

ARGENTINA

INFORME AL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER ANTERIOR A LA ADOPCIÓN DE LA LISTA DE CUESTIONES

GRUPO DE TRABAJO ANTERIOR AL
PERÍODO DE SESIONES
7 -11 DE MARZO 2016

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



Amnesty International Publications

Publicado originalmente en 2015 por Amnesty International Publications
International Secretariat
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido
www.amnesty.org

© Amnesty International Publications 2016
AI Index: AMR 13/3333/2016
Idioma original: ESPAÑOL

Todos los derechos reservados. Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida por cualquier medio, sin pago de tasas, con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar sus efectos. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, y podrá exigirse el pago de una tasa.

Amnistía Internacional es un movimiento mundial, formado por 3 millones de simpatizantes, miembros y activistas de más de 150 países y territorios, que hacen campaña para acabar con los abusos graves contra los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



CONTENTS

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	5
I.1. Aborto no punible en Argentina: marco legal	5
I.2. Obstrucciones en el acceso a los abortos legales.....	6
I.3. Cifras estimativas sobre abortos clandestinos	10
I.4. Índice de mortalidad materna en Argentina.....	10
I.5. Información sobre la práctica de abortos legales.....	12
I.6. Situación de niñas y adolescentes	13
I.7. Acceso y producción de información.....	14
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	15

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

I.1. ABORTO NO PUNIBLE EN ARGENTINA: MARCO LEGAL

Argentina adhiere al “modelo de indicaciones o causales”, en virtud del cual el aborto está penalizado excepto en determinados supuestos. Desde 1921, el artículo 86 del Código Penal de la Nación establece excepciones a la punibilidad del aborto: a) en caso de peligro para la vida de la mujer; b) en caso de peligro para la salud de la mujer; c) en caso de violación; d) en caso de atentado al pudor de mujer “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”¹. 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 contemplar².

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”³. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010⁴. Si bien el nuevo Protocolo establece que “es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por

¹ CSJN, caso “F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva”, F. 259. XLVI, sentencia del 13 de marzo de 2012.

² Entre 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.

³ Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

⁴ Esta 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.

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.

Asimismo, a casi cuatro años de la exhortación efectuada por la CSJN, sólo ocho de las 25 jurisdicciones poseen protocolos de atención de los abortos no punibles que se corresponden, en buena medida, con los lineamientos fijados por el tribunal⁵. Otras ocho dictaron protocolos que incluyen requisitos que dificultan, en vez de facilitar, el acceso de mujeres a servicios de aborto seguro y a los cuales tiene derecho acceder,⁶ y por último, nueve jurisdicciones no han dictado protocolo alguno⁷. Es decir, más de la mitad de las jurisdicciones del país aún no cuenta con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tienen desde 1921.

I.2. OBSTRUCCIONES EN EL ACCESO A LOS ABORTOS LEGALES

Pese a su marco legal, la realidad en Argentina 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 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.

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; el uso de la justicia para dilatar y obstaculizar abortos; los requerimientos dilatorios que muchas veces están incluidos en los propios protocolos dictados en cumplimiento aunque a contramano de la decisión de la CSJN⁸; los sistemas de salud que repelen a mujeres y niñas a través de comentarios reprobatorios del personal hospitalario, la mala fe de los proveedores de salud y de funcionarios públicos; la violación del secreto profesional; el hostigamiento y persecución a mujeres y niñas; la influencia de la iglesia y sobre los gobiernos nacional y locales; la falta de incorporación normativa expresa de las prestaciones que demandan los casos de ANP como prácticas esenciales del servicio de salud; todas ellas estrategias dilatorias que operan en contra del derecho al aborto legal y someten a las mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional.

Asimismo, en el último tiempo han habido algunas iniciativas que alertan sobre el contexto actual, en tanto se han impulsando acciones contra los servicios que cumplen con la práctica del aborto legal. A modo de ejemplo, a fines del mes de noviembre de 2015 en la provincia de Santa Fe se presentó un amparo judicial para pedir la inconstitucionalidad y la inaplicabilidad del "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la

⁵ Estas provincias son: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego.

⁶ Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta.

⁷ Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

⁸ ADC, *Acceso al aborto no punible en la Argentina. Estado de situación*, marzo de 2015.

interrupción legal del embarazo", por entender que el mismo era violatorio del derecho a la vida de la persona por nacer y del derecho de libertad de conciencia⁹; o la presentación del proyecto de ley en la misma fecha, en Entre Ríos, que buscaba prohibir la práctica del aborto en la provincia (y que llegó a tener dictamen favorable en la comisión de Salud del Senado de la provincia, pese a que luego fue retirado)¹⁰.

En abril de 2011 el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas condenó a Argentina en el caso de "LMR"¹¹ 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.¹²

En octubre de 2012, un tribunal de Buenos Aires impidió a una mujer de 32 años acceder a servicios legales y seguros de aborto. Había sido víctima de trata y su embarazo era consecuencia de una violación. Hubo una indignación generalizada, y la Corte Suprema anuló la decisión del tribunal inferior. Finalmente, la mujer pudo someterse a un aborto. Dos hechos similares tuvieron lugar en el 2013, en la Provincia de Tucumán, con relación a dos niñas de 12 y 16 años de edad víctimas de violación, y otro en la provincia de Salta, con relación a otra niña menor de edad, a las que los tribunales o servicios de salud le denegaron el aborto legal al cual tenían derecho.

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre la Asistencia Médico-Legal para víctimas de violencia sexual concluyen que toda mujer o niña que ha quedado embarazada a consecuencia de violación debe tener acceso a un conjunto de servicios de apoyo, incluidos el tratamiento y el seguimiento de lesiones físicas, la prevención y gestión del embarazo, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento y la

⁹ ver a este respecto, las notas emitidas en medios de prensa: "presentan amparo contra el aborto en santa fe y piden su inconstitucionalidad", 30-11-2015, disponible en <http://www.unosantafe.com.ar/santafe/presentan-amparo-contra-el-aborto-en-santa-fe-y-piden-su-inconstitucionalidad-20151130-0040.html> (acceso 14 de enero 2016); o "amparo para declarar la inconstitucionalidad del protocolo de aborto", 01-12-2015, disponible en <http://www.aica.org/20990-amparo-para-declarar-la-inconstitucionalidad-del-protocolo-de-aborto.html> (acceso 14 de enero 2016).

¹⁰ "El Senado trataría el polémico proyecto que prohíbe los abortos en Entre Ríos", 2-12-2015, disponible en: <http://www.aimdigital.com.ar/2015/12/02/el-senado-trataria-la-polemica-ley-que-prohibe-los-abortos-en-entre-rios/>, (acceso 14 de enero 2016); "Quieren prohibir el aborto en Entre Ríos", 2-12-2015, disponible en: http://www.apfdigital.com.ar/despachos.asp?cod_des=262620&ID_Seccion=21.

¹¹ Comité de Derechos Humanos, "L.M.R. vs Argentina", CCPR/C/101/D/1608/2007. LMR es una joven con retraso madurativo que había sido violada; a pesar de que su caso estaba contemplado de manera indudable en las causales previstas por el Código Penal, encontró una serie de obstáculos para acceder al aborto al que tenía derecho. El primero fue en el Hospital San Martín de La Plata y luego por la actuación de la jueza de menores, Inés Siro, que intervino en el proceso y prohibió la interrupción. La injerencia ilegítima de la justicia en la vida de LMR, judicializada hasta llegar a la Corte Provincial que avaló su derecho al aborto y el maltrato del personal médico, que la expulsaron del sistema de salud público hacia el circuito clandestino para realizarse la interrupción del embarazo, lo que puso en riesgo la vida y la salud de LMR. El Estado argentino y la provincia de Buenos Aires hicieron un acto de pedidos de disculpas públicos a LMR en 2014, y en 2015 la Provincia de Buenos Aires la indemnizó por los daños causados.

¹² Díaz, E. et. al. 2011. *LMR contra Estado Argentino. Acceso a la justicia en un caso de aborto legal*. Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir /Insgenar.

asistencia social. Un componente del apoyo ofrecido por el Estado debe ser la información sobre servicios de aborto seguros y legales y la opción de acceder a ellos.¹³

La objeción de conciencia en materia de salud y especialmente de salud sexual y reproductiva utilizada de manera abusiva y arbitraria ha constituido una barrera ilegítima para el acceso a las prestaciones legales de aborto.¹⁴ En la provincia de Buenos Aires los médicos del hospital Mariano y Luciano de la Vega del partido de Moreno, se negaron a realizar un aborto legal a una niña de 13 años embarazada como consecuencia de una violación por parte de su padrastro, con el argumento de pondría en riesgo la salud de la niña, debido al avanzado estado gestacional y a su estado de salud delicado. Todo el plantel del hospital se declaró objetor de conciencia¹⁵. En la provincia de Córdoba, una pareja solicitó a la justicia que se les reconozca el derecho de interrumpir el embarazo de M., C. E., quien se encontraba gestando un feto con anencefalia. Las víctimas debieron recurrir a la justicia luego de que tanto los/as médicos/as del sanatorio donde estaba siendo atendida la mujer como el sanatorio mismo como institución se negaran a realizar la práctica con fundamento en su derecho a la objeción de conciencia, lo cual fue avalado por el juez haciendo lugar a la objeción de conciencia institucional¹⁶.

A este respecto, el Comité CEDAW¹⁷ 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”¹⁸. Asimismo, el Comité tiene dicho que “[l]as medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.”¹⁹. Por su parte, el Comité contra la Tortura, y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes manifestó su preocupación por las restricciones al acceso al aborto, especialmente para las víctimas de violación, debido a la

¹³ OMS / WHO, “Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence”, (2003), Geneva, pág. 66.

¹⁴ Sonia Ariza Navarrete, *Resistencias al acceso al aborto no punible: la objeción de conciencia*. Revista Derecho Penal. Año I N° 2 Ediciones Infojus.

¹⁵ Finalmente, la niña pudo interrumpir la gestación con medicamentos en un consultorio privado y su atención concluyó en un hospital público fuera del ámbito de la provincia de Buenos Aires, con el acompañamiento de organizaciones de mujeres de la zona, integrantes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Información disponible en Ver en <http://www.abortolegal.com.ar/?p=2172> y <http://www.telam.com.ar/notas/201404/61237-la-directora-del-hospital-reafirma-que-un-aborto-pone-en-riesgo-la-vida-de-la-nena-violada.html>

¹⁶ ADC, 2015. Informe citado. Pag 37

¹⁷ Comité CEDAW, Informe sobre Belice, UN Doc. A/54/38/Rev., julio del 1999, parte 2, párrafo 56; Informe sobre República Dominicana, UN Doc. A/53/38/Rev. 1, julio del 1998, parte I, párrafo 337, entre otros.

¹⁸ Comité CEDAW, Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con ocasión de la revisión del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994), más allá de 2014, Quincuagésimo séptimo período de sesiones, celebrado entre el 10 y 28 de febrero de 2014.

¹⁹ CEDAW, Reconocimiento General N° 24, La mujer y la salud, 02/02/99.

negativa de algunos médicos y clínicas a practicar intervenciones legales, alegando objeciones de conciencia. Y sostuvo que, de conformidad con la Guía técnica y de políticas de la Organización Mundial de la Salud 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 ley²⁰.

El Comité CEDAW también ha afirmado que “[l]a rendición de cuentas de los sistemas de justicia se refiere también a la vigilancia de las acciones de los profesionales que actúan en ellos y su responsabilidad jurídica en caso de que violen la ley.”²¹ Esto es, sanciones a quienes obstaculizan ilegítimamente el acceso al aborto legal, poniendo en peligro el derecho a la vida de las mujeres, ya sea por acción u omisión.

Por otro lado, la penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales. En un informe reciente, 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 calidad.²² Y que “[l]a penalización genera y perpetúa el estigma, limita la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información disponible en materia de salud sexual y reproductiva, les niega la plena participación en la sociedad y distorsiona las percepciones de los profesionales de salud, lo que a su vez puede dificultar el acceso de las mujeres a los servicios de atención a la salud”²³. En la Provincia de Tierra del fuego, una joven en situación de gran vulnerabilidad y con una historia de violencia, está procesada y será juzgada por realizarse un aborto con una curandera en un barrio popular de la capital provincial. La falta de acceso al aborto legal la empujó a la clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y su vida, para luego además quedar expuesta a la persecución penal por haber ejercido lo que debió ser su derecho. Esto, a pesar de que la obligación mínima por parte de los estados bajo el CEDAW es despenalizar el aborto y asegurar que las mujeres puedan acceder a servicios de aborto a lo menos cuando su vida o salud están a riesgo o se trata de un embarazo producto de violación o incesto, o hay una malformación seria del feto²⁴.

²⁰ CAT, 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>

²¹ CEDAW, CEDAW/C/GC/33, cons. 143 de agosto de 2015.

²² 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

²³ Idem, Relator Salud ONU, 2011, párr. 17

²⁴ CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a séptimo combinados del Senegal, julio 2015, disponible en <http://docstore.ohchr.org/selfservices/filesandler.ashx?enc=6qkg1d%2fprricagqhb7yhskcais%2fu4wb%2bdivicv05ry5rnmcdito60lgkyhsu3p08y2nyisi4rgrzb9rgnhfnt6g6g7sv0nlzzyggaidzqdmwirw3zuyvd0c%2fwolzpyg9wwqlug6mseokqk8rcwg%3d%3d>

I.3. CIFRAS ESTIMATIVAS SOBRE ABORTOS CLANDESTINOS

Se calcula que en Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año²⁵. En los hospitales públicos de todo el país se registran 53.000 internaciones por abortos al año.²⁶ Del total, alrededor del 15% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años, y alrededor del 50% a mujeres de entre 20 y 29 años.

I.4. ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA

Durante los últimos 30 años, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa de mortalidad materna (MM) y han representado un tercio del total de esas muertes²⁷. Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que el 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros²⁸.

Si 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 embarazo²⁹. En 2012 las muertes habían ascendido a 258.

Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas³⁰ representan un cuarto de las MM³¹. 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.

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”³², 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 MM de 52

²⁵ Ministerio de Salud de la Nación, *Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina*, Edith Pantelides (Conicet y Cenep-Centro de Estudios de Población) y Silvia Mario (Instituto Gino Germani), pp. 111 y 112. Al igual que algunos otros países de América latina, la Argentina cuenta con una estimación del número de abortos inducidos por año. Esta estimación fue realizada a solicitud del Ministerio de Salud de la Nación utilizando dos metodologías validadas internacionalmente: el método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto y el método residual. Con el primero, el número de abortos inducidos en el año 2000 fue de 372.000 a 447.000, con una razón de aborto inducido por nacimiento de 0,53 a 0,64: esto significa más de 1 aborto por cada 2 nacimientos. Con el segundo método, la estimación para 2004 indica que se realizaron entre 486.000 y 522.000 abortos anualmente.

²⁶ Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico, año 2010, diciembre de 2012, p. 19.

²⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010. www.deis.gov.ar, acceso 29 de marzo de 2012.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010. www.deis.gov.ar, acceso 29 de marzo de 2012

²⁹ DEIS, 2014.

³⁰ Mujeres que mueren por patologías que se agravan a consecuencia del embarazo, parto o puerperio.

³¹ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

³² Idem.

mueres maternas por cada 100.000 nacidos vivos (1990) a 13 por 100.000 en 2015. Los últimos datos oficiales en 2013 muestran que la RMM fue de 32 muertes por cada 100.000 (2013) por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio³³. De acuerdo con las cifras presentadas en el informe de UNICEF en 2015³⁴, 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.

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. En la actualidad, el aborto continúa siendo la principal causa de mortalidad materna en más de la mitad de las provincias del país. Las complicaciones por aborto inseguro son la primera causa individual de MM en 17 de las 24 provincias. En las dos provincias donde la primer causa de muerte son las “otras obstétricas directas”, el aborto sigue siendo la segunda causa³⁵. Esta situación indica que las mujeres que viven en provincias como Formosa o Chaco están expuestas a un riesgo desproporcionado cuando se comparan los riesgos de las mujeres de jurisdicciones como la de Ciudad de Buenos Aires, Córdoba o provincia de Buenos Aires.

Por otra parte, 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”–,³⁶ y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)³⁷–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 nacional³⁸ pero su funcionamiento es cuanto menos errático. La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbi-mortalidad Materna sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular³⁹; de hecho el único informe disponible⁴⁰ *online* sobre la Comisión data de ese año.⁴¹ Los profesionales de la salud que integran estas comisiones no han recibido una capacitación especial ni suelen tener tiempo institucional protegido para llevar a cabo la tarea.⁴²

³³ DEIS, 2014

³⁴ http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_ODM_actualiza.pdf

³⁵ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

³⁶ El lapso transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y su comunicación oscila entre nueve meses y un año.

³⁷ Es la recolección permanente y sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento, análisis, y su oportuna utilización para observar cambios en la tendencia o distribución de los problemas de salud y para que quienes deben tomar decisiones de intervención (Ortiz & Esandi, 2010).

³⁸ La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna fue creada en 2002 (Resolución N° 672, Ministerio de Salud de la Nación). Previamente existía otra Comisión instaurada en 1996. La nueva Comisión sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular Ortiz & Esandi, 2010.

³⁹ Ortiz & Esandi, 2010.

⁴⁰ Al 25 de febrero de 2015.

⁴¹ Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/promin/> (accedido 15 de febrero de 2015).

⁴² Ortiz & Esandi, 2010.

I.5. INFORMACIÓN SOBRE LA PRÁCTICA DE ABORTOS LEGALES

El sistema de registro oficial nacional no da cuenta de todos los abortos legales que se proveen hoy en el país. Estas omisiones y carencias del sistema de registro federal impactan en la calidad de la gestión de las políticas sanitarias necesarias para garantizar el acceso al aborto no punible en la medida que no permiten contar con información adecuada sobre la demanda potencial, real, y efectiva; los insumos y los recursos humanos necesarios; las barreras y obstrucciones en la prestación de servicios; o problemas y estándares de calidad de los mismos.

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

El Ministerio de Salud de la Nación en el informe anual de servicios de salud sexual y reproductiva, que releva el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en todas las provincias, cuenta con datos sobre el número y procedencia de las prestaciones de aborto no punible que fueron reportadas por los sistema de salud locales. Según el Informe de Gestión de 2013, 14 provincias reportaron datos sobre aborto no punible, de las cuales 12 realizaron las prácticas; otras cuatro derivaron a otras jurisdicciones cuando identificaron casos que encuadraban dentro de las causales de aborto no punible⁴³.

Al menos 18 provincias reportaron contar con al menos un efector que presta servicios de aborto no punible, seis de ellas reportaron mejoras en la implementación de los procesos de atención y ocho provincias informaron problemas de acceso a insumos para la realización de las prácticas y otro tipo de obstáculos para la prestación de servicios de aborto no punible.

Otras tres provincias refirieron no contar con servicios de aborto no punible a nivel local y las restantes no brindaron información sobre este punto.

De acuerdo con el informe, un total de 374 efectores a nivel nacional cuentan con servicios de aborto legal. En las 18 provincias que brindaron datos, y entre todas las provincias se reportó la realización de “más de 1500 prestaciones de aborto no punibles”.

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

⁴³ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Informe de gestión anual, año 2013. Informe provincias. Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_ADR_ARG_19577_0.pdf

I.6. SITUACIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES

La situación de niñas y adolescentes no escapa a esta realidad. La población adolescente actual es la más numerosa de la historia (dividendo demográfico).⁴⁴

En Argentina, una de cada seis mujeres tiene su primer hijo/a antes de los 19 años de edad.⁴⁵ Edad promedio del primer embarazo: 16,6 años.⁴⁶ El 12,8% de las muertes maternas ocurren en mujeres de 15 a 19 años.⁴⁷

Existen muchas resistencias por parte de las provincias para implementar la Ley de Educación Sexual –ley nacional N° 26.150 que estableció el derecho de todos los educandos a recibir educación sexual integral y creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral–, sancionada en 2006.⁴⁸

Hasta el año 2011 únicamente en siete provincias se sancionaron leyes de educación sexual. Sin embargo, en algunas jurisdicciones con resistencia a la integración curricular la distribución de materiales y herramientas de trabajo no fue lo suficientemente efectiva y no tuvo la difusión necesaria, que comenzó recién en 2009⁴⁹. Entre los desafíos está la inseguridad que sienten los equipos docentes a la hora de instalar los contenidos de la educación sexual integral en las aulas, la dificultad y el temor en el diálogo con las familias, la falta de compromiso de docentes y sectores directivos con el tema y las dificultades institucionales de implementación⁵⁰.

Se ha subrayado con preocupación el enfoque de algunos materiales creados a nivel local, dado que pueden resultar más restrictivos que los incluidos a nivel nacional. Un ejemplo es la cartilla de educación sexual de la provincia de Salta, que fue desarrollada por el gobierno provincial en conjunto con organizaciones conservadoras e incluye contenidos inexactos, en algunos casos, y groseramente incorrectos en otros⁵¹.

Una encuesta llevada adelante por UNICEF⁵² indicó que la gran mayoría de los/las

⁴⁴ UNFPA, 2013.

⁴⁵ Brizuela *et al*, 2014.

⁴⁶ Brizuela *et al*, 2014.

⁴⁷ Brizuela *et al*, 2014.

⁴⁸ Ver, acerca de las dificultades de implementación a nivel local en la provincia de San Juan, Rojas, Fabián “Educación Sexual Integral. Tiempo de correr el velo”, Revista de la Universidad Nacional de San Juan, Año IX, N°56, Marzo 2012

[http://www.revista.unsj.edu.ar/revista56/imagenes/launiversidad_56.pdf]

⁴⁹ UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”, disponible en

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

⁵⁰ Informe ONGs ante EPU.

⁵¹ Por otro lado, y en todas ellas la aplicación es similar a lo reportado por el programa nacional. Algunas provincias desarrollaron un programa curricular para todos los grados, otras sólo para la educación de nivel secundario. La creación de material local para la enseñanza se vio promovida en los últimos dos años, pero su distribución y utilización es todavía incipiente.

⁵² UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual

estudiantes entrevistados/as que “recibieron educación sexual señalan que los temas y contenidos tratados estaban estrechamente relacionados con los aspectos biológicos de la sexualidad. Algunos de los temas mencionados fueron, el aparato reproductor masculino y femenino, la concepción y el embarazo, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, particularmente HIV, y prevención”. Y agregó, “La gran mayoría de los/las alumnos/as que había recibido educación sexual se mostró insatisfecha con el tipo de educación obtenida. Particularmente se señaló la escasez de información y la forma inadecuada de transmitirla”⁵³.

Pese a que en Argentina los niños, niñas y adolescentes tienen legalmente derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva a partir de los 14 años de edad, sin el consentimiento de sus padres, en la práctica existen dificultades para garantizar espacios confidenciales, seguros y de calidad para adolescentes que buscan asesoramiento y atención⁵⁴. Existe un alto grado de discrecionalidad por parte de los servicios de salud y una falta de orientación programática clara que uniformice la conducta de los profesionales. Hay discordancia en los criterios utilizados al interior de cada programa provincial o municipal, por ejemplo a partir de qué edad se ofrecen MAC y en qué condiciones.⁵⁵ En este sentido es preciso garantizar servicios amigables de salud y de salud sexual y reproductiva preventivos, integrales, de calidad y confidenciales. Poder acceder al aborto no punible y a prevención de ITS y sida. Por lo demás, es preciso que se garantice la participación de los y las adolescentes y jóvenes en los temas que los conciernen. Así lo ha sostenido, entre otros, el Comité de Derechos Del Niño, al instar a los Estados a garantizar “...que las niñas y adolescentes tengan acceso libre y oportuno a los anticonceptivos de urgencia y cree mayor conciencia entre las mujeres y las niñas sobre su derecho a estos anticonceptivos, particularmente en los casos de violación.”⁵⁶

I.7. ACCESO Y PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN

Las mujeres y niñas siguen enfrentándose a obstáculos para acceder a información y servicios relativos a sus derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

La importancia del acceso, la producción y el registro de información relativa al acceso a los abortos legales radica no solo en la necesidad de incrementar la visibilidad del aborto legal y seguro, mediante un registro de los casos; sino también en la de evaluar el diseño de políticas públicas en general y en materia de salud sexual y reproductiva y de garantizar el

Integral”, disponible en

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_consulta_cualitativa_programa_educacion_sexual_en_argentina.pdf

⁵³ UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”, disponible en

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_consulta_cualitativa_programa_educacion_sexual_en_argentina.pdf

⁵⁴ Una investigación realizada en las provincias de Córdoba, Tucumán, Formosa, Santa Fe y Misiones, muestra la heterogeneidad y/o ausencia de marco jurídico que brinde directivas claras al personal de salud sobre estos temas, así como protocolos de atención.

⁵⁵ CONDESA, Monitoreo Social y Exigibilidad sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina. Informe Nacional 2010, diciembre 2010, pág. 23.

⁵⁶ CDN, Recomendaciones Estado de Costa Rica, párr. 63, 3 de agosto de 2011

acceso al aborto legal; establecer un diagnóstico sobre la demanda potencial, real, y efectiva del aborto legal, así como también para, revisar y optimizar las medidas de estado adoptadas de manera de perfeccionar la provisión del servicio, para asignar el presupuesto necesario (recursos e insumos), para definir los criterios y desplegar esfuerzos adecuados para enfrentar barreras y obstrucciones en la prestación de servicios⁵⁷.

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.

En términos generales, a pesar de las recomendaciones del último informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos⁵⁸ y del Comité CEDAW⁵⁹, Comité de Derechos Humanos⁶⁰ y Comité DESC⁶¹ dirigidos a la Argentina respecto a la producción y acceso a información, el Estado argentino adeuda una ley de acceso a la información pública que obligue a todas las agencias y poderes del Estado —en todas sus instancias nacionales, provinciales y municipales— a producir, publicar y proveer información. Argentina es uno de los pocos países de la región, que aún carece de normativa en este sentido⁶².

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En Argentina desde 2009 se encuentra vigente la ley 26.485 para Eliminar y Prevenir la

⁵⁷ MESECVI, Guía práctica para el sistema de indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará, OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/II.6.15.

⁵⁸ La Comisión Interamericana de Derechos Humanos afirma que es necesario enfatizar la necesidad de garantizar el derecho a la información para que sea completa, fidedigna, universal, accesible, con perspectiva de género en los procedimientos, la confección de estadísticas e instrumentos de divulgación de la normativa y publicación sobre quienes se pronuncien como objetores de conciencia, sumando la sanción a funcionarios que no la faciliten. (“Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos” Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA/Ser.L/V/II.Doc.61-2 noviembre 2011-Original: Español).

⁵⁹ ONU, Comité CEDAW, Recomendaciones Finales Argentina, 2004 (CEDAW/C/ARG/CO/5/Add.1), párr. 341. El Comité CEDAW reparó en la necesidad de que Argentina avance en la producción de datos desagregados por sexo así como en el desarrollo de relevamientos específicos que permitan volcar para su análisis la situación de las mujeres en distintos ámbitos.

⁶⁰ ONU, Comité de Derechos Humanos, Recomendaciones Finales Argentina, 2010 (CCPR/C/101/D/1608/2007), párr. 2. El Comité de Derechos Humanos observó “la ausencia de información estadística que permita apreciar la evolución de la situación en áreas mencionadas en sus anteriores Observaciones finales, tanto en el nivel federal como en el provincial”.

⁶¹ ONU, Comité DESC, Recomendaciones Finales Argentina, 2011 (E/C.12/ARG/CO/3), párr. 11. Además de subrayar la importancia de disponer de datos fiables y completos para la elaboración y la aplicación de políticas públicas, recomendó al Estado a adoptar las medidas necesarias para que sus estadísticas oficiales sean comparables con los datos obtenidos por las instituciones internacionales pertinentes.

⁶² CIDH. Informe Anual 2011. OEA/Ser.L/V/II. Doc 69. 30 de diciembre de 2011. Volumen II.

Violencia contra la Mujer. Sin embargo, no está reglamentada por lo que carece de presupuesto para poder poner en marcha los programas que deberían implementarse.

Por lo demás, se encuentra aún pendiente de ejecución el Plan Nacional Integral de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres dispuesto por ley. Este Plan de Acción constituye una herramienta clave para articular políticas integrales, en los distintos niveles del Estado y a lo largo del territorio nacional.

El 3 de junio de 2015 tuvo lugar en el país una multitudinaria movilización bajo la consigna “Ni Una Menos”, por la situación de violencia contra las mujeres y los femicidios en el país.

En Octubre de 2015 fue asesinada la activista por los derechos humanos de las personas LGBTI Amancay Diana Sacayán⁶³. Su muerte tuvo lugar a tan sólo un mes de que otras dos mujeres trans - Marcela Chocobar y Coty Olmos - aparecieran sin vida en Santa Fe y Santa Cruz, tal como denunciaron la FALGBT y la CHA.

La falta de información estadística oficial sobre violencia de género impide diseñar e impulsar políticas públicas razonadas y efectivas que busquen prevenir y combatir la violencia de género. La única base hoy disponible es la consignada por la sociedad civil, que alertó sobre la identificación de al menos 277 Femicidios y 29 Femicidios “Vinculados” de hombres y niños en 2014⁶⁴.

Argentina todavía no cuenta con un sistema de registro de datos necesarios para elaborar políticas informadas con las que combatir la violencia.

Es necesario que el Estado que le asigne un rol especializado y jerarquizado al CNM, que sea parte de una política prioritaria y transversal a través de todas sus agencias del Estado, con recursos humanos, financieros e institucionales, con una mirada integradora de todas las formas de manifestación de la violencia contra la mujer (no solo en el plano doméstico e interpersonal) y con alcance federal. Y que garantice y otorguen tal como está establecido en la ley 26485, las medidas de detección precoz y protección a favor de las víctimas en riesgo, y, además, que cumplan plenamente con su obligación de proveer servicios de salud y apoyo psico-social y legal, acceso a la justicia y reparación.

⁶³ <http://www.amnistia.org.ar/noticias-y-documentos/archivo-de-noticias/argentina-129>

⁶⁴ Ante la ausencia de estadísticas oficiales sobre Femicidios en Argentina la Asociación Civil La Casa del Encuentro desde el año 2008 produce informes de Femicidios en Argentina. Ver, La Casa del Encuentro en: <http://www.lacasadelencontro.org/femicidios.html>

DOCUMENTOS DE AMNISTÍA INTERNACIONAL

- Argentina - Información de Amnistía Internacional para el Examen Periódico Universal de la ONU. 30 abril de 2012 (AMR 13/003/2012)

<http://www.amnesty.org/es/library/info/AMR13/003/2012/es>

- Informe Anual 2014, Capítulo Argentina

<https://www.amnesty.org/es/documents/document/?indexNumber=pol10%2f0001%2f2015&language=es>

- Amnistía Internacional, posición de Amnistía Internacional sobre la Reforma al Código Civil de 2013, en <http://www.amnistia.org.ar/noticias-y-documentos/archivo-de-noticias/reforma-del-c%C3%B3digo-civil>

Amnistía Internacional, Garantía de acceso al aborto legal en la provincia de Entre Ríos, en <http://www.amnistia.org.ar/abortolegalenentrieros>

Amnistía Internacional, Garantía de acceso al aborto legal en la provincia de Salta, en <http://www.amnistia.org.ar/abortolegalensalta>

Tenemos Derechos, Estrategias para exigir el aborto legal en todo el país, en

<http://www.amnistia.org.ar/noticias-y-documentos/archivo-de-noticias/argentina-135>

Deudas en materia de Salud Sexual y Reproductiva, en

<http://compromisopublico.com.ar/petitorio/garantizar-el-derecho-a-la-salud-de-mujeres-y-ninas/>

Acciones Urgentes

- Argentina: Se niega el aborto a una sobreviviente de violación en Argentina. 11 octubre 2012 (AMR 13/006/2012) <http://www.amnesty.org/es/library/info/AMR13/006/2012/es>

AMNESTY
INTERNATIONAL



www.amnesty.org