

Buenos Aires, 15 de enero de 2021

**Información sobre Argentina relativa al seguimiento de las observaciones finales sobre su cuarto informe periódico**

**Derechos sexuales y reproductivos**

De nuestra mayor consideración:

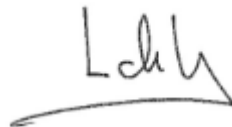
Enviamos el presente informe en ocasión del seguimiento a las observaciones finales realizadas por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales en su cuarto informe periódico sobre la Argentina.

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una organización dedicada desde 1979 a la defensa y protección de los derechos humanos en la Argentina, con una agenda feminista y transversal a las áreas de trabajo.

El presente informe da cuenta de situaciones relativas a la recomendación 56.a. sobre derechos sexuales y reproductivos que indica “Adoptar medidas efectivas para la implementación en todas las provincias de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de 2012 sobre el aborto legal, y garantizar que todas las provincias adopten protocolos para facilitar el acceso efectivo y el cuidado integral a las niñas y mujeres que recurren al aborto en los casos previstos en la ley vigente y en conformidad con dicha sentencia”.

Quedamos a su disposición para ampliar o aclarar lo que estime necesario.

Atentamente,



**Paula Litvachky**  
Directora Ejecutiva  
Centro de Estudios Legales y Sociales

## 1. Marco legal

En noviembre de 2020 el Poder Ejecutivo Nacional envió al Congreso Nacional un proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 de gestación. Durante diciembre se debatió y votó en las Cámaras de Senadores y Diputados el proyecto. El proceso de debate y de especialistas convocados a exponer fue menor porque se tuvo en cuenta las largas jornadas de 2018. Finalmente, en la madrugada del 30 de diciembre de 2020 la Cámara de Senadores votó y aprobó la ley.

Esta posibilidad se suma a las causales ya existentes, cuando el embarazo que se desea interrumpir fue producto de una violación, cuando la gestación pone en peligro la salud de la gestante o hace que su vida pueda comprometerse. De esta manera, la Argentina se convirtió en el primer país grande de América Latina en legalizar la práctica. Este paso central para el goce y acceso a los derechos sexuales y reproductivos deberá ir acompañado de nuevos protocolos.

La ley 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo no ha entrado aún en vigencia por lo que es imposible evaluar su implementación. No obstante, la amenaza de sectores antiderechos de emprender activismos jurídicos contra la ley, sumado a los obstáculos actuales a los abortos legales hacen pensar que la implementación será un verdadero desafío.

### Protocolos

El 10 diciembre de 2019 asumió el actual gobierno. Dentro de sus primeras medidas se encontró reinstaurar el rango ministerial al Ministerio de Salud de la nación, relegado a Secretaría dependiente del Ministerio de Desarrollo por el gobierno anterior. El 12 de diciembre el Ministerio de Salud emitió la Resolución 1/2019 aprobando el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo - 2da Edición 2019”.

A pesar de esto hay provincias que siguen oponiendo obstáculos a su implementación. Por la estructura federal de la Argentina la atención de salud es una competencia en la que concurren las responsabilidades tanto del Gobierno Nacional como de los gobiernos provinciales, que tienen a su cargo la gestión de los centros de salud pública. Por ello, cada provincia tiene la capacidad para establecer protocolos sanitarios dentro de sus jurisdicciones.

Los protocolos de atención para abortos no punibles a los que hizo referencia la Corte Suprema en 2012 en su fallo “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva” (FAL) no son condición para que el sistema de salud asegure el acceso oportuno y de calidad a la interrupción legal del embarazo. Con o sin protocolo, el sistema de salud está obligado a asegurar el acceso al aborto en las condiciones en que es legal desde 1921. Sin perjuicio de ello, la existencia de protocolos adecuados opera como facilitador para que la atención de salud sea en condiciones de dignidad y se asegure la vigencia efectiva de los derechos de las personas que se encuentran en condiciones de requerir un aborto legal.

El caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) ilustra esta situación. En agosto de 2020 se aprobó en la CABA la Ley 6.312 mediante la cual adoptó con rango de ley el protocolo aprobado por la Resolución 1/2019 del Ministerio de Salud de la Nación. Así dispuso que la interrupción legal del embarazo sea garantizada conforme las reglas establecidas en un Protocolo elaborado por la autoridad nacional. Y decidió que ese protocolo tenga rango legal.

Sin embargo, al momento de promulgar la ley el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) dictó dos resoluciones reglamentarias que de forma ilegal apuntan a

obstaculizar el acceso a la práctica sanitaria de interrupción del embarazo socavando los derechos de las mujeres, lesbianas, varones trans, no binaries, niñas y adolescentes de la CABA.

Por un lado, el GCBA dictó la resolución 1722/MSGC/20 mediante la que creó lo que llamó “Criterios Operacionales” para la implementación del protocolo, estableciendo exigencias adicionales a las que prevé el Código Penal de la Nación. Allí, por ejemplo, estableció como requisito la intervención forzosa de un equipo interdisciplinario de manera previa, obligatoria y con fines ajenos a la aplicación del protocolo. Esto es directamente contrario a lo que la CSJN estableció en su sentencia en FAL en el año 2012, donde advirtió que se deben remover todos los obstáculos innecesarios para acceder a la práctica, como la intervención de profesionales distintos del tratante o el requerir dictámenes de cualquier tipo. Además, esos criterios operacionales incorporan un límite temporal y establecen que luego de las 24 semanas de gestación sólo se podrá acceder a un aborto en caso de riesgo inminente para la vida de la persona gestante. Esto excede lo que prevé el Código Penal de la Nación, que no impone límite temporal en casos de riesgo a la vida, ni exige que el riesgo sea calificado como inminente.

Por otro lado, el GCBA dictó la resolución 1723/MSGC/20 mediante la que estableció un “Sistema de Derivación”. Con ello instituyó un sistema de objeción de conciencia institucional para los prestadores de salud que no integren el subsistema público de atención. Esta traslación artificiosa de cualidades humanas a las ficciones jurídicas resulta a todas luces irrazonable; además, el Ministerio no tiene las competencias legales para ordenar una medida en este sentido mediante una simple resolución. Ni el ordenamiento jurídico local ni el nacional prevén una habilitación legal expresa que habilite de forma general a las empresas prestadoras de salud, privadas o de obras sociales (que dependen de los sindicatos), excusarse del cumplimiento de obligaciones en materia de prestaciones de salud. Es más, la ley 6.312 que adoptó el protocolo nacional para la Ciudad de Buenos Aires prohíbe expresamente esta posibilidad. La norma establece terminantemente que “la objeción de conciencia es siempre individual” y ordena que “todos los efectores de salud en condiciones de practicar ILE deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a la misma”. Por ello, conforme lo estableció la Corte Suprema en 2012 en el fallo FAL, la norma dispone que todos los efectores de salud “deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica” (pág. 26). Del mismo modo, el protocolo aprobado por Ley excluye toda posibilidad de que la satisfacción de los derechos de las usuarias del sistema de salud sea diferente dependiendo del subsistema de salud donde se atienda (pública, privada y de obras sociales). Así, prevé que “la calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de ILE son los mismos en establecimientos públicos, de obras sociales y privados” (pág. 24).

La adopción por Ley del protocolo de atención elaborado por el Gobierno Nacional es un paso en el camino correcto para garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas que se encuentran en condiciones de requerir una interrupción legal del embarazo. Sin embargo, las resoluciones ministeriales de la autoridad local socavan esas condiciones de acceso y evidencian las dificultades que persisten en el país para garantizar en condiciones de igualdad y sin discriminación el derecho al aborto legal.

En su informe de seguimiento al Comité, el Estado se limitó a informar la lista de actos normativos que dan cuenta de la adopción de un protocolo u otro. Esta información no es suficiente para determinar el cumplimiento de sus obligaciones internacionales en materia de salud sexual y reproductiva porque ... . Como consecuencia, las personas gestantes en la

Argentina se encuentran en una situación en la que la posibilidad de gozar plenamente de sus derechos está determinada por su ubicación geográfica y la voluntad política de cada autoridad local.

El Estado Federal, en cumplimiento de sus obligaciones internacionalmente asumidas y al tener el rol de rectoría que le corresponde en materia sanitaria – como reiteradamente ha expresado la Corte Suprema y como ha dejado en clara evidencia sus acciones para abordar la pandemia en curso– está llamado a adoptar medidas concretas y deliberadas para terminar con estas condiciones de discriminación inaceptables.

En este punto, la nueva ley de interrupción voluntaria del embarazo aparece como un nuevo desafío para que el Estado nacional vele por su implementación de manera igualitaria y sin discriminación en todo el país.

## **2. Acceso al aborto**

### Calidad

Hace 18 años la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el método recomendado en la mayoría de los casos para interrumpir un embarazo es con medicamentos y que la mejor opción es la administración de una combinación de una primera dosis de mifepristona seguida por dosis de misoprostol<sup>1</sup>.

En la Argentina no se encuentra disponible la mifepristona. Para estos casos la OMS aconseja el uso de dosis de misoprostol. Esta opción tiene menores niveles de efectividad, aumenta el tiempo para completar el aborto, el proceso es más doloroso y está asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales.<sup>2</sup>

La omisión de asegurar la disponibilidad de mifepristona existiendo evidencias de ser procedimiento efectivo, rápido y menos doloroso implica que las personas con capacidad de gestar tengan que hacer uso de un método que es menos efectivo, que demora más tiempo y que las somete innecesariamente a un proceso de mayor dolor. Asimismo significa el incumplimiento de la obligación de asegurar la disponibilidad y calidad de los bienes y servicios de salud, en general, y de salud sexual y reproductiva en particular que implica que se disponga de medicamentos esenciales, entre ellos los necesarios para la asistencia de aborto y postaborto.

En los últimos años la evidencia científica demostró que el aborto con medicamentos es una práctica segura, efectiva y aceptable que no requiere un control estricto por parte de

---

<sup>1</sup> OMS, “Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems”, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42586/9241590343.pdf?sequence=1>.

OMS, “Tratamiento médico del aborto”, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>.

<sup>2</sup> OMS, “Tratamiento médico del aborto”, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>, p. 28.

OMS, “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, Segunda edición, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1), p. 45.

profesionales de la salud. Asimismo demostró que puede empoderar a la persona gestante logrando un rol activo en la autoevaluación y tratamiento de la interrupción del embarazo.<sup>3</sup>

En materia de medicamentos esenciales abortivos como el misoprostol, la experiencia internacional comparada apunta hacia la liberalización de sus condiciones de expendio, antes que a la imposición de restricciones innecesarias. Esto se debe principalmente a los mínimos riesgos que implica su administración para la salud, el alto grado de efectividad y aceptabilidad del medicamento y las consecuencias positivas en la reducción de la mortalidad materna, previniendo la práctica de abortos inseguros.

#### Accesibilidad

En la Argentina hay dos medicamentos habilitados para la comercialización en farmacias: Oxaprost (misoprostol combinado con diclofenac indicado para patologías gástricas, hasta 2018 fue el único medicamento habilitado que contenía misoprostol) y Misop 200 (cuya comercialización inició en noviembre de 2018).

El precio del misoprostol es una de las principales barreras de acceso a un aborto seguro en Argentina, a continuación puede verse la evolución en su precio en los últimos años<sup>4</sup>.

Año	Evolución precio Oxaprost	Evolución precio Misop 200	Inflación CABA
2014	8,11%		38%
2015	21,49%		22,1%
2016	121,22%		41%
2017	58,78%		26,1%
2018	49,8%		45,5%
2019	69,18%	66,49%	50,6%
2019 (diciembre)	-8%	-10,97%	3,5%
2020	8,16%	8,16%	10%

Mientras que en diciembre de 2014 la caja de misoprostol (Oxaprost) costaba un 11% del Salario Mínimo Vital y Móvil (SMVyM), en agosto de 2020 la caja de Misop 200 representaba un 31% del SMVyM con picos en diciembre de 2019 de 46%.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> OMS, “Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto”, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf?sequence=1)  
 OMS, “Expanding health worker roles for safe abortion in the first trimester of pregnancy” [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/WHO\\_RHR\\_16.02\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/WHO_RHR_16.02_eng.pdf?sequence=1)  
 OMS, “Tratamiento médico del aborto”, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>, pp. 3, 26, 27 y 40.

<sup>4</sup> Evolución porcentual anual del precio de misoprostol. Fuente: Observatorio Nacional de Acceso al Misoprostol, con base en KairosWeb e IPC CABA, en “Informe N°1: monitoreo de precios. El costo del misoprostol.” [https://www.misobservatorio.org/wp-content/uploads/2020/08/MISObservatorio\\_Informe-N%C2%B0-1\\_-Monitoreo-de-Precios-del-Misoprostol.pdf](https://www.misobservatorio.org/wp-content/uploads/2020/08/MISObservatorio_Informe-N%C2%B0-1_-Monitoreo-de-Precios-del-Misoprostol.pdf).

<sup>5</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), “Medicamentos esenciales y políticas de Estado. El acceso a la mifepristona y el misoprostol como derecho a la salud en abortos legales”, 2020.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) durante el primer trimestre de 2020 las mujeres pertenecientes al decil más pobre tuvieron un ingreso de \$3.949 mientras que el precio de Misop 200 ascendía a \$4.828 en marzo del mismo año.<sup>6</sup> Es decir que el costo de una caja de misoprostol representaba el 122% de sus ingresos mensuales.

En diciembre de 2019 asumió un nuevo gobierno y anunció un acuerdo con los laboratorios para bajar un 8% el precio del misoprostol y mantenerlo hasta febrero de 2020. El siguiente marzo se alcanzó un nuevo acuerdo para que no aumenten el precio hasta junio, lo cumplieron y a partir de julio volvieron a incrementar los precios. No obstante esto permitió que la evolución nominal del precio del misoprostol se ubicara por primera vez por debajo de la inflación demostrando la importancia de políticas públicas en relación con el acceso a medicamentos para garantizar el ejercicio de derechos.

### Disponibilidad

Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) son la principal vía de contacto de la población con el sistema de salud y donde se implementan las políticas territoriales de promoción y atención sanitaria.

El Ministerio de Salud de la Nación desde hace años implementa un programa de provisión de medicamentos para los centros de atención primaria conocido como Remediar. A través de este programa, envía regularmente “botiquines” que incluyen una serie de insumos médicos necesarios para el abordaje de las principales problemáticas sanitarias en cada lugar.

El programa Remediar+Redes apunta a fortalecer la Atención Primaria de Salud a partir de la jerarquización del primer nivel de atención y la consolidación de redes de salud en las provincias. El Estado nacional provee medicamentos esenciales, financia proyectos provinciales para fortalecer las redes de salud y ofrece capacitación permanente.

En 2010 el Ministerio de Salud de la Nación, junto con los representantes de las provincias, delegó al programa Remediar la confección de un listado de medicamentos esenciales para el primer nivel de atención. Luego de un trabajo conjunto, en octubre de ese año las y los ministros de Salud de la Nación y provinciales aprobaron el listado en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA). Esta lista fue llamada “Formulario Terapéutico para el Primer Nivel de Atención”, sin perjuicio de que no todos los medicamentos allí incluidos son distribuidos desde la administración central.

Desde 2003 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), creado por la ley 25.673 y con rango de Dirección desde el año 2018, distribuye métodos anticonceptivos a las provincias. En 2008 el Programa comenzó a articular con la entrega de botiquines del Remediar, lo que se consolidó en 2010 cuando comenzó a distribuir a los Centros de Atención Primaria de la Salud y depósitos propios de los ministerios de Salud en cada

---

<https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/09/Medicamentos-esenciales-y-pol%C3%ADticas-de-Estado-1.pdf>

<sup>6</sup> Observatorio Nacional de Acceso al Misoprostol, “Informe N°1: monitoreo de precios. El costo del misoprostol.” [https://www.misobservatorio.org/wp-content/uploads/2020/08/MISObservatorio\\_Informe-N%C2%B0-1\\_-Monitoreo-de-Precios-del-Misoprostol.pdf](https://www.misobservatorio.org/wp-content/uploads/2020/08/MISObservatorio_Informe-N%C2%B0-1_-Monitoreo-de-Precios-del-Misoprostol.pdf)

provincia. Mientras que, en 2012, incorporó botiquines específicos de salud sexual, también mediante el programa Remediar.

Sin embargo, ni la actual Guía de Medicamentos Esenciales en el Primer Nivel de Atención<sup>7</sup> ni el Vademécum de Medicamentos Esenciales e Insumos Sanitarios para el Primer Nivel de Atención de 2019<sup>8</sup> prevén los insumos necesarios para una interrupción del embarazo segura y efectiva.

El Estado nacional tiene las competencias y la obligación de asegurar estos derechos, incluyendo en la Lista de Medicamentos Esenciales Nacional los medicamentos abortivos necesarios para la población, para que se condiga con los estándares fijados por la Organización Mundial de la Salud. Si bien se realiza el envío de misoprostol por medio del programa remediar, la ausencia de este en la Guía de Medicamentos Esenciales en el Primer Nivel de Atención y el Vademécum de Medicamentos Esenciales e Insumos Sanitarios para el Primer Nivel de Atención disminuye las garantías contra la interrupción de la política por razones coyunturales o cambio de gobierno. El Estado se debe encargar, además, de que estos medicamentos sean de calidad y se encuentren disponibles para toda la población en el sistema de salud pública, en todo momento, en cantidades adecuadas y en las formas de dosificación apropiadas.

### **3. Criminalización<sup>9</sup>**

El CELS realizó una investigación sobre la criminalización de gestantes en relación con abortos y eventos obstétricos. La política penal es selectiva y la investigación dio cuenta de que la persecución se concentra en mujeres y, entre ellas, en las más pobres<sup>10</sup>. Dentro de lo relevado la abrumadora mayoría pertenece a sectores sociales vulnerables: no tiene trabajo remunerado, tiene un bajo nivel de instrucción formal y vive en condiciones habitacionales precarias. En la mayoría de los casos no contaron con una defensa particular sino que fueron representadas por defensas oficiales, que presentaron defensas meramente formales, que convalidaron lo actuado por policías y fiscalías.

El análisis de los perfiles sociodemográficos de las mujeres criminalizadas fue realizado a partir del análisis de notas de prensa publicadas entre 2012 y 2020, en medios locales de todas las provincias argentinas y en medios de alcance nacional. Esto permitió conocer la precariedad simbólica y material de sus contextos y sus pocas chances de defensa.

Asimismo realizamos pedidos de acceso a la información pública a los Tribunales Superiores y a los Ministerios Públicos Fiscales provinciales sobre procesos judiciales iniciados por la figura penal de aborto, de homicidio, homicidio agravado por el vínculo y abandono de persona en los casos en que la víctima fuese una recién nacida y la imputada fuese la

---

<sup>7</sup> Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar/guia-medicamentos-esenciales-pna>.

<sup>8</sup> Confeccionado por la Coordinación de Medicamentos Esenciales y aprobado por el entonces Secretario de Salud mediante la Resolución 2964/2019.

<sup>9</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), “La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina”, <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-criminalizacion-por-aborto-y-otros-eventos-obstetricos-en-la-argentina/>.

<sup>10</sup> No se incluyeron datos sobre personas gestantes porque la información estadística disponible sólo contenía el dato de sexo femenino. Esto se debe o bien a que no se relevó información sobre masculinidades trans y personas no binarias o que no se respetó la ley de identidad de género.



progenitora. Obtuvimos, hasta la fecha, respuesta de 17 provincias y pudimos comprobar que hay 1532 causas por aborto y 37 por eventos obstétricos.

La información sobre ese último punto en las respuestas oficiales fue dispar, cuando no fue omitida. Entendemos que hay más causas de eventos obstétricos criminalizados ya que nuestro sondeo en notas de prensa –que siempre implica un subregistro– asciende a 47 casos.

Consideramos eventos obstétricos a las situaciones involuntarias y traumáticas que refieren a complicaciones en un parto inesperado, un parto en condiciones pobres o un aborto espontáneo que suelen darse en contextos de precariedad y miedo y suelen terminar en acusaciones penales como homicidio agravado o abandono de persona.

En los casos de aborto hay un bajo índice de condenas. No obstante, las mujeres son sometidas a un proceso penal innecesario en el que se la maltrata y culpabiliza que suele terminar en causas archivadas o sin movimientos.

Respecto a los eventos obstétricos es frecuente la imposición de penas altas ya que el delito de homicidio agravado por el vínculo prevé una pena de prisión perpetua y en el caso en el que se aplique la atenuante de “circunstancias extraordinarias”, como suele suceder, la pena asciende de 8 a 25 años de prisión.

Es claro que opera un dispositivo que impone sufrimientos a la mujer.

La falta de información y datos estadísticos producidos desde la gestión estatal es una constante (sobre todo desde los ministerios de justicia y sus subsecretarías de política criminal y penitenciaria, la gestión penitenciaria provincial y federal respectivamente). Esto hace muy difícil que las políticas públicas sean orientadas a partir de información confiable y fiel.

#### Violación del deber de confidencialidad<sup>11</sup>

Lo más frecuente es que integrantes de equipos de salud (personal médico o de enfermería) violen su deber de confidencialidad para denunciar abortos. Estas denuncias no deberían tener mayor relevancia ni generar una investigación penal pero no es lo que sucede. La presunción de delito por parte del personal de salud no se basa en el relato de la persona gestante o quienes le acompañan, sino en una construcción propia. Los hechos y el contexto en el que se producen son utilizados como verdades en un contexto en el que se presume la culpabilidad de la persona. Además, la violación al deber de confidencialidad se da acompañada de violencia obstétrica: malos tratos, exposición a imágenes shockeantes, culpabilización, sometimiento a padecimientos innecesarios y presiones por parte del personal de salud para obtener “confesiones” que luego son trans formadas en denuncias y testimonios en contra de las propias mujeres, muchas veces tergiversadas.

Incluso en agosto de 2016 en un centro de salud de la provincia de Buenos Aires ha habido cartelera indicando al personal de salud realizar denuncias penales en la comisaría local contra toda aquella mujer que se presentara buscando atención médica y existiera “sospecha de aborto”. Si bien el Ministerio de Salud provincial ordenó retirarla producto de la repercusión mediática es claro que no existe actualmente una política clara de no denuncia en casos de

---

<sup>11</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), “Confidencialidad en la atención médica, atención médica, aborto y derechos humanos”, <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/Confidencialidad-en-la-atencion-medica-aborto-y-derechos-humanos.pdf>.



aborto quedando ligada a la discrecionalidad del personal de salud la suerte que corra la persona que busca atención médica post aborto.

Las personas imputadas son víctimas de diferentes tipos de violencia institucional. Varias veces se utiliza la confesión forzada de la persona imputada obtenida por presiones del personal médico, fiscales o policías. También se destacan incorporaciones a los expedientes de terceras personas que relatan supuestas confesiones, por ejemplo personal de seguridad del hospital que dice haber escuchado de parte de la mujer el relato de cómo se practicó el aborto. En los hospitales, es frecuente que estas mujeres sufran maltratos verbales, exposición a imágenes shockeantes, culpabilización, negación de tratamiento para el dolor y otras formas de violencia obstétrica que responden al encuadre de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Todas estas medidas que agravan la situación de la persona con frecuencia se dan incluso antes de que se haya designado una defensa. Asimismo en otros casos el no planteamiento de nulidades evidentes demuestra el ejercicio de una defensa meramente formal.

La criminalización del aborto y las prácticas restrictivas y obstaculizadoras de los abortos que son legales expulsa a las mujeres a la clandestinidad, incluso en aquellos casos en que conforme a la ley tendrían derecho a un aborto legal, seguro y gratuito.<sup>12</sup>

Aunque la ley es clara y la jurisprudencia de los tribunales penales del país es unívoca, los operadores judiciales, especialmente los representantes de los ministerios públicos fiscales persisten en la práctica discriminatoria e ilegal de impulsar procesos penales en contra de quienes buscan atención post aborto. Los fiscales, que deben velar por la legalidad y el interés público, siguen impulsando la acción penal en contra de quienes, enfrentadas con el inhumano dilema de la muerte o la cárcel, recurren a un centro de salud para salvar sus vidas e integridad física.<sup>13</sup>

#### **4. Personas trans y no binaries**

De acuerdo a entrevistas realizadas en marco de la investigación “Monitoreo de las condiciones de vida de la población travesti, trans y no binarie en contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)” se realizó un encuentro específico destinado a indagar el acceso a la salud sexual y/o reproductiva en personas travesti, trans y no binarie.

De aquel encuentro surge que es preocupante la falta de información oficial disponible sobre acceso a abortos de masculinidades trans y personas no binarias. Esto no es sorpresa teniendo en cuenta que el derecho al aborto de personas trans es el último eslabón de distintos derechos de identidades trans que se vulneran en relación con el acceso a la salud.

Los espacios de acompañamiento y contención para acceder a salud sexual y reproductiva están conformados sobre una visión heterocissexista que resulta expulsiva de identidades trans. Asimismo tienen un papel importante estereotipos de género que presumen que las

---

<sup>12</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), “Confidencialidad en la atención médica, atención médica, aborto y derechos humanos”, <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/Confidencialidad-en-la-atencion-medica-aborto-y-derechos-humanos.pdf>.

<sup>13</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), “Confidencialidad en la atención médica, atención médica, aborto y derechos humanos”, <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/Confidencialidad-en-la-atencion-medica-aborto-y-derechos-humanos.pdf>.

masculinidades trans, como tales, se relacionarán únicamente con mujeres cisgénero por lo que no cobra relevancia pensar en abortos de identidades masculinas.

De acuerdo a información brindada por activistas pudimos relevar que las personas trans se apoyan en la contención que brindan las organizaciones sociales. Debido a los altos niveles de violencia institucional que frecuentan sistemáticamente al acercarse al sistema de salud, las organizaciones se vuelven para las personas trans si no la única instancia de acercamiento a profesionales de salud, la instancia previa que más garantías brinda de no padecer violencias al acercarse al sistema de salud. Incluso muchos mediques que realizan interrupciones legales de embarazos se apoyan en la intervención previa de las organizaciones ya que ellas les dan seguridad para proceder.

Un error frecuente en la concepción de salud sexual y reproductiva de masculinidades trans y de personas no binaries es el no considerar lo previo al aborto como el acceso a controles ginecológicos. Asimismo predomina la desinformación incluso por parte del mismo personal médico ya que por ejemplo desconocen que los tratamientos hormonales con testosterona no funcionan como anticonceptivos ya que el tratamiento puede detener la menstruación pero no necesariamente la ovulación.

Otro problema se da en el acceso al sistema de salud privada. Hay casos registrados en los que, a pesar de contar con una ley de identidad de género que ordena el trato digno y la atención de salud, las empresas de medicina privada no aceptan incorporar a personas trans, les establecen una cuota desproporcionada por entender que cuentan con una enfermedad preexistente o exigen la declaración de condiciones que requieren tratamiento crónico como requisito para la posterior evaluación de la afiliación.