

**INFORME CONJUNTO**  
**EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL ARGENTINA**  
**EVALUACIÓN DE TERCER CICLO**  
**ACCESO AL BORTO EN ARGENTINA**

Este informe fue elaborado conjuntamente por distintas organizaciones del país: Abogados Y Abogadas del NOA en Derechos Humanos y Estudios Sociales (ANDHES), Asociación Católicas 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), Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, Mujeres por Mujeres, Mujeres Autoconvocadas de Trelew, Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires (OVG).

## I. La situación del aborto en Argentina

### I.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”<sup>1</sup>. Con el fin de terminar con la práctica de *judicializar, entorpecer y/o demorar* el derecho al acceso al aborto no punible, el Tribunal estableció el alcance de los permisos y reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley, cuando su vida o su salud están en peligro o cuando el embarazo es producto de una violación sexual, sin importar la capacidad intelectual o psico-social de la mujer. La Corte convocó a los poderes judiciales de todas las jurisdicciones a que se abstengan de judicializar el acceso a los abortos legales. Y finalmente, exhortó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para remover todas las barreras que limitan el acceso a los servicios médicos y estableció diversas pautas que los protocolos deben contemplar<sup>2</sup>.

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”<sup>3</sup>. Este protocolo revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010<sup>4</sup>. 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.**<sup>5</sup>

### I. 2. Barreras al acceso a los abortos legales

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, violando sus derechos humanos a la

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

<sup>2</sup>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.

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

<sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>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 <http://www.cels.org.ar/common/documentos/CriminalizacionDelAborto.pdf>

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.<sup>6</sup>

En Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año<sup>7</sup>. En los hospitales públicos de todo el país se registran 53.000 internaciones por abortos al año<sup>8</sup>. 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.

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; la excesiva judicialización de una práctica sanitaria para dilatar y obstaculizar los abortos; los requerimientos dilatorios previstos en protocolos dictados en cumplimiento de la exhortación de la CSJN<sup>9</sup>, pero 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, la mala fe de los 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 ANP como prácticas esenciales del servicio de salud. Todas estas son estrategias dilatorias que operan en contra del derecho al aborto legal y someten a las mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional.

En abril de 2011 el Comité condenó a Argentina en el caso de “LMR”<sup>10</sup> 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. Finalmente el Estado Nacional reconoció su responsabilidad internacional, en 2014 tuvo lugar un acto de desagravio y en 2015 LMR fue indemnizada<sup>11</sup>. Sin embargo, **las condiciones que generaron que este caso llegara hasta conocimiento del Comité de Derechos Humanos aún no se han modificado**.<sup>12</sup>

---

<sup>6</sup>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 embarazo (DEIS, 2014). En 2012 las muertes habían ascendido a 258. Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas representan un cuarto de las MM. 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.

<sup>7</sup>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.

<sup>8</sup>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.

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

<sup>10</sup>Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007.

<sup>11</sup>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/>

<sup>12</sup> Ver información sobre estos casos en el informe presentado al Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra Las Mujeres (CEDAW). Disponible en:

[http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT\\_CEDAW\\_NGO\\_ARG\\_25467\\_S.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_NGO_ARG_25467_S.pdf)

**El recurso abusivo y arbitrario a 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 la Argentina.<sup>131415.</sup>

### ***1.3. Los efectos de la Penalización del aborto***

La penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales<sup>16</sup> y repele a las mujeres de los servicios de atención de salud. Durante 2016 tomó estado público el caso de Belén<sup>17</sup> 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 y 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-paciente<sup>18</sup>. 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. **Sin embargo, se encuentra aún a estudio la revisión de la condena<sup>19</sup>.**

---

13Sonia Ariza Navarrete, Resistencias al acceso al aborto no punible: la objeción de conciencia. Revista Derecho Penal. Año I Nº 2 Ediciones Infojus.

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

15ADC, 2015. Informe citado. Pág. 37

16Informe 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.

17Por 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>

18El 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

19Ver mayor información en <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2107>

Sobre este caso, se refirió el pasado 15 de julio de 2016, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el marco de sus Observaciones Finales relativas a la Quinta Evaluación Periódica del país, 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 abortos legales<sup>20</sup>, el Comité remite directamente al caso de “Belén”, y exhorta al Estado a “revisar el caso a la luz de los estándares internacionales en la materia, con miras a su inmediata liberación”<sup>21</sup>.

En distintas jurisdicciones del país se han constatado casos similares 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 materia.<sup>22</sup>

### **Maternidades Forzadas**

Según cifras de los últimos 5 años de registros oficiales, más de 3 mil niñas menores de 15 años por año en el país afrontan embarazos y partos. En promedio 9 niñas por día acuden al sistema de salud a parir. Los embarazos en éste rango de edad son en su gran mayoría resultado de abusos sexuales padecidos por las niñas por parte de varones de la familia o cercanos del círculo familiar<sup>23</sup>. El Comité CEDAW en su última evaluación a Argentina, el pasado noviembre de 2016, se refirió a este tema en particular e instó al Estado argentino a asegurar el acceso al aborto legal y servicios pos aborto en condiciones seguras.<sup>24</sup>

### **Falta de Acceso a medicinas esenciales<sup>25</sup>**

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 clandestinos<sup>26</sup>. Apesar 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 el Ministerio de Salud 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 aborto no punible del Ministerio de Salud de la nación y en diversas sentencias judiciales<sup>27</sup>.

En efecto, en Argentina no se encuentra autorizada la producción y comercialización de mifepristona, que es uno de los medicamentos recomendados primordialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la práctica de aborto. En cambio sí se produce y comercializa

---

<sup>20</sup>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.

<sup>21</sup>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.

<sup>22</sup>Ver mayor información en: <http://www.enredando.org.ar/2016/09/21/el-aborto-es-ilegal-solo-para-las-mujeres-pobres/>, [http://www.diarioregistrado.com/conurbano-registrado/grave--denunciaron-a-una-mujer-por-aborto-en-el-hospital-de-pilar-y-quedo-demorada\\_a57c89d67da77603d0f31c817](http://www.diarioregistrado.com/conurbano-registrado/grave--denunciaron-a-una-mujer-por-aborto-en-el-hospital-de-pilar-y-quedo-demorada_a57c89d67da77603d0f31c817)

<sup>23</sup>CLADEM (2016). *Niñas Madres. Embarazo y maternidad Infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Disponible en: [www.cladem.org](http://www.cladem.org)

<sup>24</sup>Comité CEDAW, Concluding observations on the seventh periodic report of Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/7, 18 de noviembre de 2016. Párrafo 33.c.

<sup>25</sup> Ver información en: <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2130>

<sup>26</sup>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/>

<sup>27</sup>Véase el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf> y la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>

misoprostol, que es la droga recomendada cuando la mifepristona no está disponible<sup>28</sup>. Cabe señalar que ambos son considerados “medicamentos esenciales” por la OMS por ser baratos, seguros, culturalmente aceptados para abortar de manera segura de manera ambulatoria en el primer trimestre de embarazo y con seguimiento médico en etapas posteriores. Ahora bien, el misoprostol en la Argentina es producido y comercializado por un único laboratorio (Laboratorios Beta, de capital nacional) en combinación con dicoflenac sódico, bajo el nombre de Oxaprost.

El Oxaprost se encuentra aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para usos gástricos exclusivamente, no reconociendo sus usos obstétricos y previendo modalidades de expendio sumamente restrictivas, que dificultan su acceso. El laboratorio, que goza del monopolio de producción y comercialización, abusa de su posición dominante e impone precios exorbitantes. El misoprostol no está incluido en el Plan Médico Obligatorio que deben cumplir las obras sociales y prestadoras privadas de salud. A tal punto llega el estigma de este medicamento, que dos provincias argentinas han aprobado leyes de dudosa constitucionalidad, prohibiendo el expendio de especialidades medicinales compuestas con misoprostol fuera de hospitales y proveedores de salud<sup>29</sup>.

De esta forma, un medicamento que ha probado cumplir un rol fundamental en el descenso de la tasa de morbilidad materna en América Latina, se retira de las farmacias y se imponen mayores restricciones para su acceso.

### ***Las cifras de Mortalidad Materna***

Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas<sup>30</sup> representan un cuarto de las MM<sup>31</sup>. 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.

Además, la 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”<sup>32</sup>, 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 Razón de MM fue de 32 muertes por cada 100.000 (2013) por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio<sup>33</sup>. De acuerdo con las cifras presentadas en un informe de UNICEF en 2015<sup>34</sup>, 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.

Por lo demás, no se está llevando a cabo un adecuado sistema de vigilancia activa de las muertes maternas. Se han hecho algunos esfuerzos por estimar las MM en función de la información disponible, a través del Sistema de Estadísticas Vitales –que sin embargo, no permite obtener

---

<sup>28</sup>Véase la Guía de la OMS “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, de 2012 (2ª Edición) en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)

<sup>29</sup>Véase la Ley 8116 de 2009 de la Provincia de Mendoza y la Ley 8291 de 2012 de la Provincia de San Juan.

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

<sup>31</sup>Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

<sup>32</sup>[dem

<sup>33</sup>DEIS, 2014

<sup>34</sup>[http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo\\_ODM\\_actualiza.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_ODM_actualiza.pdf)

información en “tiempo real”<sup>35</sup>, y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)<sup>36</sup>—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 nacional<sup>37</sup> pero su funcionamiento es cuanto menos errático. La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbo-mortalidad Materna sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular<sup>38</sup>; de hecho el único informe disponible<sup>39</sup> *online* sobre la Comisión data de ese año. 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<sup>40</sup>.

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 causa<sup>41</sup>. 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 la provincia de Buenos Aires.

### ***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; 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 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 fuera de la estadística los datos de los demás subsistemas que pueden presentar características muy diferentes e incluso llegar a alterar la media estadística.

El informe anual de servicios de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, 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 sistemas de salud locales. Según el Informe de Gestión de 2013, de las 24 jurisdicciones nacionales, 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

---

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

<sup>36</sup>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).

<sup>37</sup>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.

<sup>38</sup>Ortiz & Esandi, 2010.

<sup>39</sup>Al 25 de febrero de 2015.

<sup>40</sup>Ortiz & Esandi, 2010.

<sup>41</sup>Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

encuadraban dentro de las causales de aborto no punible<sup>42</sup>.

### ***Acceso y producción de información***

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 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? ¿Qué medidas adopto el ministerio de salud de la nación para unificar la política pública frente a la interrupción legal de embarazo según la recomendación de la CSJN en el fallo FAL?

2. ¿En qué estado se encuentran las discusiones parlamentarias acerca de la despenalización del aborto? ¿Ha considerado el PEN la articulación con el Poder legislativo nacional para la consideración de proyectos de ley para ampliar la despenalización de la interrupción del embarazo?

3. ¿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?

4. ¿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.

---

<sup>42</sup>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](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_ADR_ARG_19577_O.pdf)

5. 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.
6. Capacite a los integrantes de los equipos de salud acerca del valor del secreto profesional en la atención de abortos espontáneos o provocados.
7. Promueva la discusión y posterior aprobación legislativa de la ley de aborto legal, seguro y gratuito.