



Adelanto del Informe anual

Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización selectiva

7 MARZO 2017

Este capítulo fue elaborado por Edurne Cárdenas, del Equipo de Trabajo Internacional, y Andrés López Cabello y Lucía de la Vega, del Equipo de Litigio y Defensa Legal.

Agradecemos a Felicitas Rossi y a María Florencia Alcaraz por su atenta lectura; a nuestras aliadas con las que compartimos la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito: Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, Católicas por el Derecho a Decidir, el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Amnistía Internacional Argentina y a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Diego Morales, Chiara Padovani y Vanina Escales, integrantes del equipo de trabajo, participaron de las discusiones para la elaboración de este capítulo.

Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización selectiva

Durante 2016 la consigna Ni Una Menos volvió a tener un lugar central en la agenda pública. Esta gran movilización social en torno a los derechos de las mujeres incluyó el reclamo por que se garantice el acceso igualitario a los abortos que son legales desde 1921 y por la legalización del resto. El caso de Belén,¹ una mujer tucumana encarcelada y condenada a partir de un aborto espontáneo, generó un amplio debate sobre las prácticas médicas y judiciales discriminatorias y criminalizantes.

En marzo de 2017 se cumplieron cinco años de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN o la Corte) en el caso conocido como “F., A. L.”. Integrada por Enrique Petracci, Carmen Argibay, Helena Highton, Carlos Fayt, Carlos Maqueda, Raúl Zaffaroni y Ricardo Lorenzetti, la Corte reafirmó en ese fallo que en la Argentina las mujeres, las niñas y las personas trans con capacidad de procrear tienen el derecho constitucional a interrumpir un embarazo en todas las circunstancias permitidas por el Código Penal promulgado hace casi un siglo: cuando su vida o su salud están en peligro o cuando el embarazo es producto de una relación sexual no consentida, sin importar su capacidad intelectual o psicosocial. La CSJN puso fin a las controversias sobre la interpretación del art. 86, inc. 2 del Código Penal referido a la causal violación. Para algunos, el aborto legal correspondía sólo a las víctimas de violación que tuvieran alguna discapacidad mental. La Corte estableció que “no es punible toda interrupción de un embarazo que sea consecuencia de una violación, con independencia de la capacidad mental de su víctima”. De este modo, reafirmó el derecho al aborto no punible, estableció criterios generales de interpretación y dio indicaciones explícitas y operativas para los distintos poderes y niveles del Estado.

1. El fallo “F., A. L.”

La CSJN resolvió terminar con la judicialización, el entorpecimiento y las demoras para el acceso al aborto no punible con el fin de que ese criterio guíe otros casos y de evitar el incumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado. Esta decisión significó un punto de quiebre porque aclaró el alcance de las causales previstas en la legislación y, además, estableció cómo debe proceder el Estado para garantizar el

¹ Todos los nombres son seudónimos para preservar a las mujeres involucradas.

derecho al aborto en los casos previstos por la ley. La Corte describió los obstáculos más comunes y llamó a los poderes, provinciales y nacionales, a adoptar medidas en los sistemas de salud y judicial para superarlos. En este sentido, exhortó al Estado a asegurar la “disposición de todas las condiciones médicas y sanitarias requeridas para la realización de los abortos legales de manera rápida, accesible y segura”,² sin imponer cargas desproporcionadas a las mujeres. Para ello, el tribunal convocó a todas las jurisdicciones a no judicializar el acceso a los abortos legales. También ordenó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que implementaran e hicieran operativos protocolos hospitalarios con el objeto de remover las barreras existentes para acceder a los servicios médicos. La Corte estableció que estos protocolos deben garantizar el acceso a la información y a la confidencialidad, evitar dilaciones innecesarias –por ejemplo, las que genera la intervención de comités de especialistas–, no requerir autorización judicial ni denuncia policial en los casos de violación y considerar suficiente una declaración jurada. Y que si los trabajadores de la salud quieren manifestar una objeción de conciencia, deben hacerlo cuando se implementa el protocolo o al iniciar las actividades en el establecimiento. La Corte también estableció que se debe sancionar a los profesionales que dificulten o impidan el acceso al aborto.

El máximo tribunal fundó su decisión en instrumentos de derechos humanos regionales y universales y en la obligación del Estado de prevenir, castigar y erradicar la discriminación y la violencia hacia las mujeres. Recuperó las recomendaciones de distintos organismos internacionales de derechos humanos que llamaron la atención al Estado argentino sobre la falta de acceso a los abortos legales y que recomendaron adoptar una serie de medidas, incluidas las de garantizar el acceso en todo el país y la de legalizar el aborto.³

PREOCUPACIÓN INTERNACIONAL POR LA SITUACIÓN DEL ABORTO EN LA ARGENTINA

Las deudas de nuestro país en materia de derecho al aborto fueron señaladas por distintos órganos internacionales de derechos humanos y ponen en evidencia la falta de políticas suficientes desde el fallo “F., A. L.”.

2 CSJN, “F., A. L. s. medida autosatisfactiva”, consid. 25.

3 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales a Argentina, CCPR/CO/70/ARG, 3/11/2000; CCPR/C/ARG/CO/4, 31/3/2010; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales a Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/6; Comité de Derechos del Niño, Observaciones finales a Argentina, CRC/C/ARG/CO/3-4, 21/6/2010.

En 2016, la Argentina fue evaluada por dos comités de derechos humanos que valoraron positivamente el fallo, pero señalaron dificultades y falta de acceso al aborto, y recomendaron acciones que corresponden a los distintos poderes del Estado, en todos sus niveles.

El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas señaló que la aplicación del fallo no es uniforme en el país y que el aborto legal es muchas veces inaccesible por la falta de protocolos médicos y por el ejercicio abusivo de la objeción de conciencia por parte de los trabajadores de la salud, entre otros obstáculos institucionales. El Comité recomendó al Estado nacional que revisara la legislación sobre aborto, incluida la legislación penal, y que considerara la posibilidad de descriminalizarlo. También afirmó que el Estado debe asegurar que todas las mujeres y niñas puedan acceder a los servicios de salud reproductiva y garantizar que las barreras legales, la objeción de conciencia y la falta de protocolos médicos no las obliguen a recurrir al aborto clandestino.⁴

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), perteneciente a la ONU, señaló la persistencia de una alta tasa de mortalidad materna, principalmente por los abortos realizados en condiciones inseguras. También recomendó al Estado nacional revisar la legislación penal, asegurar que todas las provincias tengan protocolos para la atención de los abortos legales y establecer requisitos estrictos para evitar el uso indiscriminado de la objeción de conciencia.⁵

2. El rol oscilante del Poder Judicial frente a la obligación de garantizar el acceso al aborto legal

En abril de 2011, el Estado argentino fue condenado a nivel internacional en el caso de “L. M. R.”⁶ por la injerencia ilegítima del Poder Judicial en la vida de una mujer: al judicializar su derecho al aborto legal, la expulsó hacia el circuito clandestino y la puso en riesgo. Este antecedente fue tomado en consideración por la CSJN.

Sin embargo, hoy el Poder Judicial es un importante obstáculo para el acceso al aborto legal cuando actúa a partir de una denuncia de un aborto que está permitido

4 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales a Argentina, CCPR/C/ARG/CO/5, 15/6/2016.

5 CEDAW, Observaciones finales a Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/7, 18/11/2016.

6 Comité de Derechos Humanos, “L. M. R. c. Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007, 28/4/2011.

por la ley –realizada, por ejemplo, por organizaciones antiaborto o por funcionarios–y cuando persigue de forma penal el delito de aborto, con frecuencia, a partir de una violación del secreto profesional.⁷

El máximo tribunal estableció guías de interpretación y acción y, siete meses después de su fallo, al intervenir en la causa “Pro familia”⁸ reiteró el mismo criterio. Sin embargo, desde entonces la Corte no se volvió a involucrar en la discusión sobre el aborto. Incluso en 2014 rechazó el pedido presentado por Amnistía Internacional Argentina, la Asociación por los Derechos Civiles (ADC), el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y el CELS para que se llamara a una audiencia pública sobre la situación del acceso al aborto no punible en el país y tomara las medidas necesarias para lograr el efectivo cumplimiento del fallo. Con este rechazo, se perdió la oportunidad de que la Corte supervisara el cumplimiento de su sentencia.

Los tribunales federales inferiores tampoco ofrecen una respuesta adecuada. Por ejemplo, en 2014 Amnistía Internacional Argentina, el ELA y el CELS interpusieron una acción colectiva para que el Ministerio de Salud de la Nación incorporara, a nivel federal y como servicio básico y obligatorio del sistema de salud, las prestaciones necesarias, efectivas y seguras para interrumpir embarazos cuando esto es legal. A más de dos años de iniciada la acción, en el trámite judicial sólo se discutieron cuestiones procesales y de forma.

LITIGIO POR EL ACCESO A ABORTOS NO PUNIBLES EN LA CABA

En noviembre de 2012, la ADC, el ELA, la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) y el CELS presentaron una acción de amparo colectivo contra el gobierno de la ciudad pidiendo la inconstitucionalidad de la Resolución 1252 del Ministerio de Salud porteño, entonces a cargo de Jorge Lemus, actual ministro de Salud de la Nación. La resolución establece requisitos que son obstáculos para acceder al aborto no punible y desconoce estándares de derechos humanos en materia de discapacidad.

7 Véase Cecilia Gebruers y Natalia Gherardi, *El aborto legal en Argentina. La justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F., A. L.*, Buenos Aires, CEDES - ELA, 2015.
8 Competencia n° 783, XLVIII, “Pro Familia Asociación Civil el GCBA y otros s/impugnación de actos administrativos”. Para un análisis pormenorizado del caso, véase Cecilia Hopp, “El caso ‘Pro Familia’. Militancias y resistencias en torno al aborto legal”, *Pensamiento Penal*, disponible en <www.pensamientopenal.com.ar>.

El Poder Judicial de la ciudad dictó dos medidas cautelares que suspendieron la exigencia de los requisitos cuestionados, ordenó la implementación de un sistema de apoyos para garantizar el acceso al derecho de las mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial y dictó un fallo que declaró la inconstitucionalidad de la resolución en primera instancia.

En abril de 2016, la Sala III de la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario revocó la decisión de primera instancia: sostuvo que el amparo era una vía procesal inidónea y no trató el problema. Las organizaciones presentaron un recurso de inconstitucionalidad que espera la decisión del Tribunal Superior de Justicia de la CABA. Mientras el trámite judicial transcurre con marcada lentitud, las medidas cautelares siguen vigentes y los servicios de salud deben garantizar el acceso al aborto legal sin imponer trabas burocráticas.

3. Criminalización de mujeres que atraviesan una emergencia obstétrica

En el marco de un relevamiento realizado en 2016,⁹ se identificaron quince casos de mujeres criminalizadas luego de atravesar una emergencia obstétrica.¹⁰ Se trata de jóvenes, de entre 18 y 22 años, con escasos recursos económicos, que ingresaron al sistema público de salud de donde salieron con custodia policial.

Las mujeres que buscan atención médica por una emergencia obstétrica se exponen a las consecuencias de la penalización del aborto. El primer eslabón del dispositivo persecutorio son los trabajadores de la salud que hacen una denuncia a la policía. A pesar de que el caso se inicia viciado por la violación del secreto profesional, los fiscales y jueces dan curso a la acción penal.

Organizaciones que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos en distintos lugares del mundo utilizan la figura del “estigma del aborto” para referirse a cómo las sociedades y las instituciones señalan, impugnan y condenan a quienes interrumpen un embarazo o tienen alguna relación con esa práctica.¹¹ En nuestro país, con

9 María Florencia Alcaraz, “Presas sin ley. La criminalización del aborto: datos y realidades”, *MU: el periódico de la vaca*, n° 104, octubre de 2016.

10 No existen registros oficiales. Tal relevamiento se realizó a partir de los casos que han tomado estado público a raíz de intervenciones del movimiento de mujeres.

11 Véanse International Planned Parenthood Federation (IPPF), “Tackling Abortion Stigma”, disponible en <www.ippf.org>, e International Pregnancy Advisory Services (IPAS), “Abortion Stigma”, disponible en

frecuencia, operadores judiciales, abogados y efectores sanitarios son parte de estos procesos de estigmatización que impiden el acceso al aborto legal y/o resultan criminalizantes. El efecto general es que las mujeres son expulsadas a la clandestinidad, incluso cuando los abortos son legales, debido al temor fundado a terminar presas.¹² De este modo, la penalización del aborto obstaculiza el acceso a los servicios de salud.

Lo que le ocurrió a Belén, quien estuvo presa y continúa criminalizada por un aborto espontáneo, aleja a las mujeres, niñas y trans de los servicios de salud sometiéndolas a situaciones de riesgo.

Toda mujer tiene derecho a recibir atención médica tras un aborto, al margen de si su circunstancia es considerada legal o no. En su última revisión de la Argentina, el CEDAW instó con urgencia al Estado a garantizar el acceso a los servicios de atención postaborto en el sistema de salud,¹³ sin importar que el aborto haya sido espontáneo o inducido. Por su parte, Anand Grover, relator especial de Naciones Unidas, con respecto al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, indicó que la atención

debe ser incondicional, aun cuando el aborto conlleve sanciones penales, no deberá depender de la posterior cooperación de la mujer en el enjuiciamiento penal, y en ningún caso podrá utilizarse como prueba contra ella ni contra quienes hayan practicado el aborto. La legislación no debe obligar al personal sanitario a denunciar a las autoridades policiales o judiciales a las mujeres que hayan recibido atención relacionada con el aborto.¹⁴

Sin embargo, en el país se registran hechos de desamparo y persecución. Como en el caso de Belén en Tucumán, de Carla en Pilar, de Yamila en Rosario y de María en

<www.ipas.org>. Para un análisis en la región, véase Nina Zamberlin, "Estigma y aborto. El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina", en *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*.

12 Véase INROADS, "Abortion Stigma and Quality of Care. A Proposed Framework for Analysis and Integration", mimeo.

13 CEDAW, Observaciones finales a Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/7, 18/11/2016.

14 ONU, Informe del relator de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Anand Grover, sobre "El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", A/66/254, 3 de agosto de 2011, párr. 30.

Santiago del Estero. Fueron perseguidas penalmente cuando buscaron atención por una emergencia obstétrica; la denuncia se realizó desde el propio establecimiento de salud, sin respetar la garantía de confidencialidad que impide que la información que surja de la atención médica se constituya en prueba contra la mujer.

Belén llegó al hospital con cólicos renales acompañada de su madre. Fue revisada, y se consignó en su historia clínica un “aborto espontáneo incompleto sin complicaciones”. En el lugar trabajan médicos de la policía, uno de los cuales señaló a Belén como “homicida”. Belén fue privada de libertad y la trasladaron directamente a la cárcel.

Carla ingresó a un hospital de Pilar con fuertes dolores abdominales. Tras retirarle la placenta, el médico la sometió a un interrogatorio y completó un parte policial con el texto: “Parto domiciliario sin feto”.

Yamila se acercó al Hospital de Rosario con una hemorragia, acompañada de su padre, a quien le indicaron allí que debía dirigirse a la comisaría para realizar una denuncia policial contra su hija.

María era víctima de violencia de género y llegó al Hospital Regional Ramón Carrillo, de Santiago del Estero, con una grave infección. Por temor a ser denunciada, no informó que se había realizado un aborto y los médicos le suministraron varios medicamentos para retener el embarazo. Su hermana Eva advirtió al médico que María había intentado abortar. María murió el 9 de agosto, y su hermana, su madre y una amiga fueron procesadas penalmente por haber colaborado en la realización del aborto.

Natalia, de Tierra del Fuego, fue víctima de violencia intrafamiliar durante años. Quedó embarazada como consecuencia de actos de violencia sexual por parte de su pareja. Si bien su caso se encuadraba dentro de la causal violación, se sometió a un aborto en el circuito clandestino, por temor a la persecución penal. Por este hecho enfrentó un proceso penal durante seis años hasta su absolución, en 2015.

La violación del secreto profesional

Ninguna información obtenida como consecuencia de la atención médica puede ser prueba en contra de una persona, y la actuación del médico y de cualquier profesional de la salud está cubierta por la garantía del secreto profesional. Violar el secreto es un delito penado por el Código Penal e implica que la denuncia realizada por los médicos

o enfermeros sea nula. Sin embargo, muchos casos de criminalización se originan en denuncias de médicos.

En 1966, la Cámara Nacional Criminal y Correccional, en la sentencia “Natividad Frías”,¹⁵ sostuvo que el conocimiento de un aborto que un médico obtiene en el marco de la asistencia a una mujer debe encuadrarse en la garantía del secreto profesional. Este criterio fue reafirmado por la CSJN en la causa “Baldivieso, César Alejandro”.¹⁶

La condena penal contra Belén –que al cierre de este Informe está siendo revisada por la Corte Suprema de Justicia de Tucumán– se sostiene únicamente en las declaraciones testimoniales del personal médico. El planteo de su defensora, Soledad Deza, quien argumenta que hubo una violación del secreto profesional, no fue considerado por el tribunal inferior.

En 2012, en esa misma provincia, María Magdalena llegó con un aborto en curso al Hospital Nuestra Señora de las Mercedes. Las médicas hicieron ingresar a la policía a la sala de parto, la operaron sin anestesia y la imputaron por aborto. Tras estar procesada cerca de tres años,¹⁷ en 2015 fue sobreseída. Las médicas fueron denunciadas por haber violado el secreto profesional, pero la Corte provincial rechazó investigarlas. La causa se encuentra en estudio por la CSJN, para investigar la responsabilidad de violación del secreto profesional y la violencia a la que fue sometida la mujer.¹⁸

En el caso de Natalia, la jueza de instrucción libró oficios a los distintos centros de salud de la ciudad de Río Grande, en Tierra del Fuego, para que informaran, sin respetar el secreto profesional, si había sido atendida en alguno de los centros y si se había realizado un aborto. Ante las respuestas negativas, reiteró el pedido varias veces.

En agosto de 2016, en el Centro de Salud Doctor Springolo de Morón, provincia de Buenos Aires, apareció un cartel que ordenaba a los médicos denunciar a las mujeres con “sospecha de aborto” en la comisaría del lugar. Cuando la orden tomó estado público, el intendente de Morón separó al coordinador médico del centro de salud. El Ministerio de Salud provincial recordó al personal que su deber de confidencialidad

15 Cám. Nac. Crim. y Correc., “Natividad Frías”, 26/8/1966, plenario, *JA*, t. 1966-V, p. 69.

16 CSJN, “Baldivieso, César Alejandro”, AR/JUR/7491/2010, 20/4/2010.

17 Véase Mariana Carbajal, “Dos médicas con paraguas”, *Página/12*, 25 de julio de 2016, disponible en <www.pagina12.com.ar>.

18 Véase Mariana Carbajal, “Dos médicas con objeción de Hipócrates”, *Página/12*, 13 de agosto de 2009, disponible en <www.pagina12.com.ar>.

prevalece en caso de asistir a mujeres por un aborto y que no se debe realizar denuncia policial o judicial ni amenazar con hacerlo.¹⁹

Encarcelamiento y violencia contra las mujeres que buscan atención

Cuando las mujeres son denunciadas en un hospital por realizarse un aborto, con frecuencia padecen también situaciones graves de violencia. Además de declarar la nulidad de todo el proceso, los fiscales y jueces deben investigar los hechos que pueden constituir tratos crueles, a veces incluso tortura, y que son ejemplos de violencia institucional, de acuerdo con la Ley 26 485 de Violencia contra las Mujeres. Las medidas ordenadas para obtener pruebas son alarmantes. Por ejemplo, en un caso se ordenó la custodia policial en el propio centro de salud, y se tomó declaración indagatoria a mujeres convalecientes. Belén padeció hechos de violencia dentro del hospital: se despertó de la anestesia bajo la custodia de las fuerzas de seguridad, y la hicieron declarar como imputada cuando estaba aún convaleciente. La psiquiatra incluso intentó que confesara un delito. También a Carla el personal del hospital la amenazó para que confesara un delito y llamó de inmediato a la policía para custodiarla en el centro de salud.

El sistema judicial no ejerce su rol de investigar los hechos de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes padecidos por mujeres, niñas y personas trans por parte de los profesionales en los servicios de atención de la salud.

Al mismo tiempo, en la mayoría de los casos se impone la prisión preventiva. Belén estaba aún internada cuando se dispuso su privación de la libertad, sin que existiera riesgo de fuga ni de entorpecimiento de la investigación. Permaneció detenida más de dos años hasta que, como consecuencia de una intensa movilización nacional de la que participó el CELS, la Corte tucumana hizo lugar a un planteo de la defensa y revocó la medida en agosto de 2016.

Eva, criminalizada por haber supuestamente participado del aborto por el que murió su hermana, estuvo detenida veintiún días a la espera de ser llamada a declarar, pese a estar embarazada y tener dos niños pequeños a cargo. La actuación estuvo bajo la

¹⁹ Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires, “Qué debe hacerse y qué no puede hacerse ante una mujer que consulta en situación de aborto”, Comunicación n° 4, 23 de agosto de 2016.

órbita del Juzgado de Instrucción en lo Criminal y Correccional nº 5 de Santiago del Estero. Al final fue excarcelada, aunque continúa imputada.

La falta de consideración a la palabra de las mujeres es un rasgo común de estos procesos judiciales: sus testimonios son valorados en escasas ocasiones y muchas veces sólo son tomados en cuenta como prueba en su contra. Ser mujeres, pobres, jóvenes y acusadas de abortar coloca a las imputadas en una posición de mayor vulnerabilidad ante el sistema de justicia. En palabras de Belén:

Yo estuve callada durante dos años. No me animaba a hablar. Tenía miedo. Me habían dicho que me darían perpetua. Me condenaron sólo por dichos, por ser humilde, por ir al hospital, por no tener plata para ir a una clínica y pagar una buena defensa.²⁰

A Belén no la escucharon ni el fiscal, ni los jueces, ni su defensora oficial. Declaró durante la instrucción y el debate. Dijo que no sabía que estaba embarazada, que sufrió un aborto espontáneo, negó los hechos imputados y relató la violencia que sufrió durante su internación. Nada de ello fue tomado en cuenta por el tribunal. En el caso de Yamila, la justicia no consideró su testimonio, ni el de su madre, ni el de otros familiares. Sin embargo, sí valoró el testimonio de su ex pareja, de quien Yamila había padecido hechos de violencia.

EL PODER LEGISLATIVO POSTERGA LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

El 28 de mayo de 2017 se cumplen diez años de la primera presentación del proyecto de ley de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, que plantea la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Durante estos años, además del proyecto de la campaña, se presentaron otras iniciativas para transformar las disposiciones de la Corte en ley.

Para evitar que perdiera estado parlamentario, el proyecto –que acumuló más de setenta firmas de legisladores de distintos bloques políticos– fue presentado cada dos años. Recién en noviembre de 2014 fue tratado por

20 “Carta de Belén desde la cárcel de Tucumán”, disponible en <amnistia.org.ar >.

primera vez en Comisión, aunque en una jornada de debate extenso no se pudo firmar dictamen. La Comisión no volvió a sesionar para dar el debate, y durante 2015 el tema no fue tratado con el pretexto de que era un año electoral.²¹

En 2016 la campaña presentó un nuevo proyecto que propone la legalización de la interrupción del embarazo hasta la semana catorce en todos los servicios del sistema de salud, en un plazo máximo de cinco días desde su requerimiento. Para la interrupción de embarazos más allá de la semana catorce, se establecen tres causales: violación; riesgo a la vida o la salud física, psíquica o social de la mujer; y/o malformaciones fetales graves. El proyecto fue firmado por más de cuarenta diputados de distintos partidos y fue girado esta vez a diferentes comisiones, pero no tuvo tratamiento.

4. El Poder Ejecutivo y el derecho al aborto legal

El Poder Ejecutivo nacional no implementa políticas que aseguren los derechos sexuales y reproductivos, ni garantiza las condiciones para el acceso al derecho al aborto legal. Mucho menos ha impulsado una modificación legislativa que despenalice la interrupción voluntaria del embarazo. Ante este escenario, la Corte Suprema no intervino para garantizar el cumplimiento de su propia decisión, ni por iniciativa propia, ni a pedido de las organizaciones que en 2014 solicitaron que se realizara una audiencia con este fin.

El Ministerio de Salud es el organismo federal responsable de garantizar un acceso igualitario a la salud. Sin embargo, no ha iniciado ninguna acción significativa tendiente a la implementación de las órdenes de la Corte en “F., A. L.”, y la posibilidad de acceder a un aborto legal es diferente según en qué lugar del país se encuentre la mujer o niña que lo requiere.

Desde 2007 el Ministerio de Salud de la Nación publica y actualiza un protocolo nacional de atención de abortos no punibles. La versión de 2015, ahora titulado

21 Véanse Soledad Vallejos, “El debut de un debate más que caliente”, *Página/12*, 5 de noviembre de 2014, disponible en <www.pagina12.com.ar>; Laura Salomé Canteros, “El derecho al aborto sin quórum en la Comisión de Legislación penal”, *Marcha*, 5 de noviembre de 2014, disponible en <www.marcha.org.ar>; “No hubo dictamen de comisión en Diputados para debatir la despenalización del aborto”, *La Nación*, 4 de noviembre de 2014, disponible en <www.lanacion.com.ar>.

“Protocolo de atención integral a personas con derecho a una interrupción legal del embarazo”, se adecua a los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los criterios del fallo “F., A. L.”. Sin embargo, no está ratificado por una resolución ministerial o por una norma superior, y no es obligatorio para las provincias.

En 2010 el Estado argentino anunció al CEDAW que la guía de atención integral para casos de abortos no punibles había sido aprobada por la Resolución ministerial 1184/2010, del 12 de julio, el día anterior a la audiencia ante el Comité. Dos semanas después, el entonces ministro de Salud Juan Manzur negó en un comunicado oficial haber firmado esa resolución ministerial.

Desde entonces, el Poder Ejecutivo no reglamentó los protocolos de atención de las interrupciones legales del embarazo para todo el país y dejó la tarea en manos de cada provincia. En 2010 el CEDAW recomendó que la guía técnica se implementara en todo el país “de modo que exista un acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir el embarazo”.²² Sin embargo, la tarea está en manos de cada gobierno provincial, y cinco años después de “F., A. L.”, sólo nueve de las veinticuatro jurisdicciones tienen protocolos que se adecuan al fallo (Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe, Río Negro y Tierra del Fuego), ocho no cuentan con protocolos de atención (Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán) y las siete restantes tienen protocolos que establecen requisitos y exigencias indebidos que constituyen obstáculos ilegales al aborto legal (CABA, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Buenos Aires y Salta).²³ En la provincia de Buenos Aires, en octubre de 2016, el Ministerio de Salud adhirió al protocolo nacional a través de la Resolución 2095/2016. Días después la ministra Zulma Ortiz dio marcha atrás y dejó sin efecto la resolución, por decisión de la gobernadora María Eugenia Vidal, ante reconocidas presiones de la jerarquía católica. En consecuencia, sigue vigente el protocolo anterior, que no se adecua a los estándares fijados por la Corte.

22 CEDAW, Observaciones finales, CEDAW/C/ARG/CO/6, párr. 38.

23 Véase el informe “La situación del aborto en Argentina”, presentado por organizaciones de la sociedad civil ante el CEDAW, disponible en <tbinternet.ohchr.org>.

El acceso a información adecuada

El Ministerio de Salud de la Nación es responsable de producir y difundir información clara y confiable sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, y también debe informar a la sociedad acerca de cómo ejercer estos derechos. Ambas cuestiones son muy deficitarias. Por un lado, el sistema de registro oficial es endeble y no da cuenta de manera confiable de los abortos legales que se proveen.²⁴ Además, la producción de los datos sanitarios sobre abortos se genera en el sistema público de salud, lo que deja fuera información de otros subsistemas, como el de las obras sociales y la medicina prepaga, así como del sistema de atención primaria de la salud. En 2016, las representantes del Estado nacional ante el CEDAW no pudieron responder qué medidas se estaban tomando para garantizar el acceso a los abortos legales. Ante la pregunta por los datos sobre aborto, una integrante de la delegación oficial contestó que no existen datos ni información precisa porque el aborto es ilegal, en contradicción con lo que establece la ley argentina. La delegación prometió enviar información adicional al Comité en las siguientes cuarenta y ocho horas, pero eso no ocurrió.

La ausencia de información impide conocer la demanda de abortos legales, prever los insumos y recursos humanos necesarios y, en definitiva, plantear una política pública fundada. Además de las falencias en el registro, no existen indicadores de evaluación de las políticas públicas.²⁵

El Estado tiene la obligación de promover los derechos fundamentales e implementar acciones positivas como la difusión de información sobre estos. A pesar de que el Poder Ejecutivo debe desempeñar un papel activo,²⁶ persisten la desinformación, los obstáculos y las restricciones.

24 Amnistía Internacional Argentina, "Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos. Registro del aborto legal en el sistema de salud argentino", disponible en <www.amnistia.org.ar>.

25 "La situación del aborto en Argentina", cit.; el Informe "Evaluación sobre el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Situación del aborto en Argentina", presentado ante el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, disponible en <tbinternet.ohchr.org>.

26 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC), Observación general 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2016, E/C.12/GC/22, párr. 18, disponible en

El acceso a medicinas y a procedimientos para un aborto seguro

De acuerdo con la evidencia científica disponible, el uso de medicamentos y determinados procedimientos son prácticas seguras y eficaces para la interrupción del embarazo. La inclusión de las modalidades de interrupción del embarazo –en particular, el aborto farmacológico y la aspiración manual endouterina (AMEU)– en todos los servicios de salud y en el Programa Médico Obligatorio (PMO) es competencia del Poder Ejecutivo. Esto supone garantizar la formación del personal y la disponibilidad de insumos en todos los hospitales y establecimientos de salud de los subsistemas de obras sociales y privados. En este sentido, el PMO es el régimen de asistencia obligatoria que establece las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico-odontológico que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga deben asegurar a sus beneficiarios. La inclusión de las modalidades de interrupción del embarazo en el PMO constituye una condición para garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Respecto de los medicamentos, aunque la ley prevé estos casos, la Corte Suprema reafirmó el derecho y el Ministerio de Salud recomienda prácticas medicamentosas de aborto, en la Argentina no existen medicamentos reconocidos por la autoridad sanitaria para fines abortivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la interrupción del embarazo con una combinación de mifepristona y misoprostol²⁷ y, desde hace diez años, incluyó el misoprostol en sus sucesivos listados de medicamentos esenciales, por sus aplicaciones para abortos seguros y atención postaborto, además de sus usos para parto y posparto. Para la caracterización de los “medicamentos esenciales”, la OMS toma en cuenta su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa. Estos medicamentos deben estar

disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada,

<www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/C.12/GC/22&referer=www.un.org/en/documents/index.html&Lang=S>.

27 Véanse Kelly Blanchard y otros, “Misoprostol Used Alone for the Termination of Early Pregnancy. A Review of the Evidence”, *Contraception*, vol. 59, n° 4, 1999; Mary Gatter y otros, “Efficacy and Safety of Medical Abortion Using Mifepristone and Buccal Misoprostol through 63 Days”, *Contraception*, vol. 91, n° 4, 2015; Ritva Nissi y otros, “Mifepristone and Misoprostol Is Safe and Effective Method in the Second-Trimester Pregnancy Termination”, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 294, n° 6, 2016.

y a un precio asequible para las personas y para la comunidad.²⁸

El Ministerio de Salud de la Nación y algunas provincias han establecido como método preferencial para la interrupción legal del embarazo el tratamiento medicamentoso con las pastillas de 200 mcg de misoprostol. Sin embargo, la falta de políticas públicas destinadas a asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos es otra de las restricciones que existen para el ejercicio del derecho al aborto, en los casos en que la legislación nacional establece que son legales. Al mismo tiempo, las provincias de Mendoza y de San Juan aprobaron leyes que prohíben el expendio de medicinas compuestas con misoprostol fuera de hospitales y proveedores de salud e incluso promovieron una regulación restrictiva para todo el país.²⁹

En la Argentina no se encuentra autorizada la producción y comercialización de lamifepristona, mientras que el misoprostol es producido y comercializado por un laboratorio privado (Laboratorios Beta) con el nombre “Oxaprost” y está autorizado sólo para tratamientos gástricos, sin indicación para usos obstétricos.

El Ministerio de Salud es responsable de impulsar o la importación de mifepristona o la producción pública de mifepristona y misoprostol. En 2011 el Congreso nacional aprobó la Ley 26 688 que declaró de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos y, en diciembre de 2014, aprobó la Ley 27 113 que creó la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, dependiente del Ministerio de Salud. La oportunidad que generan estas leyes motivó en 2015 una presentación de Católicas por el Derecho a Decidir, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem), el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (Insgenar) y la Secretaría de Género-CTA en la que se pedía al Ministerio de Salud la producción pública de misoprostol y mifepristona.

En 1998, por presión de un sector conservador de los profesionales de la salud, la Anmat modificó el prospecto y las condiciones de venta de los medicamentos que contienen misoprostol y estableció su venta bajo la modalidad de “receta archivada”, una de las formas de expendio más restrictivas. Veinte años después, la evidencia científica dio acabada cuenta de la seguridad, eficacia y aceptabilidad del uso del

28 OMS, “Medicamentos esenciales”, disponible en <www.who.int/topics/essential_medicines/es>.

29 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, expte. 6593-D-2016.

misoprostol para la interrupción del embarazo. La evidencia científica y las obligaciones internacionales de derechos humanos asumidas por la Argentina son elementos suficientes para exigir la inmediata revisión de la Disposición 3646/98 y que se reconozcan los usos obstétricos del misoprostol. Por este motivo, en septiembre de 2016, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, la Secretaría de Género de Nuevo Encuentro-CABA y el CELS solicitaron a la Anmat que reconociera los usos obstétricos del misoprostol y garantizara el acceso a esta medicina –entre otros aspectos, deben modificarse las condiciones de expendio–. Al momento de cierre de este Informe no ha habido respuesta.

**CUANDO EL MERCADO DECIDE
SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES**

En la Argentina, el Laboratorio Beta es el productor monopólico de misoprostol. Aumenta de forma arbitraria el precio del medicamento, transforma su presentación para eludir 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, incrementa 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. 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, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, la Secretaría de Género de Nuevo Encuentro-CABA y el CELS se presentaron ante la Comisión de Defensa de la Competencia para iniciar un proceso sancionatorio en contra del laboratorio en los términos de la Ley 25 156. Sobre este tipo de situaciones, el relator especial de Naciones Unidas³⁰ 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”.³¹ También

30 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, párr. 58.

31 Informe del relator especial salud, Anand Grover, 2013, A/HRC/23/42, párr. 20. También, el Informe del relator especial salud, Anand Grover, 2009, A/HRC/11/12, párr. 11.

señaló 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 explorar diversas vías para el control de precios de los medicamentos, como la fijación de precios por referencias externas o por referencias terapéuticas.³²

Hasta el cierre de este Informe, la Secretaría de Comercio no resolvió ninguno de los pedidos de medidas de prevención y sanción, y el laboratorio continúa con sus prácticas abusivas en perjuicio de la salud de las mujeres. Entre 2014 y 2016 el precio de la caja de dieciséis pastillas aumentó un 300%.

EL ACCESO A MEDICAMENTOS ABORTIVOS DESDE EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las obligaciones del Estado en lo que respecta a la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos abortivos se desprenden del corpus jurídico internacional de derechos humanos ratificado por la Argentina. Además del derecho de toda persona a la salud física y mental contenido en todos los pactos, algunos organismos se pronunciaron en particular sobre la cuestión del acceso a medicamentos abortivos: la Observación general 14 del Comité DESC establece que los Estados deben, como mínimo, asegurar la provisión de medicamentos de acuerdo al Listado de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.³³ La Observación general 22 se refiere a la obligación estatal de proveer medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto y 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”. También afirma que las políticas y prácticas basadas en la ideología no deben ser un obstáculo para el

32 Informe del relator especial salud, Anand Grover, 2013, A/HRC/23/42, párrs. 20-29. Otras medidas desarrolladas por el relator se refieren al control de márgenes comerciales, políticas arancelarias y de impuestos, fijación de precios a fabricantes y legislación y políticas en materia de competencia.

33 Comité DESC, Observación general 14, párr. 43.d.

acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos, el acceso a los medicamentos abortivos.³⁴

Acerca del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el relator especial expresó que “la obtención de píldoras abortivas de carácter médico, como mifepristona y misoprostol, aunque están incluidas en la Lista de la OMS, tropieza con restricciones culturales y legales en muchos Estados, lo que limita el acceso de la mujer a la salud sexual y reproductiva”.³⁵

5. Obstáculos que exigen políticas urgentes

Pese a que el sistema legal argentino permite el aborto en determinadas circunstancias y que hace cinco años la CSJN ordenó adoptar medidas para garantizar el acceso a esta práctica, los obstáculos permanecen. Numerosos casos muestran la vigencia del estigma que pesa sobre el aborto en la Argentina y cómo el sistema de justicia lo reproduce y fortalece. La persecución del Poder Judicial a quienes llegan en búsqueda de atención médica por emergencias obstétricas condiciona también a quienes deban buscarla en el futuro. Así, las mujeres, niñas y trans son empujadas a la clandestinidad, y su vida y salud se ponen en riesgo: el aborto inseguro es la principal causa de mortalidad materna entre las mujeres jóvenes y pobres.

Numerosas instancias del sistema internacional de protección de los derechos humanos han llamado la atención sobre la urgencia de abolir este tipo de obstáculos. Entre ellas, el Comité DESC, que ha señalado que “la realización de los derechos de la mujer y la igualdad de género, tanto en la legislación como en la práctica, requiere la derogación o la modificación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias en la esfera de la salud sexual y reproductiva”. En este sentido afirmó que es necesario que los Estados

liberalicen las leyes restrictivas del aborto; garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y

34 Comité DESC, Observación general 22..., cit., párrs. 13, 14, 17 y 49.

35 Informe del relator especial salud, Anand Grover, 2013, A/HRC/23/42, párr. 45, y del relator anterior, Paul Hunt, 2006, A/61/338, párr. 58.

asistencia de calidad posterior a casos de aborto, especialmente capacitando a los proveedores de servicios de salud; y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva.³⁶

Sin dudas, la decisión de la Corte fue un punto de inflexión. Sin embargo, el balance es desalentador. En los últimos cinco años, ninguna gestión de gobierno nacional ha avanzado significativamente en garantizar el derecho al aborto de manera igualitaria. En algunas jurisdicciones, como Morón, sí hubo políticas específicas que implicaron mejoras. Las barreras persisten, debido a que el Poder Ejecutivo, el Poder Judicial y el sistema médico son parte de una estructura que estigmatiza a las mujeres, en particular a aquellas que pertenecen a los sectores de menores ingresos, lo que se traduce en formas articuladas de criminalización. En la actualidad, la información obtenida en la atención médica activa el dispositivo de persecución penal, y los jueces y fiscales lo validan al impulsar la investigación y someter a proceso a las mujeres. Esto ocurre a pesar de que la violación del secreto profesional es un delito, y lo que haga el sistema judicial a partir de ese acto es nulo.

Existen políticas públicas que son importantes para el acceso a la salud, en particular las consejerías pre y postaborto en algunos servicios. Pero, en gran medida, hoy la salud de muchas mujeres depende de experiencias no estatales que generan redes de solidaridad y atención y sostienen los reclamos: iniciativas que se orientan a la “despenalización social del aborto”,³⁷ redes de socorristas que asisten por teléfono a mujeres que necesitan ayuda para abortar, líneas telefónicas que proveen información, y la movilización social articulada por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

36 Comité DESC, Observación general 22..., cit., párr. 28.

37 Véase Católicas por el Derecho a Decidir y FUSA, “Nuestra salud. Nuestro derecho. Promoviendo la participación: monitoreo social de mujeres”, resumen ejecutivo, mimeo.