

presentación internacional

Acceso al aborto en la Argentina

11 SEPTIEMBRE 2018

INFORME CONJUNTO REMITIDO AL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (COMITÉ DESC) DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA CUARTA EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL PAÍS.

Autor: Abogados Y Abogadas del NOA en Derechos Humanos y Estudios Sociales (ANDHES), Asociación Católica por el Derecho a Decidir - Argentina (CDD), Asociación Lola Mora, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Centro de la Mujer (CEDEM), Centro Intercambio y Servicios Cono Sur Córdoba (CISCSA), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM - Argentina), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Fundación para el Desarrollo de Políticas Sustentables (FUNDEPS), Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, Mujeres por Mujeres, Mujeres Autoconvocadas de Trelew, Mujeres por un Desarrollo Alternativo para una Nueva Era (DAWN).

Acceso al aborto en la Argentina

I. Introducción

El Comité de Derechos en su última evaluación a Argentina en el año 2011 expresó su preocupación por el elevado porcentaje de mortalidad materna, las disparidades entre provincias y el impacto del aborto inseguro como causa de la mortalidad materna, en ese sentido le recomendó al Estado garantizar el acceso a los abortos legales y asegurar el acceso a las prestaciones y suministros y tecnologías para disminuir los riesgos pre y post aborto¹.

Asimismo, en su lista de preguntas se refirió a las altas tasas de mortalidad materna y a las alarmantes disparidades regionales². Las recomendaciones del Comité siguen vigentes, y se presentan nuevos desafíos.

Durante 2018 se debatió la legalización del aborto en el Poder Legislativo Nacional. Este debate comenzó el mes de marzo en la Cámara de Diputados de la Nación con la presentación de un proyecto de ley elaborado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro Y Gratuito que contó con las firmas de más de 70 parlamentarias/os de todos los partidos políticos³. Durante más de dos meses se realizaron reuniones informativas para alimentar el debate parlamentario y el 14 de junio la Cámara de Diputados aprobó un proyecto de ley de legalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). El proyecto, que contaba con un fuerte apoyo social, proponía modificar la regulación del aborto en Argentina dejando atrás el modelo de causales vigente desde 1921 para pasar a un modelo de regulación mixto de plazos y causales. Así, reconocía el derecho de las mujeres y personas gestantes a interrumpir voluntariamente sus embarazos hasta la semana 14 inclusive sin tener que explicitar las razones para tal decisión. Superado este plazo, la interrupción voluntaria podía llevarse a cabo en casos de riesgo para la vida o la salud de la mujer, en casos de embarazo producto de violación (tal como ya lo establece el Código Penal) y en caso de diagnóstico de inviabilidad fetal extrauterina. Lamentablemente, el 9 de agosto el Senado de la Nación rechazó el proyecto aprobado en la Cámara de Diputados⁴.

Luego del rechazo al proyecto, han podido identificarse retrocesos en torno la garantía de acceso a los abortos que son legales desde 1921 (riesgo para la vida o la salud de la mujer y embarazo producto de violación). Así, pudo observarse un acrecentamiento de barreras tanto formales como informales para que las mujeres puedan acceder a este derecho.

1 Véase Párrafo 22 de las Observaciones Finales del Comité DESC a Argentina en 2011, E/C.12/ARG/CO/3

2 Véase Pregunta 26 de la Lista de Preguntas relativa al Cuarto Informe Periódico de Argentina. E/C.12/ARG/Q/4

3 Para mayor información véase <https://bit.ly/2NJGf1e>; <https://bit.ly/2xF6U5z>; <https://nyti.ms/2H2quiR>.

4 Al respecto véase la comunicación publicada por dos Expertas de las Naciones Unidas lamentando el rechazo en el Senado, en <https://bit.ly/2MAK17y>.

Por un lado, antes del tratamiento del proyecto de ley en el recinto del Senado de la Nación, la Provincia de Tucumán se declaró “pro vida”⁵. En esos mismos días, un proyecto de ley similar fue presentado en la Provincia de Santiago del Estero⁶. Distintos municipios y ciudades dictaron disposiciones afines⁷ y algunas hasta negaron completamente el derecho a acceder a abortos legales a las mujeres en esas localidades⁸.

Por otro lado, grupos conservadores, de oposición a los derechos humanos de las mujeres han intentado impedir que se realicen abortos legales en distintas partes del país y han presentado denuncias contra profesionales que garantizan este derecho a las mujeres⁹.

Por último, grupos que hicieron incidencia para el rechazo del proyecto de ley de legalización de la IVE han lanzado un partido político¹⁰ y se han iniciado campañas en contra de la Educación Sexual Integral¹¹.

A nivel nacional, el Poder Ejecutivo modificó la estructura ministerial mediante Decreto 801/2018 publicado el 5 de septiembre. El decreto reforma la estructura ministerial posicionando al Ministerio de Salud de la Nación bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. El Ministerio de Salud no solo pierde jerarquía si no también áreas de acción dado que sus atribuciones quedan reducidas: de una lista de 45 atribuciones a una sola que engloba cuestiones sanitarias. Al desconocerse los alcances que tendrá la reestructuración, los impactos que tendrá esta modificación en materia de acceso a la salud en todo el territorio nacional no son aún medibles. Sin embargo, la decisión resulta sumamente alarmante¹² en lo atinente a la capacidad que tendrá el Estado para garantizar el acceso al derecho a la salud y, en particular, a las prácticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva. A los fines de evaluar esta capacidad deberá tenerse presente, tal como notó el Comité hace 7 años, las disparidades en el acceso en las distintas regiones del país y el rol que en ese contexto juega el Ministerio de Salud de la Nación como órgano regulador y federalizador de las prestaciones.

II. La situación del aborto en la Argentina

Argentina no dispone de un sistema de estadísticas sobre abortos legales¹³. A nivel nacional, la única información disponible sobre aborto proviene de las internaciones en hospitales públicos. En este sentido, “los abortos se reportan en una sola categoría que comprende desde mujeres que se internan en los hospitales porque perdieron un embarazo espontáneamente hasta mujeres con abortos legales o que enfrentaron

5 Véase <https://bit.ly/2Dy9Oym> y <https://bit.ly/2NFeUxo>.

6 Véase <https://bit.ly/2N4i9ck>.

7 Véase <https://bit.ly/2zx2zTc>, <https://bit.ly/2ORVVwd>, <https://bit.ly/2Q5HFfs>, <https://bit.ly/2N4mn3H>.

8 Véase <https://bit.ly/2QavEct>.

9 Véase <https://bit.ly/2Q8Qs4o>, <https://bit.ly/2QfheYX>, <https://bit.ly/2DwAQpV>.

10 Véase <https://bit.ly/2C2XF3s>.

11 Ver <https://bit.ly/2OifRNcf> y <https://bit.ly/2DxPwou>.

12 Véase <https://clar.in/2NI34Ym>; <https://bit.ly/2zvU1Mq>.

13 Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), “Las cifras del aborto en Argentina”, marzo 2018. Disponible en <https://bit.ly/2Q8ZSwE>.

distintos tipos de complicaciones derivadas de un aborto realizado en condiciones inseguras (...) Quedan excluidas quienes recibieron atención ambulatoria y las que accedieron a atención en los efectores privados o de las obras sociales”¹⁴.

En relación a estos datos, se registraron 48.701 egresos por aborto en 2013 y solamente 362 se codificaron como abortos legales(menos del 1%)¹⁵. Cabe resaltar que “las limitaciones de esta fuente están dadas por su temporalidad, porque sólo incluye las niñas, adolescentes y mujeres que fueron internadas, por las previsiones que toman los equipos de salud al registrar dadas las sanciones sociales, entre otras”¹⁶.

El aborto inseguro¹⁷ constituye un grave problema de salud pública en Argentina que conlleva serios riesgos para la salud y la vida de miles de mujeres. Desde 1980, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa individual de mortalidad materna y, desde la recuperación de la democracia, han muerto 3030 mujeres por esta causa¹⁸.

Considerando las estadísticas oficiales, el número de mujeres fallecidas por abortos inseguros en el quinquenio 2011---2015 asciende a 254 lo que implica un promedio de 51 mujeres fallecidas por esta causa por año. Estos datos muestran que el 18% del total de muertes maternas entre 2011 y 2015 derivaron de abortos inseguros¹⁹.

De acuerdo a las estadísticas oficiales y los últimos datos disponibles, en los hospitales públicos de todo el país se registran casi 49.000 egresos hospitalarios por abortos inseguros al año²⁰. Del total, alrededor del 18% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años y alrededor del 46% a mujeres de entre 20 y 29 años. En la última década, la mortalidad por aborto aumentó en las mujeres menores de 15 años y las mujeres muertas por abortos fueron más jóvenes que quienes fallecieron por otras causas vinculadas a la maternidad²¹.

Por otro lado, las estimaciones realizadas hace una década atrás en Argentina indicaban que había anualmente más de un aborto clandestino por cada dos nacimientos ya que en el país se practican entre 360.000 y 522.000 abortos clandestinos al año²².

14 Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), “Las cifras del aborto en Argentina”, marzo 2018. Disponible en <https://bit.ly/2Q8ZSwE>.

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

16 Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), op. cit.

17 La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al aborto inseguro como “El aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias”. Véase <https://bit.ly/2zwo5rk>.

18 Ver Anuarios de Estadísticas Vitales. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

19 Ibid.

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

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

22 Ibid.

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 embarazo resultado de violación. 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”²³. Con el fin de terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el acceso a abortos legales, 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, 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. Por último, y exhortó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para remover todas las barreras que limitan el acceso a los servicios médicos y estableció diversas pautas que los protocolos deben contemplar²⁴.

En el mes de junio de 2015, el Ministerio de Salud de Nación publicó en su página web el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”²⁵. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2010²⁶. 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. Más aún, su publicación no ha sido acompañada por una estrategia de amplia difusión o de firme aplicación por parte de las autoridades federales²⁷. Esto repercute en una gran desigualdad a nivel federal, a pesar de lo indicado por la CSJN: Sólo 10 jurisdicciones adhirieron al protocolo nacional (Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Salta, Santa

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

24 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, entre otras.

25 Disponible en <https://bit.ly/2gAuB9Z>.

26 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.

27 Para un análisis de la implementación de la sentencia a nivel federal y provincial y de los obstáculos que afectan en particular a las mujeres jóvenes y pobres véase Cárdenas, De la Vega y López en “Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización selectiva” (2017) Disponible en: <https://bit.ly/2N53D4e>.

Cruz, Santa Fe, Tierra del Fuego, Entre Ríos, Chaco), 6 cuentan con protocolos propios (Catamarca, Chubu, Ciudad de Buenos Aires, Neuquén, Río Negro y Buenos Aires), 4 no adhirieron expresamente pero aplican el protocolo nacional (Formosa, San Juan, San Luis y Mendoza) y 4 no tienen protocolo propio ni adhirieron al nacional (Córdoba, Corrientes, Santiago del Estero y Tucumán)²⁸.

BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD

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

A lo largo de los años, la práctica del aborto legal ha sido sistemáticamente inaccesible para miles de mujeres, adolescentes y niñas que habitan la Argentina. Esta falta de acceso viola sus derechos humanos a la privacidad, a la salud, a ser libre de trato cruel, inhumano y degradante y a no ser sujeta a discriminación, y en algunos casos, su 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 por parte de efectores de salud; la excesiva judicialización de una práctica sanitaria para dilatar y obstaculizar su acceso; los requerimientos dilatorios previstos en protocolos sanitarios dictados en cumplimiento de la exhortación de la CSJN²⁹ que no cumplen con los estándares de la Corte; los sistemas de salud discriminatorios que repelen a mujeres y niñas a través de comentarios reprobatorios del personal hospitalario y de la mala fe de proveedores de salud y funcionarios públicos; la violación de la garantía del secreto profesional; el hostigamiento y persecución a mujeres y niñas; la influencia de la iglesia sobre los gobiernos nacional y locales; la falta de reconocimiento normativo expreso de las prestaciones sanitarias que demandan los casos de abortos legales como prácticas esenciales del servicio de salud. Estas estrategias dilatorias y disuasorias operan como barreras de acceso a los abortos legales y someten a mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional cuando intentan materializar sus derechos.

ABUSO DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

El uso abusivo y arbitrario de la objeción de conciencia en materia de salud sexual y reproductiva ha constituido una barrera ilegítima para el acceso a las prestaciones legales de aborto en Argentina³⁰.

Asimismo, el acceso a otras prácticas de salud que afectan particularmente a mujeres, niñas, personas con capacidad de gestar y personas trans se han visto afectadas por

28 Informe presentado por el ex Ministro de Salud Adolfo Rubinstein en el debate por la ley de IVE en el Senado:

<https://drive.google.com/file/d/1i4ODgRRUZgyGpeXVcvNNAJqMTS--jKear/view>

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

30 Sonia Ariza Navarrete, Resistencias al acceso al aborto no punible: la objeción de conciencia. Revista Derecho Penal. Año I Nº2 Ediciones Infojus.

el uso irrestricto de la objeción de conciencia. Entre estas prácticas se pueden encontrar el acceso a anticoncepción de emergencia y anticoncepción quirúrgica, entre otras³¹.

Esto, a pesar de que la CSJN en la decisión en el caso FAL estableció que todo establecimiento de salud está obligado a garantizar los abortos legales, y que todas las instituciones de salud deben contar con los “recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley confiere”. Lo que implica que los servicios de salud deben estar organizados de tal modo que garanticen que la objeción de conciencia individual, no interfiera ni impida el acceso de las pacientes a los servicios que necesitan. En este sentido, tanto el protocolo nacional de Interrupción Legal del Embarazo como los protocolos provinciales existentes se inscriben en la misma línea. Así lo asegura además la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud derechos del paciente³² y la guía de atención de aborto seguro del Manual de práctica clínica para un aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud. Más aún, el propio el Comité en su Recomendación General N° 22 exigió que los Estados adopten leyes y políticas que impidan que actores privados “menoscaben el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, en particular el comportamiento de los establecimientos privados de atención de la salud”³³.

El proyecto de ley que fue aprobado por la Cámara de Diputados de la Nación proponía un mecanismo adecuado para el uso de la objeción de conciencia por parte de los y las profesionales³⁴. A pesar de que el proyecto no fue aprobado en Senado, resulta oportuno señalar que durante el proceso legislativo tomaron estado público los posicionamientos de distintos establecimientos de salud, tanto públicos como privados, que se manifestaron como objetores de conciencia aún en contra de la normativa vigente³⁵.

Por otra parte, alerta un polémico Proyecto de Ley sobre Libertad Religiosa presentado por el Poder Ejecutivo en junio de 2017, que a pesar de las fuertes críticas recibidas³⁶, no fue depuesto y sigue su trámite en la Cámara de Diputados. El proyecto contradice las obligaciones internacionales del Estado argentino al establecer una protección a la libertad religiosa que sólo repercutiría en el menoscabo de los derechos humanos de una amplia franja de la población, al habilitar y proteger la imposición de una serie de creencias religiosas que ahora pretende avalar el Estado. Una de las cuestiones más críticas del proyecto es la regulación de la objeción de conciencia, que de manera explícita la reconoce como un derecho de personas y de

31 Deza, Soledad, Objeción de conciencia al aborto: De la defensa a la agresión

32 Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000--164999/160432/norma.htm>

33 Véase RG 22 del Comité DESC, párrafo 43.

34 Véase Ramón Michel, Agustina y Ariza Navarrete, Sonia: Objeción de conciencia institucional: problemas y una solución balanceada, junio 2018. Disponible en <https://bit.ly/2N41HJc>.

35 Véase en <https://bit.ly/2Q94ToU>; <https://www.infobae.com/sociedad/2018/06/13/> <https://bit.ly/2xANRcz>; <https://bit.ly/2QYjLRD>.

36 Ver carta enviada a la Cámara de Diputados firmada por más de 100 organizaciones y 445 firmas singulares. Disponible en: <https://bit.ly/2N21O8l>.

las instituciones. La propuesta del Poder Ejecutivo revierte la excepcionalidad del instituto de la “objección de conciencia y solo instituye como requisito que la creencia religiosa sea “sincera” presumiendo la “buena fe” del objetor por la existencia de dicha norma religiosa³⁷.

FALTA DE ACCESO A MEDICINAS ESENCIALES³⁸

Otro de los efectos de la penalización es la validación de un mercado que moviliza alrededor de mil millones de pesos al año por abortos clandestinos³⁹. De acuerdo con la evidencia científica disponible, el aborto con medicamentos es un método seguro y eficaz para la interrupción del embarazo⁴⁰. La OMS recomienda la interrupción del embarazo con una combinación de mifepristona y misoprostol. En caso de no disponerse de mifepristona, sugiere el uso exclusivo de misoprostol, y desde hace diez años incluyó al misoprostol en sus sucesivos listados de medicamentos esenciales, por sus aplicaciones para abortos seguros y atención post aborto, además de sus usos para parto y posparto⁴¹.

A partir de ello, el Estado Argentino debería asegurar la más amplia accesibilidad a ambos medicamentos, de forma que las mujeres puedan ejercer su derecho de acceder a una interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley, gozando de los avances científicos en materia de salud sexual y reproductiva.

A pesar de que la legislación penal prevé supuestos de abortos legales, que la Corte Suprema ha reconocido un derecho al aborto en dichos casos y que la autoridad sanitaria recomienda prácticas medicamentosas de aborto, en la Argentina no existen medicamentos abortivos reconocidos formalmente por la autoridad sanitaria, si bien el misoprostol está recomendado por el referido protocolo de interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y en diversas sentencias judiciales⁴².

En Argentina no se encuentra autorizada la producción y comercialización de la mifepristona, por lo que las mujeres carecen de la posibilidad de combinar ambos medicamentos para acceder a un aborto seguro. Por otro lado, el misoprostol es producido y comercializado por un solo laboratorio privado (Laboratorios Beta) bajo el nombre de Oxaprost, que está autorizado exclusivamente para tratamientos gástricos, sin reconocer la indicación para usos obstétricos. En septiembre de 2016 se realizó una solicitud a la Administración Nacional de Medicamentos (ANMAT) para que

37 Ver críticas del proyecto elaborada por Amnistía Internacional Argentina. Disponible en: <https://bit.ly/2N4bTlc>.

38 Ver información en: <https://bit.ly/2OdBGMo>.

39 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”. Ver en <http://www.abortoconpastillas.info/>.

40 Ver, entre otros, Kelly Blanchard, Beverly Winikoff y Charlotte Ellerton, “Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy: A review of the evidence”, *Contraception*, Vol. 59, Issue 4, (1999); Gatter M, Cleland K and Nucatola DL, “Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days”, *Contraception*, (2015); Nissi, R., Santala, M., Immonen, E. et al. “Mifepristone and misoprostol is safe and effective method in the second–trimester pregnancy termination. *Archives of Gynecology and Obstetrics* (2016).

41 OMS, Medicamentos Esenciales, <https://bit.ly/2NICycb>.

42 Véase el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” disponible en <https://bit.ly/2DzDX0a> y la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” disponible en <https://bit.ly/2svhIAZ>.

reconozca los usos obstétricos del misoprostol y garantice su accesibilidad⁴³. En agosto de 2018, la (ANMAT) autorizó a otro laboratorio a producir y comercializar misoprostol, para la realización de los abortos que son legales según la normativa actual. Sin embargo, restringió su uso al ámbito hospitalario, lo que limita las condiciones de accesibilidad al medicamento⁴⁴.

En dos provincias, Mendoza y San Juan, fueron aprobadas leyes de dudosa constitucionalidad que prohíben el expendio de especialidades medicinales compuestas con misoprostol fuera de hospitales y proveedores de salud e incluso han promovido una regulación restrictiva para todo el país⁴⁵. Sin embargo es importante destacar que en la Provincia de Santa Fe, han habilitado la compra directa de misoprostol, e incluso su Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) trabaja desde 2013 en la fabricación de misoprostol y estará en condiciones de abastecer al sistema público de salud de todo el país, una vez que terminen las pruebas de estabilidad que estiman en marzo del próximo año⁴⁶. En igual sentido se anunció que la Provincia de Ro Negro también avanzaría en esta dirección⁴⁷.

Frente a esta situación de anomia y desigualdad en el territorio nacional, la autoridad Sanitaria Nacional, el actual Ministerio de Salud y Desarrollo Social, como principal organismo estatal encargado de velar por el derecho a la salud de la población podría, dentro de sus competencias, impulsar diversas acciones de política pública, como la importación de mifepristona e incluso promover la producción pública de mifepristona y misoprostol.

Mas aun, teniendo en cuenta que en diciembre de 2014 se aprobó la Ley 27.113, por medio de la cual se creó la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), organismo descentralizado dependiente de la órbita del Ministerio de Salud, que tiene entre sus funciones el dar cumplimiento a los objetivos de la ley 26.688 y definir las prioridades en líneas estratégicas de producción. La definición de la producción pública de medicamentos como una prioridad nacional y la creación de una Agencia de coordinación de laboratorios públicos, significan un importante paso en la obligación del Estado de asegurar un acceso seguro y asequible a los medicamentos en la Argentina. Sin embargo, si las autoridades públicas encargadas de hacer cumplir este tipo de normativas —en particular, el Ministerio de Salud— no asumen una tarea activa en la promoción de políticas públicas de producción y acceso, las leyes dictadas por el Congreso Nacional pierden su potencialidad transformativa y se atenta gravemente con el derecho a la salud de la población.

43 Ver nota 38.

44 Ver mayor información en <https://bit.ly/2zxhYDe>.

45 Ley 8116 de 2009 de la provincia de Mendoza, la Ley 8291 de 2012 de la provincia de San Juan y el proyecto de ley presentado por la diputada Ivana Bianchi, expediente 6593—D—2016.

46 Véase en <https://bit.ly/2NIFCFp>.

47 Véase <https://bit.ly/2MPTvwU>.

En su Observación General N°14 referida al Derecho a la Salud⁴⁸, el Comité DESC señaló que los Estados deben, como mínimo, asegurar la provisión de medicamentos de acuerdo al Listado de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud⁴⁹. Y en su Observación General N° 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, se refirió específicamente a los “medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto”⁵⁰ y señaló que el Estado tiene la “obligación básica” de “proporcionar medicamentos, equipo y tecnologías esenciales para la salud sexual y reproductiva, en particular sobre la base de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS”⁵¹.

Además de el problema descrito, desde hace años el Laboratorio Beta, siendo el productor monopólico de misoprostol (con la antigua resolución de ANMAT, produciéndolo como medicamento indicado para uso gástrico), abusa de su posición dominante: aumenta arbitrariamente el precio del medicamento, transforma su presentación eludiendo controles de precios y fuerza a las usuarias a comprar más pastillas de las que necesitan, a un mayor precio. De este modo, Beta distorsiona el mercado, aumenta sus utilidades, perjudica el derecho a la salud de las mujeres y fomenta, en definitiva, la compra y venta de pastillas por unidad por fuera del mercado formal.

Al respecto, el Relator Especial de Naciones Unidas ha destacado que la obligación estatal de asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos para la satisfacción del derecho a la salud exige garantizar la accesibilidad tanto a medicamentos esenciales como a los no esenciales. De todas formas, señala que “aunque ha de realizar progresivamente el acceso a los medicamentos no esenciales, un Estado tiene la obligación básica de efecto inmediato de lograr que los medicamentos esenciales estén disponibles y sean accesibles en toda su jurisdicción”⁵². Respecto de la asequibilidad y el rol de los laboratorios privados, el Relator destacó que los medicamentos deben ser económicamente accesibles a todos los sectores de la población, por lo que “deben tener sus precios fijados de manera justa y equitativa y ser asequibles para no representar una carga desproporcionada para los hogares más pobres”⁵³. Enseguida, también señala que los Estados tienen la obligación de garantizar que la producción de medicamentos esenciales por el sector privado no amenace la asequibilidad ni la accesibilidad y que los Estados pueden

48 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, 22º período de sesiones, 2000.

E/C.12/2000/4 En adelante: OG14, Comité DESC.

49 Comité DESC, OG 14, Párrafo 43.d).

50 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2016, E/C.12/GC/22, párrafos 13 y 17.

51 Comité DESC, OG 22, párrafo 49.

52 Informe del Relator Especial de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de Naciones Unidas (en adelante Relator Especial Salud), Paul Hunt, 2006. A/61/338, Párrafo 58.

53 Informe del Relator Especial Salud, Anand Grover, 2013, A/HRC/23/42, Párrafo 20. También, el Informe Relator Especial Salud, Anand Grover, 2009, A/HRC/11/12, párr. 11.

explorar diversas vías para el control de precios de los medicamentos, como la fijación de precios por referencias externas o por referencias terapéuticas⁵⁴.

La Secretaría de Comercio Interior es la encargada de asegurar que los precios de los medicamentos se mantengan en un nivel aceptable y de prevenir los abusos de los actores del mercado.

En enero de 2015, se realizó una presentación ante la Comisión de Defensa de la Competencia para iniciar un proceso sancionatorio en contra del laboratorio Beta por abuso de posición dominante, en los términos de la ley 25.156, aun sin respuesta, por lo que prácticas abusivas del laboratorio se han mantenido en perjuicio de la salud de las mujeres⁵⁵.

El Estado argentino, está obligado a garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos abortivos, de acuerdo a sus compromisos asumidos por el derecho internacional de los derechos humanos en lo relativo al derecho a la salud⁵⁶. La falta de políticas públicas destinadas a asegurar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos abortivos, da cuenta del estigma que pesa sobre este derecho de las mujeres e implica una discriminación inaceptable.

LOS EFECTOS DE LA PENALIZACIÓN DEL ABORTO. CRIMINALIZACIÓN

La penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales⁵⁷ y repele a las mujeres de los servicios de atención de salud expulsándolas a la clandestinidad y, en muchas ocasiones, exponiéndolas a prácticas inseguras.

Luego de que el Congreso de la Nación dejara pasar la oportunidad histórica de avanzar en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de niñas, adolescentes, mujeres, y varones trans, tomaron estado público distintos casos de muertes de mujeres por complicaciones por abortos inseguros que evidenciaron no solamente los efectos de la penalización si no también el recrudecimiento de las condiciones adversas para el acceso a prácticas de salud que ya son legales.

Apenas cinco días después del rechazo, murió Liz de 34 años por complicaciones de un aborto inseguro⁵⁸. Tenía un hijo y ya había pasado por dos abortos. Tres días

54 Informe del Relator Especial Salud, Anand Grover, 2013, A/HRC/23/42. Párrafos 20–29. Otras medidas desarrolladas por el Relator se refieren al control de márgenes comerciales, políticas arancelarias y de impuestos, fijación precios a fabricantes y la legislación y políticas en materia de competencia.

55 Acción emprendida por el CELS, Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto y la Secretaría de Género de Nuevo Encuentro-CABA., ver nota 38.

56 El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Otros instrumentos internacionales ratificados por la Argentina contienen disposiciones similares, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención de Derechos del Niño y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.

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

58 Véase <https://bit.ly/2NKXK0E>, <https://bit.ly/2Okej3w>.

después, se conoció el caso de R., una mujer de 27 años que murió también como consecuencia de un aborto inseguro⁵⁹. Tenía cuatro hijas/os.

Durante 2016 tomó estado público el caso de Belén⁶⁰ que generó una fuerte movilización social. Belén, una joven de 25 años de edad, estuvo privada de su libertad durante más de dos años en la Provincia de Tucumán, en el norte de Argentina, por haber sufrido un aborto espontáneo en un hospital público, tal como fue consignado en su historia clínica. Tanto médicos como policías violaron su derecho a la privacidad, la acusaron injustamente y la maltrataron durante su internación. En la madrugada del 21 de marzo de 2014, fue a la guardia del Hospital de Clínicas Avellaneda en San Miguel de Tucumán por dolores abdominales. La derivaron al Servicio de Ginecología porque tenía abundante sangrado. Allí, los médicos le informaron que estaba teniendo un aborto espontáneo de un feto de aproximadamente 22 semanas. Belén desconocía estar embarazada. Luego de recibir tratos degradantes por parte del personal de salud, fue denunciada a la guardia policial, en clara violación del secreto profesional que ampara la relación médico-paciente⁶¹. Belén ingresó al hospital público pidiendo ayuda, sin embargo, fue maltratada, acusada penalmente y privada de su libertad desde ese momento. Primero la imputaron por aborto seguido de homicidio, que es una figura penal inexistente. El fiscal de la causa luego cambió la acusación por la de homicidio doblemente agravado por el vínculo y alevosía, que tiene una pena de hasta 25 años de encierro. Belén estuvo detenida en prisión preventiva por más de dos años. El 19 de abril de 2016 fue condenada a 8 años de prisión, en un proceso judicial en el que se vulneraron sus derechos desde el comienzo ya que en ningún momento fue escuchada. El 12 de mayo de 2016 la justicia le denegó el pedido de excarcelación interpuesto por la defensa. El 15 de abril la Corte Suprema de Justicia Provincial dispuso su libertad, entendiendo que no existen motivos para extender su privación de libertad y meses después revocó su condena⁶².

Sobre este caso, se refirió el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el marco de sus Observaciones Finales relativas a la Quinta Evaluación Periódica del país en julio de 2016, referidas al estado de cumplimiento de las obligaciones asumidas en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Allí, además de expresar su preocupación por la falta de implementación de políticas

59 Véase <https://bit.ly/2N2oLYU>, <https://bit.ly/2xAR7oj>, <https://bit.ly/2Dz11jf>.

60 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>

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

62 Ver más información en <https://bit.ly/2lhHMFS>.

públicas que garanticen el acceso a abortos legales⁶³, el Comité remitió directamente al caso de “Belén” y exhortó al Estado a “revisar el caso a la luz de los estándares internacionales en la materia, con miras a su inmediata liberación”⁶⁴.

En distintas jurisdicciones del país se han constatado casos similares⁶⁵ e incluso iniciativas que incitan a las y los profesionales de la salud a denunciar a las mujeres que acuden a los servicios de salud, contraviniendo la jurisprudencia nacional e internacional en la materia⁶⁶.

El caso de Ramona⁶⁷ es paradigmático. Ramona tiene 22 años y fue procesada por el presunto delito de aborto y embargada por 100 mil pesos en Ushuaia. El caso se inició en 2016 cuando un joven fue a comprar Oxaprost⁶⁸ a una farmacia de Tierra del Fuego y se habría ido sin pagar. A partir de esto se inició una serie de actuaciones policiales y judiciales insólitas no para investigar un robo, sino para buscar a alguna mujer que hubiera interrumpido su embarazo. En esa búsqueda y en base a pruebas que resultan nulas –ya que la fiscalía debía investigar un hurto–, se imputó el 31 de octubre de 2017 a Ramona, que era víctima de violencia, estaba desempleada y tenía un hijo a quien cuidar desde que tenía 16 años. Después de dos años de judicialización, toda la instrucción fiscal sobre la joven fue declarada nula⁶⁹.

MATERNIDADES FORZADAS

Los registros oficiales de los últimos 5 años muestran que cerca de 3 mil niñas menores de 15 años por año afrontan embarazos y partos en el país. En promedio 8 niñas por día acuden al sistema de salud a parir. Según la investigación “Niñas Madres. Embarazo y Maternidad Forzada en América Latina”, el embarazo infantil forzado se produce cuando una niña (menor de 15 años) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. La continuación de los embarazos hasta su término deriva en una maternidad infantil forzada, ya que no fue buscada ni deseada por las niñas. El deseo de la niña de interrumpir el embarazo es el indicador más claro de que no desea ser madre.

Los riesgos que corren las niñas en estos embarazos son muy altos. El riesgo de vida suele ser el doble que el de las mujeres de mayor edad; suelen padecer una serie de complicaciones graves como la fistula obstétrica, pre y eclampsia, depresión profunda, aislamiento social, etc. La causal salud para la práctica de aborto puede también ---y ha sido--- invocada en múltiples casos pero suele ser denegada. Las relaciones

63 ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, Párrafo 11 CCPR/C/ARG/CO/5, 15 de julio de 2016.

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

65 Ver más información en: <https://bit.ly/2xloPbm>, <https://bit.ly/2Dztx0F>.

66 Véase Cárdenas, De la Vega y López en “Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización selectiva” (2017) Disponible en <https://bit.ly/2Fejs5t>.

67 Se trata de un seudónimo.

68 Nombre comercial del Misoprostol.

69 Ver mayor información en <https://bit.ly/2OQ2Wxl>.

sociales y familiares suelen alterarse en perjuicio de las menores. El Comité CEDAW en su última evaluación a Argentina se refirió a este tema en particular e instó al Estado argentino a asegurar el acceso al aborto legal y a servicios pos aborto en condiciones seguras⁷⁰.

FALTA DE INFORMACIÓN

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

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

ACCESO Y PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN

Por su composición federal, en Argentina son el estado federal y los estados provinciales 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, tal como hemos referido, no existe un registro de datos sobre interrupciones legales de embarazos: no se conoce el número de abortos legales realizados ni 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.

III. Preguntas sugeridas

- ¿Cómo se garantizará la continuidad de los programas y políticas federales con el nuevo diseño ministerial?
- ¿Qué medidas tiene previsto el Estado para mejorar el sistema de registro así como la producción de información?

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

- ¿Qué medidas tomara el Estado nacional para garantizar la provisión y accesibilidad a medicinas esenciales para la práctica del aborto en todo el territorio nacional?
- ¿De qué manera se garantizará el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular el acceso al aborto legal, frente a la amenaza de objeción de conciencia?
- ¿Qué acciones concretas se impulsarán para sortear los obstáculos de acceso emergentes como consecuencia del debate legislativo en relación a la regulación del aborto en Argentina?

IV. Recomendaciones al Estado

- Informe el presupuesto previsto y planes de implementación del “Plan ENIA” (Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia) y su articulación con el ya existente Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
- 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.
- 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.
- Adopte las medidas necesarias para garantizar que los casos de aborto legal sean realizados dentro del sistema de salud público.
- Garantice que el ejercicio de la objeción de conciencia no sea una barrera de acceso al ejercicio de derechos.
- Incorpore a nivel federal y como servicio básico y obligatorio del sistema de salud, las prestaciones necesarias para interrumpir embarazos en los casos contemplados por la ley vigente, incluyendo todos los métodos que, basados en la evidencia, resultan efectivos, seguros y preferidos en estos casos, de conformidad con lo establecido por la OMS.
- Garantice el acceso a las medicinas esenciales para el acceso al aborto seguro.
- Capacite a las profesionales de la salud en las mejores técnicas y procedimientos mas avanzados de acuerdo a la OMS para garantizar el acceso a los abortos en el país.
- Capacite a los integrantes de los equipos de salud acerca del valor del secreto profesional en la atención de abortos espontáneos o provocados.
- Promueva la discusión y posterior aprobación legislativa de la ley de aborto legal, seguro y gratuito.