

EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL – 4º CICLO

APORTE AL EXAMEN DE ARGENTINA

Acceso al aborto en la Argentina

Informe de la sociedad civil elaborado en conjunto por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Amnistía Internacional Argentina (AIAR), Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (Fundeps) y Fundación Mujeres x Mujeres (MxM).

I. Aborto en la Argentina: marco legal

1. En el plano normativo, logramos la sanción de la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, vigente desde el 15 de enero de 2021, el Decreto 516/2021 (reglamentación Ley N° 27.610) y la modificación del Código Penal de la Nación.
2. Además, se sancionó el "*Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo*" (Edición 2021, creado por Res. 1531/2021 del Ministerio de Salud de la Nación). Este protocolo, a diferencia de las normas mencionadas anteriormente y debido al carácter federal de la República Argentina, no es vinculante para el resto de las jurisdicciones del país. Sin perjuicio de esto, muchas provincias lo aplican dentro de su jurisdicción (como Neuquén y La Rioja). Otras han dictado sus propias normas locales, entre las que podemos mencionar la "Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires".
3. La Ley N° 27.610 reconoce al aborto como un derecho y lo enmarca dentro de "*los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible*", en línea con numerosas recomendaciones internacionales¹. Además, indica que deben garantizarse los derechos a recibir un trato digno, a la privacidad, a la confidencialidad, a la autonomía de la voluntad, al acceso a la información y a la atención de calidad.

¹ Ver A/HRC/37/5 recomendaciones 107.102 "Promulgar la legislación pendiente de aprobación que permitiría a la mujer acceder legalmente a servicios completos de salud reproductiva que incluyan educación sexual integral, planificación de la familia, prevención y respuesta a la violencia sexual y por motivos de género, aborto en condiciones de seguridad y legalidad y atención posterior al aborto" y 107.110 "Despenalizar el aborto en todas las circunstancias y velar por que las mujeres y las niñas puedan acceder a un aborto seguro y legal" entre otras

4. La ley adopta un sistema mixto, consistente en el derecho a decidir y acceder a una interrupción del embarazo hasta la semana catorce, inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la ley establece que se podrá acceder a la práctica si el embarazo fue resultado de una violación o si está en peligro la vida o la salud de la persona con capacidad gestante (en adelante, PCG)².
5. Por otro lado y en cuanto a los derechos de niñas y adolescentes la normativa establece que las personas mayores de 16 años tienen plena capacidad por sí mismas para prestar su consentimiento y ejercer los derechos que otorga la ley. Por su parte, las personas menores de 16 y mayores de 13 años pueden brindar su consentimiento en forma autónoma siempre y cuando no se utilice un procedimiento que implique un riesgo grave para su salud o su vida. En este caso, serán asistidas por sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, allegadas o referentes afectivos.
6. Para el caso de menores de 13 años, también pueden brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos.
7. En caso de tratarse de personas con capacidad restringida, la ley indica que podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento, contar con un sistema de apoyos si lo desearan y asegurando el respeto a su autonomía. En aquellos casos en que la persona cuente con una sentencia judicial de restricción de la capacidad que le impidiere prestar el consentimiento por sí sola, deberá contar con la asistencia de su representante legal para prestar su consentimiento informado o, en su defecto, de una persona allegada.
8. Respecto a la objeción de conciencia, la norma establece que sólo tiene el derecho de ejercerla el/la profesional que interviene de forma directa en la práctica. Además, deberá mantener su decisión en todos los ámbitos de atención de la salud, derivar a la PCG de buena fe y cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas. Establece que la objeción de conciencia no puede ser ejercida en la atención postaborto ni cuando se encuentre en peligro la vida o salud de la PCG. Por otro lado, indica que los establecimientos de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con efectores no objetores deberán disponer la derivación de la PCG a otro establecimiento, garantizando en todo momento la realización de la práctica. Estos requisitos se condicen con las recomendaciones realizadas al Estado argentino por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el 2016.³

² Ver A/HRC/37/5 recomendación 107.112 “Garantizar un acceso seguro al aborto legal, también para las mujeres víctimas de violación, en el marco del sistema de salud pública y en todas las regiones. Iniciar un debate público sobre la despenalización del aborto”

³ Ver CEDAW/C/ARG/CO/7/Add.1 recomendación 31. c) Vele por que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto legal y sin riesgo y de atención posterior al aborto, y defina y aplique requisitos estrictos de justificación para prevenir el uso general de la objeción de conciencia por los médicos que se niegan a practicar abortos, considerando en particular los casos de embarazo temprano como consecuencia de violación o incesto que pueden equivaler a tortura.

9. A su vez, la ley modifica artículos del Código Penal de la Nación, penalizando el aborto llevado a cabo sin consentimiento de la PCG y el realizado luego de las semana 14 de gestación cuando no mediaren causales, sea este causado por la propia persona gestante o por otra persona. Además crea el Art. 85 bis, que penaliza la dilación injustificada, la obstaculización o denegación del aborto en los casos legalmente autorizados.
10. La norma establece de forma expresa que la práctica debe ser cubierta de forma integral y gratuita por todos los subsistemas de salud, se incluye dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO) y dentro del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica.

II. Barreras al acceso a los abortos

11. A pesar de los avances realizados durante el primer año de implementación de la ley de IVE/ILE, se registran obstáculos que dilatan o impiden el acceso a la práctica.
12. El primer obstáculo es la falta de información clara, de alcance federal, sobre el nuevo derecho de las PCG. **El Estado nacional no realizó campañas de comunicación con carácter federal** a pesar de las recomendaciones internacionales en ese sentido⁴. Las provincias tampoco y, salvo excepciones, no publican activamente (ni a requerimiento formal) información sobre dónde y cómo acceder a un aborto. Esto conlleva problemas graves como la demora de las PCG en consultar, que sigan recurriendo a métodos inseguros por desconocimiento del derecho, además de que el servicio siga estando clandestinizado en la práctica, por el peso del estigma.
13. En agosto de 2021 una mujer falleció como consecuencia de la realización de un aborto⁵ en condiciones inseguras. El comunicado que se difundió dice: “Esta muerte podría haberse evitado con un agente de salud entregando folletos y dando información sobre cómo acceder a una IVE en Marcos Paz”. La información disponible es producto en gran medida del esfuerzo de la sociedad civil.

⁴ Ver A/HRC/37/5 recomendación 107.109 “Garantizar el acceso al aborto legal en todas las jurisdicciones de todo el país con apoyo de campañas publicitarias sobre el derecho a interrumpir legalmente el embarazo en los supuestos previstos por la ley, así como proporcionar capacitación a los profesionales de la salud”

⁵ “No militamos la ley para seguir lamentando muertes por abortos inseguros”, *La vaca*, 27/08/2021. Disponible en: <https://bit.ly/3n6MIbk>.

14. El teléfono de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) registra incumplimientos de prestaciones de ILE/IVE o vulneraciones a ese derecho. La línea brinda atención telefónica para facilitar el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, pero en ocasiones identifica situaciones complejas que requieren otro tipo de intervención. En esos casos se genera una secuencia que se remite a la DNSSR. La Dirección inicia un circuito de intervención con la notificación a los programas jurisdiccionales correspondientes. Estos programas gestionan los pedidos en sus territorios y reportan el estado de situación de las secuencias. En algunos casos, la DNSSR interviene con asesoramiento técnico o con articulaciones para derivaciones interprovinciales, como cuando la consulta no puede resolverse en la jurisdicción de origen⁶.
15. En esos casos la DNSSR informó⁷ que resolvieron el acceso de solicitudes de IVE/ILE a través de traslados. El rango de edad de las PCG involucradas va de 10 años a 23 años. En todos los casos, **la razón que motivó los traslados fue la falta de disponibilidad inmediata de equipos de salud que garantizaran la atención integral en las provincias requeridas**. Respecto a las vías de entrada de la solicitud de internación, en los casos registrados ha sido mediante la generación de una secuencia de la línea 0800 de Salud Sexual o de una nota externa. Los traslados solicitados han sido todos casos de ILE y en la semana gestacional 20 o más.
16. En muchos de estos casos resueltos mediante traslados, las PCG se desplazan desde sectores rurales hacia centros urbanos. **Esta falta de uniformidad en la provisión de servicios de salud enfatiza una desigualdad dentro del territorio de las provincias, entre sectores más cercanos y más alejados de centros urbanos** y muestra la vigencia de las recomendaciones realizadas en el 2017⁸. En algunas jurisdicciones relevadas⁹ las personas deben trasladarse entre 200 y 300 kilómetros por sus propios medios para acceder a la práctica. En estos casos, a la distancia y el costo económico del traslado se suman otras barreras como la imposibilidad de ausentarse de trabajos precarizados o de delegar tareas domésticas o de cuidado. Esta situación de obstaculización por carencia de servicios cercanos excede los servicios de ILE/IVE y alcanza la salud sexual y los métodos anticonceptivos.

⁶ Ministerio de Salud. Acceso a Métodos Anticonceptivos y a Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. Reporte bimestral en base a secuencias del 0800 - noviembre diciembre 2021. Ministerio de Salud: 2021. [En línea Disponible en: <https://bit.ly/3mS4cCY>]. Acceso: 05/06/2022.

⁷ Respuesta a Solicitud de Acceso a la Información Pública a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, del CELS (EX-2021-105165668- -APN-DD#MS).

⁸ Ver A/HRC/37/5 recomendación 107.104 "Velar por que el acceso al aborto legal esté disponible, en condiciones de igualdad, en todas las regiones del país"

⁹ Tales como el caso de Catamarca, Tierra del Fuego, La Rioja y Santiago del Estero.

17. Respecto a las secuencias de la línea telefónica con respuesta negativa, se obtuvieron datos¹⁰ de la provincia de Buenos Aires. De las 4.022 secuencias generadas en la provincia entre el 15 de enero y el 31 de octubre de 2021, 359 registraron obstáculos en el acceso a la IVE/ILE. De ellas, 153 registraron un único llamado, 157, 2 llamados y 49, 3 llamados o más. En ese período, la provincia reportó 28 secuencias con respuesta negativa de un total de 4.022 generadas. Si bien ese número representa menos del 1% de las secuencias, el Estado no informó sobre los motivos de la negativa, ni la resolución de esas situaciones.
18. En el informe elaborado por la línea, de noviembre-diciembre 2021, se distinguen las secuencias de IVE/ILE en función de la edad gestacional. De las 2.775 secuencias IVE/ILE generadas en el periodo noviembre-diciembre 2021, el 90,4% ingresó en el primer trimestre de gestación (2.509 casos menores a 12 semanas), el 5,5% ingresó en el segundo trimestre temprano (153 casos entre 12 y 15 semanas) y el 4,1% en el segundo trimestre tardío (113 casos de 16 semanas o más).
19. Otro dato es la distribución de secuencias de IVE/ILE según edad gestacional y rango etario. En las PCG de entre 10 y 14 años los casos de segundo trimestre tardío llegan al 11% y en aquellas de 11-19 años llegan al 7%. Es decir que **las niñas y adolescentes de hasta 19 años están más expuestas a solicitar abortos en embarazos avanzados y a que el acceso les sea negado.**
20. En los casos de segundo trimestre tardío hubo respuestas negativas no presentes en los casos de primer trimestre o de segundo trimestre temprano, así como mayores situaciones de las que no se dispone información. **La falta de profesionales no objetores, que sumen además formación especializada para la atención de abortos en segundo trimestre tardío es un grave problema no resuelto en el ámbito de la salud pública.** Más si se tiene en cuenta que quienes llegan con estados avanzados de gestación son en general mujeres cis de sectores populares, niñas y adolescentes.
21. Hay un esfuerzo estatal por brindar capacitaciones al personal de salud, pero **esas instancias de formación no son obligatorias.** Al mismo tiempo, en las jurisdicciones relevadas **no se incrementó la cantidad de profesionales de salud no objetores, a pesar del previsible aumento de la demanda en centros de salud.** Nos encontramos con **equipos médicos que no pueden cumplir con los plazos previstos por la ley -que al mismo tiempo dispone una temporalidad máxima para los abortos voluntarios- y que expone a las PCG solicitantes de la práctica a situaciones de vulnerabilidad.**

¹⁰ Respuesta a Solicitud de Acceso a la Información Pública a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, del Equipo Latinoamericano de Justicia y Género y de Amnistía Internacional (EX-2021-124925214- -APN-DNAIP#AAIP).

22. Además identificamos prácticas de “objeción de conciencia encubierta” y desconocimiento sobre el alcance legal de la objeción de conciencia. Lo primero se trata de intervenciones, micro acciones, destinadas a disuadir u obstaculizar el acceso a la IVE/ILE por parte del personal de salud que, sin declararse objetor, restringe el acceso a la práctica y rompe la confianza de la PCG. Lo segundo, de la negativa o fuertes resistencias y maltratos hacia colegas y pacientes cuando se deben realizar prácticas médicas necesarias, previas o posteriores a la interrupción, en virtud de una interpretación erróneamente amplia de los límites de la objeción de conciencia. Toda esa operatoria repercute en el cuerpo de mujeres, niñas, adolescentes y otras personas gestantes.
23. El acceso a la práctica es dispar en el subsector privado¹¹ y de la seguridad social, detectándose obstáculos en la cobertura¹². Si bien la práctica de IVE/ILE está incorporada al PMO, **persisten demoras y reticencias por parte de las obras sociales y empresas de medicina prepaga a incorporarlas en sus Programas Médicos Asistenciales**. Tampoco informan a sus afiliadas a través de sus canales oficiales. Esas omisiones generan desinformación, demoras indebidas en el acceso, sobrecarga del sistema de salud público y cobro de altas sumas de dinero para garantizar la práctica en el sector privado. **Se han detectado situaciones de violencia y violación del deber de información y trato digno, así como la imposición de barreras ilegales como el paso obligatorio por instancias de salud mental para validar la decisión de la paciente como requisito para la práctica.**
24. Por otra parte, documentamos irregularidades y violencias en la atención respecto de los estándares clínicos, violación de los derechos de las pacientes a través de maltratos físicos y psicológicos a las usuarias y/o a sus familiares, violaciones al deber de confidencialidad y afectaciones a la intimidad. Muchas de estas situaciones se dan en el marco de la atención post aborto, cuando las PCG acuden a un centro de salud luego de la práctica de manera autoadministrada en sus domicilios, sin resultados. Además, en los casos de embarazos avanzados, identificamos dilaciones en la atención, en muchas ocasiones fundadas en la imposibilidad de llevar a cabo la práctica por la complejidad del caso (con la consecuente necesidad de derivar a centros de atención más especializados). Sin embargo, esta tardanza muchas veces es percibida por las pacientes y quienes las acompañan como una práctica arbitraria que tiene como fin que los embarazos avancen para que haya viabilidad extrauterina. Registramos un caso en el que la derivación a un centro de salud de mayor complejidad (y alejado del domicilio de la paciente) ocurrió cuando se produjo una vacante en la unidad neonatal. Es decir, la derivación que debía hacerse para realizar una ILE fue demorada hasta tal punto que se llegó al nacimiento con vida y el parto de quien había solicitado un aborto.

¹¹ En Argentina, el sector salud -conjunto de recursos y actividades que cubren las necesidades de la salud y la atención médica- comprende tres subsectores: el sector público, el de la seguridad social y el sector privado.

¹² De acuerdo a información provista por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, durante 2021 se registraron 270 reclamos por fallas en la cobertura de IVE/ILE. La Subsecretaría de Acciones para la Defensa de las y los Consumidores, por su parte, informó que durante 2021 recibió 261 reclamos.

25. Hemos advertido además que los servicios muchas veces llevan adelante prácticas innecesarias y violentas, como cuestionamientos o indagaciones personales y reiterativas a las PCG: exhibición del feto, mención de la genitalidad del feto y forzarlas a escuchar el latido fetal. En una ocasión, una paciente refirió que una enfermera le tomó una fotografía cuando apenas había hecho la expulsión del feto, sin su consentimiento y sin explicación. Finalmente, algunas pacientes refieren haber sido sometidas a prácticas poco recomendadas como legrados¹³. Una paciente refirió que se procedió con esta práctica sin anestesia y en una sala común. En este caso particular, la justificación del servicio fue actuar con rapidez, ya que llevarla a quirófano para anestesarla y hacer el procedimiento allí extendería demasiado la guardia del personal de turno.
26. Respecto del acceso al aborto para varones trans y personas no binarias con capacidad de gestar el recorrido es más complejo. El primer acercamiento es a organizaciones buscando acompañamiento, antes que a espacios de salud. Entre las dificultades más recurrentes está la caracterización del aborto como algo que atañe únicamente a mujeres cis, heterosexuales. Este imaginario obstaculiza el acceso a información sobre salud sexual, a consultas ginecológicas, a métodos anticonceptivos y también a la interrupción del embarazo, de una manera informada, acompañada y libre de violencias. De esta manera, solicitar servicios de IVE/ILE en el sistema de salud acarrea situaciones como sobreexposición o negación de la identidad de género autopercebida. Los obstáculos para el acceso al aborto y la falta de políticas dirigidas a la población trans y no binaria genera desinformación incluso entre el mismo personal de salud -respecto de la capacidad reproductiva y el uso de hormonas, por ejemplo¹⁴.

III. Situaciones de criminalización

27. En la provincia de Salta, una joven médica es criminalizada desde septiembre de 2021 por garantizar el acceso a una ILE.¹⁵ Les profesionales de la salud son una parte fundamental en la garantía del derecho a una vida saludable, digna y libre de violencias. El Fiscal a cargo de la investigación, con el aval de la justicia local, insiste en sostener la imputación pese a que el acervo probatorio demuestra sobradamente la inexistencia de delito y a espaldas de los principios de objetividad y de legalidad que deben guiar las investigaciones penales. Desde sectores contrarios a la ley violaron el derecho a la confidencialidad de la joven que solicitó la práctica e intentaron impedir el acceso al servicio de salud.

¹³ Procedimiento que se realiza para raspar y recolectar tejido (endometrio) del interior del útero.

¹⁴ CELS, Monitoreo sobre las condiciones de vida de la población trans, travesti y no binaria durante la pandemia del covid-19 y el ASPO, 2022.

¹⁵ Más información en:

<https://www.cels.org.ar/web/2021/09/salta-la-medica-garantizo-los-derechos-de-la-joven-a-una-interrupcion-legal-del-embarazo/>

28. En febrero de 2019, un médico y una médica de la Provincia de Tucumán fueron denunciados por haber practicado una interrupción del embarazo a una niña de 11 años¹⁶. El embarazo era producto de una violación y la madre de la niña pidió una ILE cuando cursaba la semana 16, una práctica legal desde 1921. Por la intervención del Poder Judicial y otros médicos que se negaban a realizar la práctica, los plazos se extendieron hasta la semana 23. La médica y el médico fueron ligados a un proceso penal por iniciativa del Ministerio Público Fiscal. Fueron sobreseídos en diciembre de 2021. En esta misma línea y en la misma provincia, en enero de 2022, 2 niñas de 10¹⁷ y 11 años se convirtieron en madres a consecuencia de la detección tardía del abuso sexual y la negativa del Estado para poner a disposición la asistencia -prestación médica lícita en estos casos- que permite interrumpir un embarazo en el segundo trimestre, a pesar de las recomendaciones internacionales.¹⁸
29. En 2019, el Ministerio Público Fiscal de Tucumán imputó a una niña de 14 años que tuvo un aborto en su casa y frente a la imposibilidad legal de procesarla, continuó la investigación contra sus progenitores. Lo mismo ocurrió en 2021 con otra niña de la misma edad. El denominador común en ambos casos, además de la **criminalización de las niñas y sus familiares próximos**, fue el abuso de la calificación penal, dado que el delito con el que se las persiguió es "homicidio agravado por el vínculo", aunque no sea la realidad que surge de los peritajes forenses y demás evidencias recolectadas en ambas investigaciones. Estos **avances punitivistas de eventos obstétricos**, además de componer un fuerte sesgo de género en la persecución estatal y desoír las recomendaciones internacionales¹⁹, disuaden en el corto y largo plazo la decisión de buscar ayuda sanitaria en el caso de cursar eventos obstétricos adversos. En el primer caso, los progenitores estuvieron 29 días detenidos preventivamente y, si bien fueron sobreseídos, el estigma en sus vidas continúa hasta el día de hoy por la publicidad que se dio en la prensa al caso desde el Ministerio Público²⁰.
30. Es menester poner de relieve que **para el sistema penal argentino, ambas niñas resultan inimputables**. Por ello, la persecución punitiva de las niñas -aún cuando hubieren protagonizado eventos obstétricos provocados- resulta una violación de derechos aún más grave.

¹⁶ "Una niña de 10 años, violada y llevada al parto en Tucumán", disponible en: <https://bit.ly/3xINScJ>.

¹⁷ "Quedó libre la pareja acusada de matar a su nieta en Lomas de Tafí", disponible en: <https://bit.ly/3Nf9i71>.

¹⁸ Ver A/HRC/37/5 recomendación 107.106 "Adoptar nuevas medidas para eliminar los obstáculos que puedan surgir en el acceso a los productos y servicios de salud reproductiva, prestando una especial atención a las mujeres que han sido víctimas de violación"

¹⁹ Ver A/HRC/37/5 recomendación 107.111 "Adoptar medidas para que ninguna mujer o niña sea objeto de sanciones penales por un aborto; aplicar todas las medidas necesarias, incluidas medidas legales, para que, bajo ninguna circunstancia, se pueda procesar a una mujer o una niña por haber solicitado u obtenido un aborto"

²⁰ Expte. N° 64581/19

31. Entendemos que **la criminalización del aborto constituye formas de tortura, tratos inhumanos y degradantes**, en cualquier eslabón de la cadena. Es necesario que los médicos puedan trabajar y cumplir su rol social sin correr el riesgo de ser criminalizados. Estas prácticas judiciales tienen efectos disciplinantes y deben llamar la atención hacia las autoridades que deben garantizar el acceso. Además, refuerzan el estigma sobre un servicio médico.
32. Respecto de las causas penales iniciadas contra quienes abortaron antes de la sanción de la ley, el Poder Ejecutivo (a pesar del compromiso asumido para hacer un seguimiento, promover su cierre, archivo, sobreseimiento o modificación de la pena en función de la aplicación de la ley penal más benigna) no intervino ni participó activamente en una solución. Tampoco difundió ni construyó datos sobre el período posterior a la legalización. La falta de datos hace difícil evaluar su evolución y exigir la desestimación de las causas. Que el Estado haga un seguimiento de las causas abiertas es fundamental ya que la política criminal tenía un sesgo selectivo orientado a las mujeres más pobres, con otros derechos vulnerados y pocas herramientas materiales y simbólicas.
33. A pesar de la falta de datos, el relevamiento que pudimos hacer las organizaciones de la sociedad civil indica que en la Justicia Nacional -que tiene a su cargo los delitos de aborto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- se inició una causa posterior a la sanción de la Ley 27.610, pero la persona fue sobreseída. Respecto de las causas abiertas anteriores a la ley, de las 145 caratuladas como aborto propio, aborto con consentimiento de la mujer, encontramos que 56 fueron sobreseídas, 5 tuvieron falta de mérito y 25 fueron archivadas. En la provincia de Corrientes, de las 60 causas informadas sobre aborto, 9 permanecen con “expediente en trámite”, el resto fueron archivadas o terminaron en sobreseimiento y sobreseimiento por prescripción de la acción penal.
34. Persisten sin embargo otros escenarios de criminalización sobre eventos obstétricos no ligados al aborto, pero que son alcanzados por la estigmatización y el sistema penal. Se trata de situaciones en las que la muerte de “una recién nacida” en los momentos inmediatamente posteriores al parto -prematuro, espontáneo, a término- es atribuida a una conducta de la PCG. El efecto de tantos años de penalización del aborto extendió su sombra punitiva sobre cualquier situación imprevisible en la vida reproductiva de las PCG. Pudimos relevar casos de este tipo criminalizados en Buenos Aires, Corrientes, CABA, Salta, San Juan. La persecución penal a Rosalía Reyes²¹ (ya absuelta) es ejemplo de casos similares. Estas causas muestran fuertes vulneraciones a los derechos de las PCG, por fallos y decisiones judiciales basadas en prejuicios y estereotipos de género y clase.

²¹ Sousa Dias, Gisele, *Parió en el baño, se desmayó y terminó presa: “Dijeron que una mamá tendría que haber sabido cómo cortar el cordón”*, *Infobae*, 21/12/2020. Disponible en: <https://bit.ly/39ya8xW>.

35. Las desigualdades federales en el acceso a la IVE/ILE, como mencionamos, afectan principalmente a aquellas mujeres, niñas y adolescentes con escasos recursos. Sobre ellas también recae la violencia punitiva, que viola sus derechos y garantías. Además, los diversos organismos encargados de la persecución y ejecución penal, con distintas competencias (fuerzas de seguridad, ministerio público fiscal, poder judicial, ministerios de justicia), no suelen articular sus registros o bases de datos.

IV. Maternidades forzadas en niñas y adolescentes

36. Según las últimas estadísticas vitales disponibles, de 2020²², 1.293 niñas menores de 15 años entraron a una sala de parto. 51.967 adolescentes entre 15 y 19 años tuvieron hijos. Aún no tenemos disponibles los datos de 2021, posteriores a la ley 27.610. Ante una nueva ley es relevante que las estadísticas estatales releven cuántos de los nacimientos durante 2021 fueron precedidos de un pedido de IVE/ILE²³.

37. El Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan Enia) se encuentra a cargo del Ministerio de Salud de la Nación y se desarrolla en doce provincias: Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Tucumán. Este Plan se enfoca en disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia a través del dispositivo escolar. Nos preocupa que tenga presencia territorial sólo en la mitad de las provincias de la Argentina y que la educación sexual integral (ESI) no sea una prioridad. Tampoco son claras las acciones para garantizar los abortos en gestaciones avanzadas que es lo que suele ocurrir en la detección del Abuso Sexual Infantil.

38. La Línea telefónica del Programa de Salud Sexual duplicó las denuncias recibidas de niñas menores de edad. Mientras en 2020 atendió las inquietudes de 2062 niñas, en 2021 -Ley 27.610 de por medio- atendió a 4.114 niñas. El efecto simbólico de la ley se nota especialmente en el robustecimiento de la ciudadanía sexual de nuestras juventudes. Lamentablemente tampoco hay campañas nacionales ni provinciales sobre estos temas.

V. Distribución de misoprostol y otros insumos

39. Desde hace años, la OMS incluye al misoprostol y a la mifepristona en sus listados de medicamentos esenciales por su efectividad para los abortos seguros. Al ser esenciales, deben cumplir requisitos mínimos de disponibilidad, y también, de accesibilidad y aceptabilidad.

²² Estadísticas vitales del país. Ministerio de Salud de la Nación. Disponibles en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf

²³ Mujeres x mujeres, ¿Cuáles son los datos sobre abortos legales después de la ley 27.610?, disponible en: <https://bit.ly/3MVQGJ8>.

40. A partir de datos de algunas provincias y la DNSSR respecto de la compra y distribución de misoprostol encontramos que las provincias reciben tratamientos de misoprostol desde la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, pero muchas otras²⁴ compran desde sus respectivos ministerios de salud, mediante licitación o compra directa. En la Provincia de Buenos Aires, la distribución se realiza desde el nivel central a partir de información sobre el consumo del insumo, criterios poblacionales, cantidad de efectores y cantidad de prácticas registradas en cada región sanitaria.
41. A nivel nacional, la DNSSR adquiere misoprostol de manera centralizada y lo distribuye a las 24 jurisdicciones a través del Programa Remediar. En 2021, según datos oficiales, la DNSSR realizó tres procesos de compra de misoprostol: uno en el marco de un convenio con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y dos mediante convenio con el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), de Santa Fe. Así, adquirió un total de 110.500 tratamientos (12 comprimidos) de Misoprostol de 200 mcg. Asimismo, gestionó una donación de 25.000 tratamientos con Fos Feminista (ex IPPF/RHO) que serán distribuidos durante 2022. En noviembre de 2021, también inició un proceso de adquisición de 50.000 tratamientos Combipack (Mifepristona 200 mg + Misoprostol 200 mcg) mediante UNFPA, para su ingreso al país el segundo semestre de 2022.
42. En junio de 2022, la DNSSR anunció la introducción en la canasta de insumos de combipack de la marca Medabon®, actualmente comercializada en países como Reino Unido, Holanda y Suecia. Con ella, elaboró una nota técnica para sistematizar las recomendaciones clínicas y una comunicación donde señala los grupos prioritarios que recibirán la medicación y la metodología utilizada para asignar las cantidades de tratamientos a cada provincia. La DNSSR también informó a las organizaciones que gestionó una donación de 250 equipos para la aspiración manual endouterina (AMEU), realizada en forma directa por la organización IPAS²⁵ a 18 provincias²⁶. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires recibieron donaciones directas de IPAS.
43. Los datos indican que existe una cobertura amplia y completa de misoprostol, acorde a las necesidades de la demanda, y que se despliegan mecanismos para garantizar este insumo y aumentar la provisión. Además, se destaca la adquisición de tratamientos combinados con Mifepristona y de equipos para AMEU, que permitirían mejorar la calidad de los procedimientos de IVE/ILE brindados por el sistema público de salud.
44. Sin embargo, persisten obstáculos en la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de estos medicamentos esenciales. En el país la mifepristona no se encuentra autorizada por resolución de la ANMAT (el ingreso del combipack se hizo a través de un permiso especial) y los precios del misoprostol en las farmacias son altos y las condiciones de venta son restrictivas. Esto además cuando la principal forma de acceso al aborto en las primeras semanas es a través de medicamentos.

²⁴ Nos referimos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chubut, Jujuy, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires (PBA) y Río Negro.

²⁵ <https://www.ipas.org/our-work/partnership/asociacion/>

²⁶ Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Formosa, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

VI. Acceso y producción de información

45. Como se destacó en el informe, persiste una carencia en la producción de datos. En la 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. Si bien a nivel federal se ha elaborado el informe ImplementAR, existen falencias registrales, como el subregistro y la falta de desagregación de los datos. A partir de reuniones con distintos programas provinciales de salud sexual y reproductiva informaron que muchas veces el personal de salud no registra la práctica de IVE/ILE para no sufrir hostigamiento por parte del personal objetor; por la falta de cuidado de la privacidad de las historias clínicas; para que las usuarias no sean estigmatizadas a futuro por parte de otros efectores de salud; por la falta de instrumentos de registro. Por su parte, el dato agregado de cantidad de IVE/ILEs realizadas por jurisdicción, sin desagregación de esa información, impide contar información básica que funcione como línea de base para identificar con precisión las principales barreras en el acceso en cada jurisdicción y monitorear el avance efectivo en la implementación de la Ley.
46. Además, a nivel jurisdiccional persisten las denegatorias de información y criterios restrictivos respecto del deber de producir y publicar información sobre la implementación de la Ley 27.610. En particular, salvo excepciones en las que se han adoptado políticas proactivas de difusión de información, las jurisdicciones son reticentes a publicar activamente (o a requerimiento) información básica estadística tanto para monitorear el cumplimiento de la Ley como para garantizar el acceso a información y al derecho por parte de la ciudadanía.
47. No hay una manera uniforme de consignar los datos a nivel federal. Es necesario contar con los datos de la cantidad y evolución de los abortos garantizados en cada jurisdicción.
48. No hay información disponible sobre el tipo de procedimiento utilizado para acceder a la IVE/ILE. De las siete provincias de las que se disponen datos, la mayoría fueron intervenciones medicamentosas con misoprostol, pero no se conocen datos cruzados por cantidad de semanas ni por nivel de efector. Faltan datos sobre el tipo de procedimiento quirúrgico.

No hay datos públicos elaborados por el Estado sobre el estado actual de las causas abiertas por el delito de aborto previas a la Ley 27.610. Tampoco hay datos disponibles sobre cuántos nacimientos fueron producto de una negativa al acceso a la IVE/ILE.

VII. Preguntas al Estado

1. ¿Qué medidas se tienen previstas para garantizar la atención de la IVE/ILE en todo el territorio nacional?
2. ¿Qué medidas se adoptaron para asegurar que no se criminalice indebidamente el acceso al aborto y a les profesionales de la salud que lo garantizan?

3. ¿Qué medidas se tomaron para asegurar la presencia de profesionales no objetores en los servicios públicos de salud a nivel federal?
4. ¿Qué medidas se tomaron para fortalecer los servicios de salud de todos los niveles ante el incremento de la demanda, luego de la aprobación de la Ley 27.610?
5. ¿Cómo piensa asegurar el acceso federal e intercultural a la información sobre el derecho a la interrupción legal y voluntaria del embarazo?
6. ¿Cómo se asegurará la producción y publicación de información completa, certera, actualizada, desagregada y uniforme en todo el territorio nacional sobre la implementación de la Ley 27.610, incluyendo la red de efectores de salud que en cada jurisdicción garantiza el acceso a la práctica?
7. ¿Qué medidas tomó o va a tomar para una efectiva descriminalización del aborto y de otros eventos obstétricos?

VIII. Recomendaciones al Estado

1. Difundir con alcance federal el contenido de la Ley N° 27.610 de forma clara y accesible en centros de salud, hospitales, lugares públicos estratégicos, sitios web y redes sociales oficiales, medios de difusión masiva, y articular con las autoridades sanitarias locales para que repliquen y difundan los materiales de campaña.
2. En su condición de garante del derecho a la salud y en ejercicio de su rol de rectoría en la materia, afianzar una correcta aplicación de la Ley N° 27.610 por las distintas jurisdicciones, de forma igualitaria y no discriminatoria en todo el territorio nacional.
3. Promover el dictado de capacitaciones para los/as operadores/as del Poder Judicial e de instrucciones generales para el Ministerio Público Fiscal que aseguren que los/as operadores/as judiciales se abstengan de criminalizar indebidamente abortos legales y otros eventos obstétricos, así como a los/as profesionales de la salud que cumplen con las obligaciones derivadas de la Ley N° 27.610.
4. Recomendar a los Ministerios Públicos locales la producción de evidencia de calidad, confiabilidad y con rigor científico para evitar el estigma de procesos penales sin soluciones.
5. Articular con las autoridades sanitarias locales para desarrollar capacitaciones obligatorias al personal administrativo y equipos de salud (objeto y no objeto) sobre el alcance del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, objeción de conciencia, consentimiento informado y deber de confidencialidad. También a equipos de salud, en particular a tóco ginecólogos, médicos/as generalistas, de familia y residentxs en técnicas para la realización de IVE e ILE.
6. Promover la autorización y provisión de Mifepristona en la posología sugerida en el territorio nacional.

7. Fortalecer las facultades de supervisión, contralor y sanción de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación y de la Subsecretaría de Acciones para la Defensa de las y los Consumidores respecto de las obras sociales, empresas de medicina prepaga y centros de salud privados, respectivamente.
8. Promover la contratación en el segundo nivel de atención de la salud de profesionales capacitados/as para la realización de ILEs en condiciones de seguridad y respeto a los derechos de las PCG.
9. Promover la creación de consejerías en salud sexual y reproductiva, interculturales, transincluyentes, con equipos de salud que puedan acompañar la técnica de aborto medicamentoso o AMEU en el primer nivel de atención de la salud.
10. Promover la producción y publicación de información completa, certera, actualizada, desagregada y uniforme sobre la implementación de la Ley N° 27.610 en todo el territorio nacional, incluyendo la red de efectores de salud que en cada jurisdicción garantiza el acceso a la práctica.