en

<http://www.cels.org.ar/common/documentos/CriminalizacionDelAborto.pdf>

privacidad, salud, de ser libre de trato cruel, inhumano y degradante y de no ser sujeta a discriminación, y en algunos casos, hasta el derecho a la vida.¹¹

En Argentina, las estimaciones realizadas hace una década atrás indicaban que había anualmente más de un aborto clandestino por cada dos nacimientos ya que en el país se practican entre 486.000 y 522.000 abortos clandestinos al año¹². De acuerdo a las estadísticas oficiales y los últimos datos disponibles, en los hospitales públicos de todo el país se registran casi 49.000 egresos hospitalarios por abortos inseguros al año¹³. Del total, alrededor del 18% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años y alrededor del 46% a mujeres de entre 20 y 29 años. En la última década, la mortalidad por aborto aumentó en las mujeres menores de 15 años y las mujeres muertas por abortos fueron más jóvenes que quienes fallecieron por otras causas vinculadas a la maternidad¹⁴.

Son muchos y diversos los obstáculos que enfrentan mujeres y niñas para ejercer sus derechos: el uso abusivo de la objeción de conciencia de los efectores de salud; la excesiva judicialización de una práctica sanitaria para dilatar y obstaculizar los abortos; los requerimientos dilatorios previstos en protocolos dictados en cumplimiento de la exhortación de la CSJN¹⁵, pero que no cumplen con los estándares de la Corte; los sistemas de salud discriminatorios que repelen a mujeres y niñas a través de comentarios reprobatorios del personal hospitalario, la mala fe de los proveedores de salud y funcionarios públicos; la violación de la garantía del secreto profesional; el hostigamiento y persecución a mujeres y niñas; la influencia de la iglesia sobre los gobiernos nacional y locales; la falta de reconocimiento normativo expreso de las prestaciones sanitarias que demandan los casos de abortos legales como prácticas esenciales del servicio de salud. Todas estas son estrategias dilatorias que operan en contra del derecho al aborto legal y someten a las mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional.

En abril de 2011 el Comité condenó a Argentina en el caso de “LMR”¹⁶ 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 salud. El Comité encontró una violación por parte del Estado a los derechos de la mujer a ser libre de trato cruel, inhumano y degradante y tortura, a la privacidad y al acceso a la justicia. Finalmente el Estado Nacional reconoció su responsabilidad internacional, en 2014 tuvo lugar un acto de desagravio y en 2015 LMR fue indemnizada¹⁷. Sin embargo, **las condiciones que generaron que**

11Si bien la Argentina tiene una tasa de fecundidad baja, las mujeres están expuestas a riesgos desproporcionados al quedar embarazadas: en 2013 de acuerdo las Estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, 243 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas al embarazo (DEIS, 2014). En 2012 las muertes habían ascendido a 258.

Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas representan un cuarto de las MM. 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.

¹² Pantelides, E., Ramos, S., Romero, M., Fernández, S., Gaudio, M., Gianni, C. y H. Manzelli (2007): Morbilidad materna severa en la Argentina: Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida. CENEP / CEDES: Buenos Aires.

¹³ Ver Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico – Año 2013. Estadísticas de Servicios de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

¹⁴ Pantelides, E., et. Al op. Cit.

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

¹⁶Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007.

¹⁷Ver en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-261711-2014-12-11.html> y <https://insgenar.wordpress.com/2014/12/11/pedido-de-perdon-a-lmr/>

este caso llegara hasta conocimiento del Comité de Derechos Humanos aún no se han modificado¹⁸, como veremos con algunos ejemplos a lo largo del país.

El recurso abusivo y arbitrario a la objeción de conciencia en materia de salud sexual y reproductiva ha constituido una barrera ilegítima para el acceso a las prestaciones legales de aborto en la Argentina¹⁹²⁰²¹.

En 2013, en la Provincia de Tucumán dos niñas de 13²² y 16 años²³ de edad víctimas de violación²⁴ no pudieron acceder a interrumpir voluntariamente los embarazos en Tucumán, pero pudieron hacerlo gracias a las gestiones nacionales, y pudieron acceder a la práctica en otro lugar. Del mismo modo, en la provincia de Salta, a otra niña menor de edad, los tribunales o servicios de salud le denegaron el aborto legal al cual tenía derecho²⁵.

Más recientemente, en 2016 una “Juana”²⁶ niña indígena de 12 años, de una comunidad wichi en la provincia de Salta dio a luz por cesárea un feto anencefálico producto de una violación por ocho hombres criollos en los territorios ancestrales reclamados por la comunidad. La niña atravesó un embarazo durante casi siete meses poniendo en riesgo su vida y su salud, sin tener acceso a la atención necesaria ni a la información de su derecho a acceder a un aborto legal. Los representantes de los distintos poderes públicos con injerencia en el caso respondieron tardíamente debido a una fuerte presión mediática.²⁷

En la provincia de Buenos Aires los médicos del hospital Mariano y Luciano de la Vega del partido de Moreno, se negaron a realizar un aborto legal a una niña de 13 años embarazada como consecuencia de una violación por parte de su padrastro, con el argumento de que pondría en riesgo la salud de la niña, debido al avanzado estado gestacional y a su estado de salud delicado. Todo el plantel del hospital se declaró objetor de conciencia. Finalmente, la niña pudo interrumpir la gestación con medicamentos en un consultorio privado y su atención concluyó en un hospital

18 Ver información sobre estos casos en el informe presentado al Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra Las Mujeres (CEDAW). Disponible en:

http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_NGO_ARG_25467_S.pdf

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

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

21 ADC, 2015. Informe citado. Pág. 37

22 El caso se judicializó e <http://www.lanacion.com.ar/1924949-aborto-ilegal-una-practica-insegura-no-la-molestaran>. Ver <http://www.lagaceta.com.ar/nota/635724/policiales/violaron-cuando-tenia-10-anos-fue-mama-sur-tucumano.html> /

23 En 2013, una adolescente de 16 años no pudo acceder a la Interrupción legal del embarazo a pesar que por la causal de violación la ley contemplaba esta práctica. En la Maternidad Nuestra Señora de la Merced, no sólo se negaron a realizarle la práctica, sino que además judicializaron el caso, violando la confidencialidad de la consulta. La adolescente no pudo acceder a la atención que necesitaba en ningún centro de salud tucumano, y tuvo que viajar 1200 kilómetros hasta la Ciudad de Buenos Aires, donde fue atendida en el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich. Página 12: “Una adolescente sin derechos” (11 de Noviembre de 2013) <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-233329-2013-11-11.html>

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

25 Ver información en <http://www.lanacion.com.ar/1648079-en-salta-impiden-a-una-nina-un-aborto-no-punible>

26 Se trata de un seudónimo para resguardar su la privacidad de la niña.

27 Ver información en; <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10633-2016-06-11.html>; <http://www.enredando.org.ar/2016/06/10/declaracion-ante-la-vulneracion-de-derechos-sobre-juana-nina-de-la-comunidad-wichi-en-salta/>; <https://notas.org.ar/2016/06/08/justicia-inaccion-embarazo-nina-wichi-violada/>; <http://www.infobae.com/2016/06/03/1815949-interrumpen-el-embarazo-una-nina-wichi-victima-una-violacion-colectiva-salta/>

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 Gratuito²⁸.

1.3. Los efectos de la Penalización del aborto

La penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales²⁹ y repele a las mujeres de los servicios de atención de salud. Durante 2016 tomó estado público el caso de Belén³⁰ que generó una fuerte movilización social. Belén, 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 durante su internación. 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-paciente³¹. Belén ingresó al hospital público pidiendo ayuda, sin embargo, fue maltratada, acusada penalmente y privada de su libertad desde ese momento. 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 meses después revocó su condena.³²

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 en julio de 2016, referidas al estado de cumplimiento de las obligaciones asumidas en virtud del Pacto Internacional

28. Información disponible 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>

29Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de Febrero de 2013.

30Por 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>

31El Comité CEDAW en su Observación General N° 24 y 33 advirtió sobre el vínculo entre el cumplimiento del derecho a la privacidad en materia de salud, el aborto, y la salud de las mujeres: “La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física”. Y avanzó sobre el rol que le cabe a la justicia ante estos supuestos, al entender que “la rendición de cuentas de los sistemas de justicia se refiere también a la vigilancia de las acciones de los profesionales que actúan en ellos y su responsabilidad jurídica en caso de que violen la ley.”. Esto es, sanciones a quienes obstaculizan o violan los espacios de confidencialidad de las mujeres, poniendo en peligro el derecho a la vida de las mujeres, ya sea por acción u omisión

32Ver mayor información en <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2107>

de Derechos Civiles y Políticos. Allí además de expresar su preocupación por la falta de implementación de abortos legales³³, 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**”³⁴.

En distintas jurisdicciones del país se han constatado casos similares e incluso iniciativas que incitan a las y los profesionales de la salud a denunciar a las mujeres que acuden a los servicios de salud, contraviniendo la jurisprudencia nacional e internacional en la materia.³⁵

Maternidades forzadas

Según cifras de los últimos 5 años de registros oficiales, más de 3 mil niñas menores de 15 años por año en el país afrontan embarazos y partos. En promedio 9 niñas por día acuden al sistema de salud a parir.³⁶

Según la investigación “Niñas Madres. Embarazo y Maternidad Forzada en América Latina”, el embarazo infantil forzado se produce cuando una niña (menor de 15 años) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. La continuación de los embarazos hasta su término deriva en una maternidad infantil forzada, ya que no fue buscada ni deseada por las niñas. El deseo de la niña de interrumpir el embarazo es el indicador más claro de que no desea ser madre.

Los riesgos que corren las niñas en estos embarazos son muy altos. El riesgo de vida suele ser el doble que el de las mujeres de mayor edad; suelen padecer una serie de complicaciones graves como la fistula obstétrica, pre y eclampsia, depresión profunda, aislamiento social, etc. La causal salud para la práctica de aborto puede también -y ha sido- invocada en múltiples casos pero suele ser denegada. Las relaciones sociales y familiares suelen alterarse en perjuicio de las menores. El Comité CEDAW en su última evaluación a Argentina, el pasado noviembre de 2016, se refirió a este tema en particular e instó al Estado argentino a asegurar el acceso al aborto legal y servicios pos aborto en condiciones seguras.³⁷

1.4. Las cifras de Mortalidad Materna

El aborto inseguro constituye un grave problema de salud pública en Argentina que conlleva serios riesgos para la salud y la vida de miles de mujeres. Desde 1980, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa individual de mortalidad materna y, desde la recuperación de la democracia, han muerto 3030 mujeres por esta causa³⁸.

Considerando las estadísticas oficiales, el número de mujeres fallecidas por abortos inseguros en el quinquenio 2011-2015 asciende a 254 lo que implica un promedio de 51 mujeres fallecidas por

33ONU, 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.

34ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, Párrafo 11 CCPR/C/ARG/CO/5). El resaltado nos pertenece.

35Ver mayor información en: <http://www.enredando.org.ar/2016/09/21/el-aborto-es-ilegal-solo-para-las-mujeres-pobres/>, http://www.diarioregistrado.com/conurbano-registrado/grave--denunciaron-a-una-mujer-por-aborto-en-el-hospital-de-pilar-y-queda-demorada_a57c89d67da77603d0f31c817

36CLADEM (2016). Niñas Madres. Embarazo y maternidad Infantil forzada en América Latina y el Caribe. Disponible en: www.cladem.org

37Comité CEDAW, Concluding observations on the seventh periodic report of Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/7, 18 de noviembre de 2016. Párrafo 33.c.

38 Ver Anuarios de Estadísticas Vitales – Información básica. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

esta causa por año. Estos datos muestran que el 18% del total de muertes maternas entre 2011 y 2015 derivaron de abortos inseguros³⁹.

Además, la Argentina ha reconocido que “la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción”⁴⁰, por lo que incluso sus cifras oficiales no representan el total de mujeres y niñas que han perdido la vida.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM5) a los que el Estado argentino se comprometió con la comunidad internacional, establecían una disminución de la tasa de mortalidad materna (MM) de 52 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (1990) a 13 por 100.000 en 2015. Los últimos datos oficiales en 2015 muestran que la Razón de MM fue de 39 muertes por cada 100.000 (2015) por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio⁴¹. De acuerdo con las cifras presentadas en un informe de UNICEF en 2015⁴², la Argentina redujo un 17,5% la tasa de muerte materna. La tendencia de reducción fue del 18% entre 1990 y 2015, en vez de una reducción del 75% como se había comprometido.

Por lo demás, no se está llevando a cabo un adecuado sistema de vigilancia activa de las muertes maternas. Se han hecho algunos esfuerzos por estimar las MM en función de la información disponible, a través del Sistema de Estadísticas Vitales –que sin embargo, no permite obtener información en “tiempo real”–⁴³, y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)⁴⁴–pero recién en 2007 fueron incluidas las defunciones entre los eventos de notificación obligatoria. Se han previsto comisiones de vigilancia y análisis de la MM a nivel hospitalario, provincial y nacional⁴⁵ pero su funcionamiento es cuanto menos errático. La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbo-mortalidad Materna sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular⁴⁶; de hecho el único informe disponible⁴⁷ *online* sobre la Comisión data de ese año. Los profesionales de la salud que integran estas comisiones no han recibido una capacitación especial ni suelen tener tiempo institucional protegido para llevar a cabo la tarea⁴⁸.

Asimismo, 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. La muerte por aborto inseguro continúa siendo la primera causa individual de muerte 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

³⁹ Ver Anuarios de Estadísticas Vitales – Información básica. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

⁴⁰Ídem

⁴¹Ver Anuarios de Estadísticas Vitales – Información básica. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

⁴²http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_ODM_actualiza.pdf

⁴³El lapso transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y su comunicación oscila entre nueve meses y un año

⁴⁴Es la recolección permanente y sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento, análisis, y su oportuna utilización para observar cambios en la tendencia o distribución de los problemas de salud y para que quienes deben tomar decisiones de intervención (Ortiz & Esandi, 2010).

⁴⁵La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna fue creada en 2002 (Resolución N° 672, Ministerio de Salud de la Nación). Previamente existía otra Comisión instaurada en 1996. La nueva Comisión sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular Ortiz & Esandi, 2010.

⁴⁶Ortiz & Esandi, 2010.

⁴⁷Al 25 de febrero de 2015.

⁴⁸Ortiz & Esandi, 2010.

siendo la segunda causa⁴⁹. 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 la provincia de Buenos Aires.

1.5. Falta de Acceso a medicinas esenciales⁵⁰

Otro de los efectos de la penalización es la validación de un mercado que moviliza alrededor de mil millones de pesos al año por abortos clandestinos⁵¹. A pesar de que la legislación penal prevé supuestos de abortos legales, que la Corte Suprema ha reconocido un derecho al aborto en dichos casos y que el Ministerio de Salud recomienda prácticas medicamentosas de aborto, en la Argentina no existen medicamentos abortivos reconocidos formalmente por la autoridad sanitaria, si bien el misoprostol está recomendado por el referido protocolo de interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación y en diversas sentencias judiciales⁵².

En efecto, en Argentina no se encuentra autorizada la producción y comercialización de mifepristona, que es uno de los medicamentos recomendados primordialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la práctica de aborto. En cambio sí se produce y comercializa misoprostol, que es la droga recomendada cuando la mifepristona no está disponible⁵³. Cabe señalar que ambos son considerados “medicamentos esenciales” por la OMS por ser baratos, seguros, culturalmente aceptados para abortar de manera segura de manera ambulatoria en el primer trimestre de embarazo y con seguimiento médico en etapas posteriores. Ahora bien, el misoprostol en la Argentina es producido y comercializado por un único laboratorio (Laboratorios Beta, de capital nacional) en combinación con dicoflenac sódico, bajo el nombre de Oxaprost.

El Oxaprost se encuentra aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para usos gástricos exclusivamente, no reconociendo sus usos obstétricos y previendo modalidades de expendio sumamente restrictivas, que dificultan su acceso. El laboratorio, que goza del monopolio de producción y comercialización, abusa de su posición dominante e impone precios exorbitantes. El misoprostol no está incluido en el Plan Médico Obligatorio que deben cumplir las obras sociales y prestadoras privadas de salud. A tal punto llega el estigma de este medicamento, que dos provincias argentinas han aprobado leyes de dudosa constitucionalidad, prohibiendo el expendio de especialidades medicinales compuestas con misoprostol fuera de hospitales y proveedores de salud⁵⁴.

De esta forma, un medicamento que ha probado cumplir un rol fundamental en el descenso de la tasa de morbimortalidad materna en América Latina, se retira de las farmacias y se imponen mayores restricciones para su acceso.

1.6 Información sobre la práctica de abortos legales

49Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

50 Ver información en: <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2130>

51Según un informe de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto en base a la atención de la línea “Aborto: más información, menos riesgos”. Ver en <http://www.abortoconpastillas.info/>

52Véase el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf> y la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>

53Véase la Guía de la OMS “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, de 2012 (2ª Edición) en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

54Véase la Ley 8116 de 2009 de la Provincia de Mendoza y la Ley 8291 de 2012 de la Provincia de San Juan.

Como mencionamos anteriormente, el sistema de registro oficial nacional no da cuenta de todos los abortos legales que se proveen hoy en el país. Estas omisiones y carencias del sistema de registro federal impactan en la calidad de la gestión de las políticas sanitarias necesarias para garantizar el acceso al aborto 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; y los problemas y estándares de calidad de los mismos.

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

1.7. Acceso y producción de información

Por su composición federal, en Argentina, el estado federal y los estados provinciales son quienes participan de la producción de información oficial sobre el sistema de salud a través de distintos sistemas registrales para la recopilación y sistematización de datos sanitarios. Sin embargo, en Argentina, tal como hemos referido, no existe un registro de datos sobre Interrupción legal del embarazo: no se conoce el número de abortos legales realizados, no existen indicadores de desempeño acerca de su provisión por el sistema de salud. Estas falencias de registro tornan invisibles las grandes desigualdades e injusticias que caracterizan las condiciones de acceso al aborto legal a nivel sub-nacional y entre los subsistemas público y privado de salud del país.

II. Recomendaciones al Estado

1. Informe el presupuesto previsto y planes de implementación del “Plan ENIA” (Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia) y su articulación con el ya existente Programa nacional de Educación Sexual Integral.
2. Garantice 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.
3. Garantice la provisión y acceso a anticonceptivos y a las medicinas esenciales en todas las jurisdicciones del país en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
4. Adopte las medidas necesarias para garantizar que los casos de aborto legal sean realizados dentro del sistema de salud público.
5. Incorpore 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.
6. Capacite a los integrantes de los equipos de salud acerca del valor del secreto profesional en la atención de abortos espontáneos o provocados.
7. Promueva la discusión y posterior aprobación legislativa de la ley de aborto legal, seguro y gratuito.