



EVALUACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL PACTO INTERNACIONAL DE
DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS
SITUACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA

Estimadas/os expertas/os del Comité:

Este informe fue elaborado por Amnistía Internacional, la Asociación Católicas por el Derecho a Decidir-Argentina (CDD), el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA).

El objetivo de esta presentación es poner a disposición del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas información sobre la situación del acceso al aborto en la República Argentina. Esta información esperamos sea de utilidad para evaluar el cumplimiento de las obligaciones del Estado respecto de los artículos 2, 3, 6, 7, 14, 15, 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)

En el informe incluimos sugerencias, preguntas y recomendaciones respecto de cada una de las problemáticas tratadas, con la intención de que sean tenidas en cuenta por el Comité, tanto en oportunidad de la audiencia de evaluación prevista para el 117° periodo de sesiones, como al momento de emitir sus Observaciones Finales sobre Argentina.

I. La situación del aborto en Argentina¹

1.1. Aborto en Argentina: marco legal

Desde 1921, el artículo 86 del Código Penal de la Nación establece excepciones a la punibilidad del aborto: a) en caso de peligro para la vida de la mujer; b) en caso de peligro para la salud de la 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"². 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

¹ El Comité se manifestó respecto de este tema en sus últimas recomendaciones finales. Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, 98° periodo de sesiones, CCPR/C/ARG/CO/4, 22 de marzo de 2010, párr. 13

² CSJN, caso "F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva", F. 259. XLVI, sentencia del 13 de marzo de 2012.

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 contemplar³.

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"⁴. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010⁵. Si bien el nuevo Protocolo establece que "es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas", **lo cierto es que el documento carece de estatus de resolución ministerial, al igual que las versiones de 2007 y 2010, y no ha sido acompañada por una estrategia firme que promueva su amplia difusión y aplicación por parte de las autoridades federales.**

Asimismo, a casi cuatro años de la exhortación efectuada por la CSJN, sólo nueve 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 tribunal⁶. 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,⁷ y por último, nueve jurisdicciones no han dictado protocolo alguno⁸. 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.**

1.2. Barreras al 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 CSJN⁹; 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 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

³ 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.

⁴ Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

⁵ 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.

⁶ Estas provincias son: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe, Río Negro y Tierra del Fuego.

⁷ Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires y Salta.

⁸ Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

⁹ ADC, *Acceso al aborto no punible en la Argentina. Estado de situación*, marzo de 2015.

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 interrupción legal del embarazo", por entender que era violatorio del derecho a la vida de la persona por nacer y del derecho de libertad de conciencia¹⁰; 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)¹¹.

En abril de 2011 el Comité condenó a Argentina en el caso de "LMR"¹² 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. El Estado Nacional reconoció su responsabilidad internacional y en 2014 tuvo lugar un acto de pedido de disculpas y en 2015 LMR fue indemnizada.¹³ Sin embargo, como veremos con algunos ejemplos a lo largo del país, **las condiciones que generaron que su caso llegara hasta conocimiento del Comité aun no se han modificado.**

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 CSJN 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,¹⁴ 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 tenía derecho.¹⁵

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 aborto¹⁶. 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 conciencia. 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 Gratuito¹⁷. 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 institucional¹⁸.

¹⁰ 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).

¹¹ "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.

¹² Comité de Derechos Humanos, "L.M.R. vs Argentina", CCPR/C/101/D/1608/2007.

¹³ Ver en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-261711-2014-12-11.html> y <https://insgenar.wordpress.com/2014/12/11/pedido-de-perdon-a-lmr/>

¹⁴ Ver información en <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-233329-2013-11-11.html>

¹⁵ Ver información en <http://www.lanacion.com.ar/1648079-en-salta-impiden-a-una-nina-un-aborto-no-punible>

¹⁶ Sonia Ariza Navarrete, Resistencias al acceso al aborto no punible: la objeción de conciencia. Revista Derecho Penal. Año I N° 2 Ediciones Infojus.

¹⁷ Información disponible en <http://www.abortolegal.com.ar/?p=2172> y <http://www.telam.com.ar/notas/201404/61237-la-directora-del-hospital-reafirma-que-un-aborto-pone-en-riesgo-la-vida-de-la-nena-violada.html>

¹⁸ ADC, 2015. Informe citado. Pag 37

En la Provincia de Tierra del fuego, una joven en situación de gran vulnerabilidad y con una historia de violencia, estuvo procesada durante seis años y luego fue absuelta 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.¹⁹

Otro de los efectos de la penalización que impacta en el acceso a los abortos legales es la validación de un mercado clandestino que moviliza alrededor de mil millones de pesos al año por abortos clandestinos, según un informe de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto en base a la atención de la línea "Aborto: más información, menos riesgos".²⁰ En los últimos años, estas cifras se elevaron en forma exponencial por el aumento del precio en el mercado de los medicamentos, tal el caso del *Misoprostol* (declarado como "medicamento esencial" por la OMS) y contraviniendo de forma expresa lo que el Comité DESC estableció en su reciente Recomendación General 22.²¹

1.3. Los abortos clandestinos

Se calcula que en Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año.²² En los hospitales públicos de todo el país se registran 53.000 internaciones por abortos al año.²³ 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.

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 muertes²⁴. Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que el 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros²⁵.

Recientemente ha tomado estado público el caso de Belén²⁶, una joven que acudió a un centro de Salud cursando un aborto espontáneo y terminó presa. El caso generó una gran movilización pública porque puso en evidencia –una vez más– los efectos de la penalización del aborto en los términos en los que el propio Relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud lo ha hecho, al examinar 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

¹⁹ Ver información disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-299868-2016-05-21.html>

²⁰ Ver en <http://www.abortoconpastillas.info/>

²¹ El Comité DESC en su RG 22, publicada el 8 de marzo de 2016, en los párrafos 13 y 14 señala que: "Las medicinas esenciales deben estar disponibles, incluyendo (.) medicamentos para abortar y para la atención posaborto..." (...) "...La falta de disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en ideología, como la negativa a proporcionar servicios en base a la conciencia, no debe ser una barrera para acceder a los servicios." Asimismo, en el párrafo 21 establece que los medicamentos para abortar son constitutivos de una atención de salud de calidad, respetuosa de los derechos humanos. "El fracaso o la negativa a incorporar los avances tecnológicos e innovaciones en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, tales como medicamentos para el aborto... ponen en peligro la calidad de la atención de salud". [La traducción es nuestra]

²² 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.

²³ 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.

²⁴ 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

²⁶ Por decisión de la víctima, se usa un seudónimo. Ver mayor información en <http://www.amnistia.org.ar/rau/argentina3>; <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10537-2016-04-29.html>; <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-298129-2016-04-29.html>

reproductiva. El Relator 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.²⁷ 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”²⁸.

Belén, tiene 27 años y está privada de su libertad desde hace más de dos años en la Provincia de Tucumán, en el norte de Argentina, por haber sufrido un aborto espontáneo en un hospital público. Tanto médicos como policías violaron su derecho a la privacidad y la acusaron injustamente y la maltrataron. En la madrugada del 21 de marzo de 2014, fue a la guardia del Hospital de Clínicas Avellaneda en San Miguel de Tucumán por dolores abdominales. La derivaron al Servicio de Ginecología porque tenía abundante sangrado. Allí, los médicos le informaron que estaba teniendo un aborto espontáneo de un feto de aproximadamente 22 semanas. Belén dijo que desconocía estar embarazada. Luego de recibir tratos degradantes por parte del personal de salud, fue denunciada a la guardia policial. Belén ingresó al hospital público pidiendo ayuda y hasta el día de hoy está privada de su libertad. Primero la imputaron por aborto seguido de homicidio, que es una figura penal inexistente. El fiscal de la causa luego cambió la acusación por la de homicidio doblemente agravado por el vínculo y alevosía. Belén estuvo detenida en prisión preventiva por más de dos años. El 19 de abril de 2016 fue condenada a prisión 8 años, en un proceso judicial en el que se vulneraron sus derechos desde el comienzo, cuando fue denunciada mientras estaba internada, con lo que se violó el secreto profesional que ampara la consulta médica. El 12 de Mayo de 2016 la justicia le denegó el pedido de excarcelación interpuesto por la defensa.

1.4. Las cifras de Mortalidad Materna

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 muertes 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 un 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. 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

27 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

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

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

33 DEIS, 2014

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

permite obtener información en “tiempo real”³⁵ y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)³⁶—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 nacional³⁷ 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 irregular³⁸; de hecho el único informe disponible³⁹ *online* sobre la Comisión data de ese año.⁴⁰ 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.⁴¹

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 causa⁴². 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.

1.5. 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 legal en la medida que no permiten contar con información adecuada sobre la demanda potencial, real, y efectiva; los insumos y los recursos humanos necesarios; las barreras y obstrucciones en la prestación de servicios; 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 o aborto legal..

³⁵ El lapso transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y su comunicación oscila entre nueve meses y un año

³⁶ 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).

³⁷ 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.

³⁸ Ortiz & Esandi, 2010.

³⁹ Al 25 de febrero de 2015.

⁴⁰ Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/promin/> (accedido 15 de febrero de 2015).

⁴¹ Ortiz & Esandi, 2010.

⁴² Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

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_O.pdf

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.

1.6. 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 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 servicios⁴⁴.

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

II. Preguntas al Estado

1. ¿Qué acciones concretas se han tomado para reducir la mortalidad materna como consecuencia de los abortos inseguros?
2. ¿Qué medidas se tienen en vista para garantizar la atención del aborto legal o no punible según la exhortación formulada por la CSJN a los distintos niveles de gobierno en Marzo 2012 en el caso FAL, en todo el territorio Nacional?
3. ¿Qué rango ministerial tiene la Guía de atención elaborado por el Ministerio de Salud en el año 2008 y sus actualizaciones (incluyendo el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”)? ¿El “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, es distribuido y su utilización es recomendada a los efectores de Salud? ¿Cómo articulará el Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios de Salud provinciales para uniformar protocolos según las recomendaciones CSJN?
4. ¿Qué medidas se han adoptado para garantizar el acceso a los medicamentos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar la práctica del aborto? (misoprostol y mifepristona)

⁴⁴ 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.

5. ¿En qué estado se encuentran las discusiones parlamentarias acerca de la despenalización del aborto?
6. ¿Qué medidas disciplinarias se han puesto en marcha en las distintas jurisdicciones en contra de las y los funcionarios públicos que obstaculizan el acceso a derechos, y en particular de aquellos que ejercen violencia institucional en los términos de la Ley 26.485 al restringir el derecho de las mujeres a la práctica de aborto legal o al criminalizar a las mujeres en situaciones de emergencia obstétrica con acusaciones de haberse provocado un aborto?
7. Qué medidas se han tomado desde el Estado para lograr que los profesionales de la salud respeten la confidencialidad médico-paciente y se abstengan de criminalizar a las mujeres que transitan un aborto?

III. Recomendaciones al Estado

1. Garantice el acceso a los abortos legales en todas las jurisdicciones del país, apoyado por campañas de difusión pública para promover el mayor conocimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo en los casos previstos por la ley vigente.
2. Garantice la provisión y acceso a anticonceptivos y a las medicinas esenciales en todas las jurisdicciones del país en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
3. Adopte iniciativas y programas específicos para reducir los elevados índices de mortalidad materna como consecuencia de abortos inseguros, incluyendo capacitaciones dirigidas a todos los efectores del sistema de salud.
4. Adopte las medidas necesarias para garantizar que los casos de aborto no punible sean realizados dentro del sistema de salud público.
5. Tomar las medidas necesarias para implementar un sistema de registro de los abortos practicados de acuerdo con las normas legales
6. Incorporar a nivel federal y como servicio básico y obligatorio del sistema de salud, las prestaciones necesarias para interrumpir embarazos en los casos contemplados por la ley vigente, incluyendo todos los métodos que, basados en la evidencia, resultan efectivos, seguros y preferidos en estos casos, de conformidad con lo establecido por la OMS.
7. Capacitar a los integrantes de los equipos de salud acerca del valor del secreto profesional en la atención de abortos espontáneos o provocados.