

Admitimos la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio o procedimiento siempre que se cite la autoría y la página web como fuentes de referencia y no se lucre con el material copiado.

ANTEPROYECTO DE LEY

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

ARTÍCULO 1°.- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

ARTÍCULO 2°.- Definiciones. A los efectos de lo dispuesto en nuestro ordenamiento jurídico en la materia, se aplican a la presente ley las siguientes definiciones:

- a) **Salud:** es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.
- b) **Salud sexual:** es el estado de bienestar físico, psicológico y social relacionado con la sexualidad, el cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad, y para lo cual se requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libre de coerción, discriminación y violencia.
- c) **Salud reproductiva:** es el estado de completo bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, e implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos/as y la libertad de decidir tenerlos/as, o no, cuándo y con qué frecuencia.

ARTÍCULO 3°.- Principios. En la aplicación de la presente ley rigen los siguientes principios:

- a) Todas las personas, en el ejercicio de sus derechos a la libertad, intimidad y autonomía de la voluntad, tienen derecho a adoptar libremente aquellas decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva, sin más límite que el respeto al orden público garantizado por la Constitución Nacional y la legislación vigente.
- b) Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, eligiendo cuándo y con qué frecuencia tener hijos/s, así como el respeto irrestricto a quienes no contemplan en su plan de vida la procreación.
- c) En caso de duda acerca de la interpretación de la presente ley o de su aplicación, se debe adoptar el principio pro persona, ampliando el acceso al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

ARTÍCULO 4°.- Garantía de Igualdad. El Estado debe garantizar la igualdad en el acceso a los derechos y a las prestaciones que dispone la presente ley. Ninguna persona será discriminada en el acceso a los derechos que prescribe esta ley por razones de origen étnico, nacionalidad, idioma, religión, ideología, opinión política o gremial, género, identidad de género o su expresión, orientación sexual, edad, estado civil, situación familiar, trabajo u ocupación, caracteres físicos, capacidad psicofísica, condición de salud, perfil genético, posición económica, condición social, lugar de residencia o situación penal y/o cualquier otra condición o circunstancia personal, familiar o social, temporal o permanente. Esta enumeración no es taxativa.

ARTÍCULO 5°.- Consentimiento informado - Derecho a la información. Para llevar a cabo la interrupción voluntaria del embarazo resulta necesario el previo consentimiento expreso y por escrito de la persona embarazada. El/la profesional interviniente deberá dejar constancia en la historia clínica de haber proporcionado la información mencionada en el presente artículo, prestando conformidad la persona o su representante legal.

Todas las personas que manifiesten su intención de interrumpir voluntariamente su embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la prosecución o interrupción del embarazo, sobre los riesgos de dilatar el procedimiento, los centros públicos a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la

prestación. La información que se brinde no podrá contener consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte de los/as profesionales de la salud de la institución médica respectiva ni de terceros/as.

La explicación debe ser clara, objetiva y acorde a la capacidad de comprensión de la persona; en el caso de las personas con discapacidad se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades. Se debe informar dando lugar a que se realicen todas las preguntas que la persona estime necesarias.

En el proceso de información solo podrán participar el/la profesional interviniente, la persona embarazada y, en su caso, el representante legal.

En los casos de violación, los/as profesionales deben informar sobre la opción de denunciar, pero aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica.

Luego del procedimiento, se deberá ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores.

ARTÍCULO 6°.- Niños, niñas y adolescentes y personas con restricción judicial de su capacidad. Es válido el consentimiento de la persona a partir de los 13 años.

En los casos de niños, niñas y adolescentes menores de 13 años o personas con restricción judicial de su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, se requiere el consentimiento de su representante legal, respetando el derecho a ser oído del niño, niña o adolescente y a que su opinión sea tenida en cuenta.

En caso que tuviere más de uno/a, basta el consentimiento de uno/a solo/a de sus representantes legales para que se efectúe la práctica. La falta de consentimiento del/la otro/a representante legal no implica, bajo ninguna causa o pretexto, un impedimento para tal práctica.

Para los casos de personas con restricción judicial de su capacidad para tomar decisiones vinculadas al cuidado de su propio cuerpo, se implementa un sistema adecuado de apoyos y salvaguardas, conforme lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley Nacional N° 26.378), a fin de que la persona adopte una decisión autónoma. En caso de no ser posible, el consentimiento informado debe ser prestado por el/la representante legal, debiendo ser acreditado dicho carácter con la correspondiente documentación.

En caso de existir controversia entre la persona menor de 13 años o la persona con restricción judicial de su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, con la totalidad de sus representantes legales, el/la directivo/a del establecimiento debe requerir la intervención de aquel organismo que, en cada jurisdicción, tenga asignada la función de promover su acceso a la Justicia y la protección y promoción de sus derechos y garantías. De persistir la controversia, deberá resolverse mediante el tipo de procedimiento administrativo o judicial más expeditivo, atento a que el Estado debe garantizar una atención ágil e inmediata ante la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo.

Conforme lo dispuesto por la Ley N° 26.061, el Estado debe garantizar a los/as niños, niñas y adolescentes el acceso a asesoría letrada especializada en niñez en los procedimientos judiciales y administrativos que los/as incluya y a participar activamente en tales procesos.

ARTÍCULO 7°.- Prestaciones. Los servicios del Sistema de Salud deben garantizar las siguientes prestaciones:

- a) La interrupción del embarazo a sola petición de la persona embarazada.
- b) En el caso de que la persona embarazada optase por interrumpir el embarazo a través del método medicamentoso en forma ambulatoria, se le debe garantizar la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos; corroborar la comprensión de las consignas y pautas de alarma; evaluar que no se presente comorbilidades y acordar visitas de seguimiento post procedimiento.
- c) La consejería en salud posterior a la interrupción del embarazo para la persona y eventualmente para su pareja, que incluya información y provisión gratuita de métodos anticonceptivos e información sobre prevención de HIV y otras Infecciones de Transmisión Sexual.

ARTÍCULO 8°.- Distribución y producción estatal de Misoprostol. La interrupción voluntaria del embarazo se puede practicar mediante procedimiento instrumental o medicamentoso. Para la práctica de éste último será de aplicación el Misoprostol combinado con la Mifepristona, o el Misoprostol solamente, conforme lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

A tal efecto, el Ministerio de Salud de la Nación incluirá el Misoprostol al Plan Remediar, o al que se cree en su reemplazo, y garantizará su distribución a todos los efectores que componen el sistema nacional público de salud, incluyendo los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de todo el país. Asimismo, se incluirá en el Plan Médico Obligatorio (P.M.O), resultando así, de cobertura obligatoria para las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud.

El Estado Nacional producirá Misoprostol de administración vaginal y oral, para sus diferentes prescripciones, incluyendo en sus indicaciones la de maduración cervical, inducción del aborto en el primer y segundo trimestre, prevención y profilaxis de la hemorragia post aborto, aborto incompleto y preparación instrumental del cuello uterino.

Su producción se llevará a cabo a través de los laboratorios públicos de producción de medicamentos que de él dependan, pudiendo celebrar convenios con los laboratorios públicos de producción de medicamentos existentes en distintas provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en Universidades Nacionales y en las Fuerzas Armadas.

ARTÍCULO 9°.- Garantía en el acceso a la prestación. El Estado garantiza a todas las personas el acceso gratuito a la interrupción voluntaria del embarazo a través del sistema público de salud; y los de la seguridad social y privados las incorporarán a sus coberturas en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTÍCULO 10.- Protección de la intimidad y confidencialidad -Tratamiento de datos. Los servicios de salud que realicen la interrupción voluntaria del embarazo deben asegurar la intimidad de las personas que lo decidan y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

La historia clínica y toda información contenida en ella son de titularidad exclusiva de la persona que solicita la práctica y su divulgación configura violación al secreto profesional.

Solo se podrá acceder a tales datos, sin consentimiento de la persona, cuando se requirieran por orden judicial debidamente fundada. Cuando el acceso fuera solicitado por otro/a profesional de la salud a fin de brindar asistencia sanitaria a la persona, su acceso se limitará a los datos estrictamente necesarios para la adecuada intervención, debiéndose dejar constancia de ello.

El informe de alta, certificados médicos u otra documentación relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo, serán entregados exclusivamente a la persona que decida la práctica o persona autorizada por la misma.

Los servicios donde se lleve a cabo la práctica deben respetar la privacidad de la persona que la solicitó durante todo el proceso.

ARTÍCULO 11.- Prohibiciones. Para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se prohíbe la imposición de exigencias no previstas en la presente ley. La práctica debe realizarse garantizando la atención ágil e inmediata.

En particular se prohíbe la revisión o autorización por directivos/as o superiores jerárquicos de los efectores de salud, certificados y/o diagnósticos médicos, la intervención de comités de ética, jueces/juezas u otros/as operadores/as jurídicos, la obligación de realizar denuncia policial o judicial o la de consultar o solicitar del consentimiento de terceros/as tales como la pareja, padre, madre de la persona embarazada o cualquier otra persona, excepto en los casos en que se requiera el consentimiento de representante/s legal/es.

La decisión de la interrupción legal del embarazo no puede ser sometida a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte de los/as profesionales de la salud de la institución médica respectiva o de terceros/as.

ARTÍCULO 12.- Obligatoriedad del servicio. Cada establecimiento médico contará, como mínimo, con un servicio específico en el que se efectúe la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

Se considerará una violación a la presente ley la utilización de la "objeción de conciencia" como mecanismo de discriminación respecto de los derechos que garantiza esta ley.

ARTÍCULO 13.- Garantía de acceso a métodos anticonceptivos y a los programas de salud sexual y reproductiva. El Estado garantiza la efectividad del acceso de todas las personas a los métodos anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas que brinde con financiación pública.

Asimismo, el Estado garantiza el acceso de todas las personas a los programas de salud sexual y reproductiva, a través de la efectiva aplicación de la Ley Nacional N° 26.150.

ARTÍCULO 14.- Información y sensibilización. El Estado desarrollará acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, especialmente sobre la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual y contra la violencia de género.

ARTÍCULO 15.- Interrupción deliberada de embarazo sin consentimiento. Sustitúyese el artículo 85 del Código Penal por el siguiente texto:

"ARTÍCULO 85.- Será reprimido/a con prisión de tres a diez años el/la que causare deliberadamente la interrupción de un embarazo sin consentimiento de la persona embarazada. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona embarazada."

ARTÍCULO 16.- Interrupción culposa de embarazo. Sustitúyese el artículo 86 del Código Penal por el siguiente texto:

"ARTÍCULO 86.- Será reprimido/a con prisión de seis meses a dos años, el/la que con violencia causare la interrupción de un embarazo sin haber tenido el propósito de causarlo y el estado de embarazo de la persona fuere notorio o le constare."

ARTÍCULO 17.- Impedimento de práctica. Sustitúyese el artículo 87 del Código Penal por el siguiente texto:

"ARTÍCULO 87.- Será reprimido/a con prisión de dos a cuatro años quien con amenazas, coerción, uso de fuerza, intimidación o mediante cualquier acción u omisión impida la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo a la persona que lo peticione. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona embarazada. Para los casos de lesiones graves o gravísimas se regirá por lo estipulado en el artículo 90° (lesiones graves) y 91° (lesiones gravísimas) del presente código."

ARTÍCULO 18.- Inhabilitación. Sustitúyese el artículo 88 del Código Penal por el siguiente texto:

"ARTÍCULO 88.- Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los/as funcionarios/as del Poder Judicial, médicos/as, obstétricos/as o farmacéuticos/as que abusaren de su ciencia o arte para impedir la interrupción voluntaria del embarazo o cooperaren a impedirlo."

ARTÍCULO 19.- Aplicación. La presente ley es de orden público y resulta de aplicación en todo el territorio de la NACIÓN ARGENTINA.

ARTÍCULO 20.- Operatividad- Reglamentación. La presente ley es operativa desde el día de su publicación en el Boletín Oficial.

Sin perjuicio de ello, el Poder Ejecutivo deberá reglamentar aquellos aspectos de la ley que requieran su intervención en un plazo máximo de noventa (90) días desde su promulgación.

ARTÍCULO 21.- Comuníquese al PODER EJECUTIVO NACIONAL.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El presente proyecto de ley propone la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), de manera segura y gratuita, tanto en la salud pública como en la privada.

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad reproductiva están directamente vinculados a la dignidad de la persona y a sus derechos fundamentales, tales como la autonomía de la voluntad y la integridad física, psíquica, moral y social. La decisión de tener hijos/as o no tenerlos/as y, en su caso, cuando tenerlos/as, constituye una de las decisiones más íntimas y personales de cada individuo; por ello el Estado está obligado a no interferir en este tipo de determinaciones y, además, debe brindar las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo requieran los servicios de atención sanitaria, asesoramiento e información.

Este proyecto de ley parte de la convicción de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas de planificación de la reproducción y a anticonceptivos de última generación, es el modo más eficaz de prevenir infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos.

Nuestro Código Penal, desde 1921, despenalizó ciertos supuestos de aborto: cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de las personas o si proviene de una violación. Sin embargo, a lo largo de estos 96 años, el incumplimiento de la ley por parte de operadores/as de la salud y la justicia han afectado la seguridad jurídica, lo cual ocasionó que no se protegiera eficazmente el bien jurídico tutelado y afectara derechos fundamentales de las personas, en muchos casos, la salud y la propia vida.

En una sociedad libre, plural e inclusiva, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las personas, tanto en el ámbito público como en su vida privada, abogan por la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo; reafirmando el derecho de todo ser humano al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y a que la decisión última de abortar o no abortar, corresponda a cada persona que así lo determine.

El presente proyecto garantiza a las mujeres y a toda persona gestante la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros/as, en la formación de la voluntad de quien gesta.

La persona tomará su decisión tras haber sido informada sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de su prosecución o interrupción, sobre los riesgos de dilatar el procedimiento, los centros públicos a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación.

El proyecto reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, lo cual implica, también, el derecho de las personas de tomar la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo y que tal decisión consciente y responsable sea respetada.

Asimismo, el proyecto establece un conjunto de garantías relativas a la protección de la intimidad y confidencialidad de las personas que requieran la interrupción voluntaria del embarazo y a la efectiva igualdad en el ejercicio de los derechos y el acceso a las prestaciones aquí reconocidas.

También contempla que los establecimientos médicos cuenten con un servicio específico para la práctica de la IVE y que los/as profesionales que se desempeñen en el mismo no deberán ser objetores/as de conciencia.

Al respecto, la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** afirmó que los “*Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal*”¹ y que “*la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva*”.

En el mismo sentido, la **Comisión Interamericana de Derechos Humanos** afirma que “*el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no puede constituir un mecanismo de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres*”^{2 3}.

En tanto que el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)**, en sus observaciones finales a Polonia en 2009, también expresó su preocupación con respecto a que las mujeres tengan que recurrir a abortos clandestinos ante la negativa de médicos y clínicas de prestar servicios de aborto legal que se basan en la objeción de conciencia. El CDESC llamó al Estado a tomar todas las medidas necesarias para garantizar a las mujeres el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la adopción de legislación que implemente mecanismos oportunos y sistemáticos de referencia en los casos de objeción de conciencia.

Con respecto a la práctica del aborto, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha expresado⁴: “(...) Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para la realización de abortos han evolucionado ampliamente. A pesar de estos avances, se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, **casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo**, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres”⁵ (...)

(...) las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos (...)

*(...) Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto. En prácticamente todos los países desarrollados, los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. En los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a proveedores inseguros, que provocan discapacidades y muertes*⁶ (...)

*(...) Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica*⁷.

(...) Las tasas de aborto inducido son las más bajas en Europa Occidental, donde el uso de anticonceptivos modernos es elevado y el aborto legal en general está disponible a requerimiento. Por lo tanto, responder a la necesidad insatisfecha de planificación familiar resulta una intervención eficaz para reducir el embarazo no deseado y el aborto inducido. Sin embargo, el uso exclusivo de anticonceptivos no logra eliminar la necesidad de las

1 Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 257, párr. 148 (Nov. 28, 2012).

2 CIDH, “Acceso a la información en materia reproductiva”.

3 Corte Constitucional de Colombia, febrero 28, 2008, Sentencia T 209/08, Gaceta de la Corte Constitucional [G.C.C.]

4 “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” (Segunda edición, 2012).

5 Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121–126.

6 Singh S et al. Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York, Guttmacher Institute, 2009

7 Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892).

mujeres de acceder a servicios para un aborto sin riesgos. La anticoncepción no desempeña papel alguno en los casos de relaciones sexuales forzadas, que pueden dar lugar a un embarazo no deseado (...) Además, ningún método es 100 % eficaz en la prevención de los embarazos (...)

(...) Incluso un aborto inseguro de “riesgo bajo” en un contexto restringido a nivel legal expone a las mujeres a un riesgo excesivo en caso de que el proceso derivara en una emergencia. En estos casos, debido a las restricciones legales y al estigma vinculado a hacerse un aborto, las mujeres pueden ser reacias a procurar atención médica oportuna en caso de que se produzcan complicaciones después del aborto (...)

(...) Solo en el 16 % de los países en vías de desarrollo se permite el aborto por razones sociales o económicas, en comparación con el 80 % de los países desarrollados (...)

(...) El aborto sin riesgos es una forma de ahorrar costos. El costo incurrido por los sistemas de salud en el tratamiento de las complicaciones de un aborto inseguro es abrumador, en especial en los países de escasos recursos (...) Las bases económicas fortalecen aun más los fundamentos lógicos de la salud pública y los derechos humanos para brindar un aborto sin riesgos (...).

(...) Donde hay pocas restricciones para acceder al aborto sin riesgos, las muertes y las enfermedades se reducen drásticamente⁸ . La mayoría de los gobiernos ha ratificado tratados y convenios internacionales que los compromete legalmente a proteger los derechos humanos, incluso el derecho al mejor estándar de salud posible, el derecho a no ser discriminado, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona, el derecho a no sufrir ningún tratamiento inhumano y degradante y el derecho a la educación y la información (...).

(...) Existen cada vez más pruebas de que en los lugares donde el aborto es legal por amplias razones socioeconómicas y a solicitud de la mujer, y donde los servicios seguros son accesibles, tanto el aborto inseguro como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el aborto son reducidos⁹ . Cincuenta y siete países, que representan casi el 40 % de las mujeres de todo el mundo, permiten el aborto a solicitud de la mujer embarazada¹⁰ En este contexto, la decisión final sobre continuar o finalizar el embarazo pertenece a la mujer sola".

Con respecto a la situación en la región, Faúndes y Barzelatto (2011:76) sostienen que: *“Mientras el riesgo de muerte a causa de un aborto legal es de alrededor de una por cada cien mil en Estados Unidos, ese mismo número se eleva a 100 y hasta 1.000 por cada cien mil abortos cuando se trata de intervenciones ilegales realizadas en forma insegura en países en desarrollo. En otras palabras, el riesgo asociado a la decisión de interrumpir un embarazo no deseado para una mujer de Nigeria o Bolivia es entre 100 y 1.000 veces más grande que para una mujer que toma la misma decisión en Estados Unidos”*

Asimismo, los autores citados señalan que *“Las consecuencias de los abortos inseguros son y han sido durante varias décadas la principal causa de mortalidad materna en Argentina”*¹¹. En la actualidad, las complicaciones por abortos inseguros son la principal causa directa de mortalidad de mujeres gestantes en nuestro país. **Solo otros dos países de la región latinoamericana (Jamaica y Trinidad y Tobago) presentan este mismo cuadro de situación, donde las complicaciones relacionadas con el aborto superan el 30% del total de muertes maternas (OPS, 2007).**

⁸ Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. Journal of Obstetrics and Gynaecology. Canada, 2009, 31:1149–1158.

⁹ World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.

¹⁰ UN Department for Economic and Social Affairs. World abortion policies 2011. New York, Population Division, United Nations, 2011).

¹¹ Faundes, Anibal y Barzelatto, José: "El drama del aborto. En busca de un consenso", Tercer Mundo Editores, Bogotá, Colombia, 2005.

En este sentido, el ex ministro de Salud de la Nación, Dr. Daniel Gollán, a poco de asumir manifestó que *“en el país hay 500 mil abortos por año y es la principal causa de muerte materna. Hay que hacer un debate serio sin ponerse en los extremos ideológicos y religiosos. Desde el punto de vista del sanitarismo uno tiene que hacer algo. Vamos a propiciar un debate maduro con todos los sectores de la sociedad”*; luego de lo cual hizo mención al excelente resultado del sistema de consejerías implementado en Uruguay¹².

Al respecto, la organización "Human Rights Watch", presentó en el año 2005 un informe al gobierno argentino, en el que concluye *“Para que la Argentina cumpla con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos se requiere urgentemente una reforma que garantice el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro y otorgue acceso a anticonceptivos e información adecuada. Para todas las mujeres, es una cuestión de igualdad. Para algunas, es una cuestión de vida o muerte”*¹³.

El debate que plantea el acceso a interrumpir voluntariamente el embarazo importa una cuestión de derechos humanos, tales como el derecho a la vida, a la salud, a la autonomía, a la igualdad y a la justicia social. Para comprenderlo basta con observar la tasa de mortalidad y de incapacidad producidas por abortos inseguros, la situación de violencia y burocracia médica a la que son sometidas las personas que arriban a hospitales públicos con abortos en curso y, sobre todo, el impacto diferenciado en el acceso al aborto por parte de las personas de sectores populares.

Conforme las estadísticas, los índices más altos de mortalidad de mujeres causadas por aborto se registran en el Norte de nuestro país¹⁴. Esta situación fue advertida en el Plan Nacional contra la Discriminación: *“las altas tasas de muerte por aborto son una expresión lamentable de la discriminación de las mujeres de sectores más pobres”*¹⁵. Otro estudio demostró que las que mueren son las más jóvenes^{16 17}.

La clandestinidad que provoca la criminalización del aborto es una de las grandes deudas de la democracia en nuestro país, en especial, con las mujeres de los sectores menos favorecidos. Esta situación importa una violencia ejercida desde el Estado, a pesar de las obligaciones asumidas en la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” y lo previsto en la Ley nacional N° 26.485 de “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” (art. 6° - Violencia institucional).

Es sobre las mujeres que recaen los problemas relacionados con la reproducción; son ellas las que mueren o padecen incapacidades permanentes por problemas relacionados con el embarazo o el parto, o que pueden quedar embarazadas producto de una violación (desde ya, estas consideraciones se aplican también con relación a los varones trans con capacidad de gestar).

Con relación al trato diferenciado por razones de sexo, la CEDAW define a la discriminación contra las mujeres como *“toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”*.

Esta definición resulta trascendente en materia de salud, donde las necesidades específicas de las mujeres, en especial las referidas a la reproducción, no han recibido atención adecuada o

12 <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-267206-2015-03-02.html>

13 Human Rights Watch: Informe "Decisión prohibida, Acceso de las Mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina", Junio 2005, Vol.17, N°1 (B).

14 119 Cfr. Observatorio de Mortalidad Materna

15 120 Cfr. Plan Nacional contra la Discriminación, aprobado por Decreto Nacional N° 1086/2005, publicado en el B.O. N° 30.747 el 27 de septiembre de 2005, p. 100.

16 121 Insúa, I., Romero, M. “Morbilidad materna severa en la Argentina: Egresos hospitalarios por aborto de establecimientos oficiales”, Buenos Aires, CENEP y CEDES, 2006.

17 <http://www.cels.org.ar/common/Diez%20razones%20para%20despenalizar.pdf>

diferenciada¹⁸. El derecho a no sufrir discriminación sexual en el acceso a la salud exige tratar los intereses que son significativamente distintos de manera que respeten adecuadamente estas diferencias¹⁹. Esto se explica por sus características privativas en materia reproductiva, las cuales son de tipo biológico (como el mayor riesgo que corren las mujeres de resultar expuestas a enfermedades de transmisión sexual), socioeconómicas (desigual relación de poder entre varones y mujeres) y psicosociales²⁰.

La justificación de la discriminación por razones de sexo basada en criterios morales y/o religiosos que violan los derechos a la vida, la salud y la autonomía, es un criterio estereotipado sobre el rol meramente reproductivo de las mujeres en la sociedad.

Es obligación del Estado argentino y de sus jurisdicciones garantizar, sin discriminación, el derecho a la vida y la salud de las niñas, adolescentes y mujeres; obligaciones asumidas en los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos que cuentan con jerarquía constitucional.

La **criminalización del aborto** en nuestro país no ha logrado hasta ahora salvar ninguna vida. La ley penal interviene para sancionar cuando ya el aborto ha sido realizado, no es preventiva, no evita que se realicen los abortos, ni que mueran las mujeres por recurrir a una intervención clandestina. Por el contrario éstas se realizan a edades más tempranas y en condiciones más terribles.

*"La criminalización del aborto y la penalización de las mujeres que abortan no reduce el número de esas intervenciones y provocan, en cambio más muertes y un mayor sufrimiento humano al facilitar la existencia de un **mercado clandestino** de abortos inseguros. En virtud de ello, las sociedades deben despenalizar el aborto y legislar para prevenir los embarazos no deseados"*²¹.

Con respecto a la hospitalización por aborto, según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, durante el año 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años (no incluye datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)²²²³. Debe tenerse en cuenta que esta cifra corresponde sólo al sector público, ya que el sector privado no reporta datos.

Con relación a la vulnerabilidad de la franja etaria de las personas menores de 20 años, el proyecto considera que a partir de los 13 años la persona gestante puede prestar por sí el consentimiento para la realización de la práctica. Ello en consonancia con lo dispuesto en art. 26 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, en tanto establece que a partir de dicha edad se presume que la adolescente tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Atento a que el aborto medicamentoso no resulta invasivo, consideramos que a dicha edad la adolescente cuenta con la madurez suficiente para prestar el consentimiento informado correspondiente.

En nuestro país la tasa de mortalidad de mujeres por gestación fue de 3,5 cada 10.000 nacidos/as vivos/as en el 2012, últimas cifras publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación; una tasa todavía muy alejada del Objetivo del Milenio al que se comprometió el país, que fue reducirla a 1,3 cada 10.000²⁴.

¹⁸ CIDH. Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas. 1998. Relatoría de la Mujer, pág. 61

¹⁹ Deza, Soledad, Iriarte Alejandra, Alvarez Mariana. "Jaque a la Reina". 2º edición. Editorial Cienflores. 2014

²⁰ CCEDAW, RG 24. Párr. 12

²¹ Faúndes, Anibla y Barzelatto, Jose. Op.cit.

²² DEIS, 2013.

²³ "Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto". Ministerio de Salud de la Nación, abril 2014.

²⁴ Ministerio de Salud de la Nación, Estadísticas Vitales: Información Básica- 2012, serie 5- N° 56. Diciembre 2013. Argentina.

Mientras en ese mismo período decreció la cantidad de muerte de mujeres por causa de embarazo, aumentó exponencialmente la tasa de muerte por aborto: en el año 2013 la muerte de mujeres por causa de aborto en el país se incrementó en un 51,5 por ciento con relación al año 2012.

Así, mientras que en el año 2012 la mortalidad por abortos representó el 12,7 por ciento del total de las muertes de mujeres gestantes ocurridas en el país (258), en el 2013 se elevaron al 20,1 por ciento del conjunto de esas muertes (245).

Con el aumento de los decesos por la interrupción voluntaria del embarazo que se produjo en el 2013, el aborto volvió a convertirse, como era habitual en el país, en la primera causa de muertes de personas gestantes.

“En el mundo, el 11 por ciento de las muertes maternas es por aborto y en América latina el 13 por ciento. Pero en la Argentina esa cifra sube al 20 por ciento. Existe una deuda cada vez más gravosa con las mujeres”²⁵

El presente proyecto no prevé límite de plazo alguno, como tampoco de indicaciones, para llevar a cabo la práctica de la IVE.

En ese sentido, la OMS tampoco establece límite de plazo para poder llevar a cabo, sin riesgos, la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo. Tal como surge de su publicación *“Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”*.

Asimismo, nuestro Código Penal tampoco establece límite de plazo alguno con relación a los abortos no punibles, ya sea en los casos en los que el embarazo importa un riesgo a la vida o a la salud de la persona gestante, así como cuando el mismo es producto de una violación.

Con respecto a la causal “salud”, la Guía de Protocolo ILE, publicada por el Ministerio de Salud de la Nación, contempla el concepto de “salud integral” establecido por la OMS: “la salud implica el *“completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”* (OMS, 2006). Es decir que la “salud integral” aborda tres dimensiones: física, mental-emocional y social.

También aclara que, tanto cuando está en riesgo la vida como la salud, no se requiere para la práctica una intensidad determinada, bastando con la potencialidad de la afectación. Con respecto a la “salud mental” en particular, la Guía prevé que la afectación pueda resultar en un trastorno mental grave, pero también puede incluir el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.

Las causas “sociales” de un embarazo no deseado también pueden ser múltiples: dificultades sociales o económicas, la pérdida de la vivienda o el empleo, la edad, el abandono de la pareja, el desarrollo personal o plan de vida, etc.

La Guía de Protocolo ILE expresa que: *“La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE”*.

Considerando la multiplicidad de motivaciones que comprometan la salud física, mental-emocional y social que pueden llevar a decidir terminar con un embarazo no deseado, bastando para ello la potencialidad del riesgo, resulta inútil limitar la práctica en base a un sistema de indicaciones o plazos. Ya que fundamentalmente, debemos evitar que sigan muriendo más personas por recurrir a abortos clandestinos e inseguros.

De este modo, debe considerarse que la práctica de la IVE consiste en un servicio de prevención de la salud, cuyo acceso debe ser igualitario, sin discriminación por razones socio-económicas, ni de ninguna otra índole.

25 Mariana Romero, investigadora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes) y del Conicet, y coordinadora del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Argentina. <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-9491-2015-02-06.html>

La grave situación que se refleja en los datos aportados, nos exige un urgente debate de los proyectos de ley sobre legalización de la interrupción voluntaria del embarazo presentados. En este sentido, una encuesta efectuada por IPSOS entre 800 personas de todo el país, a pedido de Amnistía Internacional y del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), indagó sobre las actitudes de los/as argentinos/as frente al aborto. Los resultados muestran que **el 82% de los/as encuestados/as considera relevante que el Congreso debata el tema. Además, un 58% cree que los/as candidatos/as deberían manifestar su posición sobre el aborto durante la campaña electoral.**²⁶

Con respecto a las obligaciones asumidas por Argentina, en tanto signataria de pactos y convenciones internacionales de derechos humanos y sus protocolos facultativos, debe garantizar a las mujeres los siguientes derechos: a la vida, al máximo nivel posible de salud física y mental, a la igualdad y no discriminación, a la intimidad y a la autonomía reproductiva, a la libertad, a verse libre de tratos crueles inhumanos y degradantes, a la libertad de conciencia y religión, entre otros. La prohibición del aborto y la falta de acceso a procedimientos seguros, de calidad y gratuitos es una violación a los mismos.

Dichas obligaciones surgen de: el "Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos" (PIDCP); la "Convención sobre la Eliminación de todas la Formas de Discriminación contra la Mujer" (CEDAW); el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" (PIDESC); la "Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención Americana de Derechos Humanos" (CADH), entre otros. Nuestra Constitución Nacional, en su artículo 75, inc. 22°, reconoce estos instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía superior a las leyes.

El "Comité de Derechos Humanos" ha señalado en la Observación General N° 28 (Igualdad de derechos entre hombres y mujeres), que los Estados, al presentar informes sobre el derecho a la vida, deberán aportar datos sobre el número de casos de muertes de mujeres en relación con el embarazo y deberán proporcionar información sobre las medidas que hubieran adoptado para que las mujeres no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida²⁷. Asimismo ha expresado: "El comité observa con preocupación: a) las leyes estrictas sobre el aborto que llevan a la práctica de un elevado número de abortos clandestinos con los riesgos concomitantes para la vida y la salud de las mujeres²⁸. También ha manifestado la preocupación de "que el aborto esté sujeto a sanciones penales...y de que el aborto clandestino sea la mayor causa de mortalidad materna..." y ha recomendado expresamente "una revisión de las disposiciones del Código Civil y del Código Penal a la luz de las obligaciones establecidas en el Pacto... así como "tomar las medidas necesarias para evitar que las mujeres deban arriesgar su vida en razón de la existencia de disposiciones legales restrictivas sobre el aborto"²⁹.

El 3 de noviembre del 2000, este Comité efectuó observaciones sobre la situación en Argentina, expresando: "*su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado*"³⁰.

Asimismo, en marzo del año 2010, el "Comité de Derechos Humanos" expuso en su 98° período de sesiones en Nueva York como Observaciones Finales respecto del Estado argentino "*que era preocupante: a) la legislación restrictiva del aborto contenida en el art. 86 del Código penal; b) la inconsistente interpretación por parte de los tribunales de las causales de no punibilidad contenida en dicho artículo y que el Estado argentino debía adoptar medidas para la capacitación de jueces y personal de salud sobre el alcance del art. 86 del Código Penal. También sostuvo que el Estado argentino debía modificar su legislación interna de forma tal que la misma ayude efectivamente a las personas a evitar*

26 http://www.clarin.com/sociedad/aborto-despenalizacion-congreso-debate_0_1379262176.html

27 29/03/2000- Ob.Gral 28/ parr.10.

28 Observaciones finales, Poland 29/07/99 CCPR/C/79/Add.110.

29 (O.F. Perú 18/11/96 - CCPR/C/79/ Add.72).

³⁰ En sus sesiones 1883ª y 1884ª (CCPR/C/SR.1883 y 1884), celebradas los días 25 y 26 de octubre de 2000, el Comité examinó el tercer informe periódico de la Argentina (CCPR/C/ARG/98/3).

*embarazos no deseados y que éstas no tengan que recurrir a abortos clandestinos que podrían poner en peligro sus vidas*³¹.

En tanto que el "Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", en su 17° período de sesiones (7 al 15 de julio de 1997), expuso en sus Observaciones Finales que **el Estado argentino debía adoptar medidas de todo tipo para reducir la mortalidad y la morbilidad que se deriva de la maternidad, y especialmente, recomendó que se revisara la legislación por la que se penaliza a las mujeres que optan por el aborto**. También le solicitó al Gobierno argentino que difundiera ampliamente dichas observaciones en todo el país a fin de dar a conocer a la población las disposiciones adoptadas en relación con la aplicación de la Convención y las medidas que habrán de adoptarse para lograr la igualdad de facto de la mujer³².

Nuevamente, el "Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", en su 46° período de sesiones (12 a 30 de julio de 2010), expuso en sus Observaciones Finales respecto del Estado argentino en el párrafo denominado "Salud", que **es preocupante la elevada tasa de mortalidad materna, que en una tercera parte tiene como causa el aborto ilegal e instó al Estado argentino a que revise la legislación vigente que penaliza el aborto, puesto que tiene graves consecuencias para la salud y la vida de las mujeres** y que garantice la aplicación uniforme en todo el país de la "Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles" (que clarifica los alcances del art. 86 del Código Penal), dictada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Nación, de modo tal que exista un acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir los embarazos³³.

Por su parte, el "Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", en la Observación general N° 14 ha señalado: "8. *El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica*" y "*entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar el más alto nivel posible de salud*". En el apartado 21, el CDESC ha dado claras indicaciones de que para suprimir la discriminación contra las mujeres y garantizar su derecho a la salud, los Estados Partes deben "*suprimir todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva*". Tal como se establece al punto III, 46 de la observación general sobre la identificación de las violaciones al derecho a la salud, la violación de la obligación de respetar se produce por medio de acciones, políticas o leyes de los Estados susceptibles de producir una morbilidad innecesaria y una mortalidad evitable consignándose además que: "**la no adopción de un enfoque de salud basado en la perspectiva de género y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad materna**" **constituyen violaciones de la obligación de cumplir con el art. 12 del PIDESC** (el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud).

Este mismo Comité, en su 46° período de sesiones (14 de noviembre a 2 de diciembre de 2011), expuso en sus Observaciones Finales respecto del Estado Argentino, como uno de los principales motivos de preocupación, que: "22. *El Comité reitera su preocupación por la insuficiencia de los servicios de salud reproductiva para las jóvenes y las mujeres en el Estado parte, lo que ha dado lugar a tasas de mortalidad materna elevadas y en general a altas tasas de embarazo en la adolescencia (.....). Además, observa en particular grandes disparidades entre las distintas provincias. El Comité también observa con preocupación que los abortos no medicalizados siguen siendo una de las principales causas de la mortalidad materna (arts. 10 y 12)*". En este sentido, insto al Estado argentino a que adopte las medidas conducentes a afectos de que la Ley sobre la salud sexual y reproductiva se

31 El Comité examinó el cuarto informe periódico de Argentina (CCPR/C/ARG/4) en sus sesiones 2690.^a y 2691.^a (CCPR/C/SR.2690 y 2691), celebradas los días 10 y 11 de marzo de 2010, y aprobó, en su 2708.^a sesión (CCPR/C/SR.2708), celebrada el 23 de marzo de 2010.

32 El Comité examinó los informes periódicos segundo y tercero de la Argentina (CEDAW/C/ ARG/2 y Add.1 y 2 y CEDAW/C/ARG/3) en sus sesiones 355.^a y 356.^a, celebradas el 22 de julio de 1997 (véase CEDAW/C/SR.355 y 356).

33 El Comité examinó el sexto informe periódico de la Argentina (CEDAW/C/ARG/6) en sus sesiones 926.^a y 927.^a, celebradas el 13 de julio de 2010. La lista de cuestiones y preguntas figura en el documento CEDAW/C/ARG/Q/6, y las respuestas de la Argentina en el documento CEDAW/C/ ARG/Q/6/Add.1.

aplique en todas las provincias y por que se garantice a todas las personas, especialmente a los adolescentes, acceso a educación y servicios completos de salud sexual y reproductiva, con el fin de, entre otras cosas, reducir las elevadas tasas de mortalidad materna. También recomendó poner en marcha programas para mejorar la sensibilización de la población a la salud sexual y reproductiva. Por último, **recomendó adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso al aborto legal, a fin de reducir el número de muertes maternas evitables, y que garantice el acceso a instalaciones, suministros y servicios de salud para reducir los riesgos previos y posteriores al aborto.**

En el mismo sentido, el "Comité de los Derechos del Niño", en su 54° período de sesiones (25 de mayo a 11 de junio de 2010), expuso en sus Observaciones Finales respecto del Estado Argentino, en el punto 58 denominado "Salud y Acceso a los Servicios de Salud", su preocupación por el elevado porcentaje de mortalidad materna (especialmente de adolescentes) causada por el aborto (28,31 % en 2005) y por los prolongados procedimientos de interrupción legal del embarazo resultante de una violación prevista en el art. 86 del Código Penal. En dicho punto recomendó al Estado argentino: a) que adopte medidas urgentes para eliminar las desigualdades existentes entre las provincias en el acceso a los servicios de salud y la calidad de éstos, b) que adopte medidas urgentes para reducir la mortalidad materna relacionadas con el aborto, en particular velando para que la profesión médica conozca y practique el aborto no punible, especialmente en el caso de las niñas y mujeres víctimas de violación, sin intervención de los tribunales y a petición de ellas y c) que enmiende el art. 86 del Código Penal en el ámbito nacional para prevenir las disparidades en la legislación provincial vigente en lo que respecta al aborto legal.

En 2011, la "Comisión Interamericana de Derechos Humanos", al concluir su 141° período de sesiones, comunicó a la Argentina que *"Las organizaciones informaron a la CIDH sobre las consecuencias e impacto de leyes restrictivas sobre la interrupción legal del embarazo, incluyendo la práctica de abortos en condiciones inseguras y la morbi-morbilidad materna; problemáticas que afectan de manera especial a las niñas y mujeres jóvenes pobres, de bajo nivel educativo, y que habitan en zonas rurales...presentaron información sobre casos individuales de mujeres que al acudir a servicios de salud para recibir servicios obstétricos por partos prematuros, fueron denunciadas por el delito de aborto u homicidio por parentesco y condenadas a prisión... la CIDH reitera que la salud reproductiva de las mujeres debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y los programas de salud nacional y local en las esferas de prevención y protección. Esto conlleva el deber de analizar de forma pormenorizada todas las leyes, normas, prácticas, y políticas públicas que en su texto o en la práctica puedan tener un impacto discriminatorio en las mujeres en su acceso a servicios de salud reproductiva, y prevenir las consecuencias negativas que estas medidas pudieran tener en el ejercicio de sus derechos humanos en general. Los Estados están igualmente obligados a eliminar todas las barreras de derecho y de hecho que impiden a las mujeres su acceso a servicios de salud materna que ellas necesitan como la sanción penal al acudir a estos servicios"*.

Sobre el tema, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), ha indicado que: *"La mortalidad materna en la región es probablemente uno de los mejores indicadores de la desigualdad y la discriminación que afecta a las mujeres (...) La posibilidad desigual de acceder a los servicios de anticoncepción, interrupción del embarazo y otras necesidades relacionadas con el ejercicio de la autonomía de las mujeres tiene consecuencias mortales para quienes no pueden recurrir a la atención privada y peor aún sí además deben hacerlo en un contexto de penalización"*.

Nuestro país, a través de su participación y suscripción al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), acepta *"que la mortalidad materna es una afrenta a los derechos humanos y que las muertes maternas en su abrumadora mayoría son prevenibles (...) conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio"*.

Este mismo Consenso establece como acuerdo nro. 42 (sobre Acceso universal a la salud sexual y reproductiva); *"Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está*

despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos”.

En el marco de este proyecto, no podemos dejar de mencionar el compromiso asumido por el Feminismo y el Movimiento de Mujeres, especialmente por las “Socorristas”, que desde su activismo acompañan a las personas que quieren abortar con “misoprostol”, para que puedan hacerlo de forma segura, disminuyendo la cantidad de muerte por aborto.

La producción nacional de misoprostol, en tanto medicamento recomendado por la OMS y por la OPS para su uso gineco-obstétrico, debe ser parte de las políticas integrales de reducción de la mortalidad de las personas gestantes, en cumplimiento de sus derechos humanos, sexuales y (no) reproductivos. Así como, garantizar su provisión gratuita en los servicios públicos de salud, la efectiva implementación de la Ley de Salud Sexual Integral y el acceso a todos los métodos anticonceptivos en todas las provincias del país y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El hecho de que la autoridad sanitaria no autorice la utilización de este medicamento para tal uso, implica su acceso de forma clandestina, aumentando exponencialmente su precio en el mercado.

“Existen distintos niveles de dificultad para obtener el misoprostol: los controles más estrictos dificultan el acceso, aumentando el precio del producto en el mercado negro. Aún cuando el AM es considerablemente más barato que los métodos quirúrgicos, sigue siendo inaccesible para mujeres pobres. El acceso a la droga, en última instancia, depende de la capacidad económica, la red social, las habilidades personales y el acompañamiento de la mujer”³⁴.

En esta materia caber resaltar el gran aporte que han constituido el “*Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*” (Protocolo ILE) y la “*Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*”, del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (abril, 2015).

En el Protocolo antes citado se hace mención a que sus lineamientos “*se orientan a garantizar el cumplimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo y fortalecer el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio; con el objetivo de brindar a la población un servicio de calidad respetuoso de los derechos humanos*”. Y que su publicación se efectúa en el marco de los grandes logros económicos, sociales y culturales que se produjeron en el país en los últimos años: “*Esta es una década de ampliación de derechos y de afianzamiento de políticas públicas que fortalecen y aseguran su efectivo cumplimiento. En este marco, el área de salud es central para el desarrollo integral de todas las personas*”.

El Protocolo ILE aborda el derecho al acceso a la salud “*sin incurrir en discriminación alguna e incluye en su línea de atención a todas las personas con posibilidad de gestar un embarazo, sin ninguna distinción relativa a su identidad de género, ni a las prácticas sexuales que pudieran llevar a cabo*”. Específicamente aclara que “*Dada la posibilidad de los varones trans de quedar enmarcados en las causales del art. 86 inc. 2 del Código Penal, les asiste el derecho a recibir la misma atención que las mujeres, adolescentes y niñas*”.

También cabe remarcar que el Protocolo ILE considera que la interrupción legal del embarazo por la causal salud debe ser aplicada desde la definición de la OMS, como el

³⁴ <http://farmacologiaclinica.blogs.hospitalelcruce.org/2013/04/17/misoprostol-y-las-experiencias-de-mujeres-latinoamericanas-con-aborto-medico-en-contextos-donde-el-aborto-esta-legalmente-restringido/>. “Misoprostol y las experiencias de mujeres latinoamericanas con aborto médico en contextos donde el aborto está legalmente restringido”. Farmacología Clínica. Hospital el Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner.

“completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (2006). Por lo tanto, importa “la posibilidad de afectación de la salud. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud...”

En cuanto a la afectación de la salud mental, el Protocolo ILE aclara que puede *“resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima. El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia. La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una interrupción legal del embarazo”*.

Atento el concepto de salud establecido por la Organización Mundial de la Salud y los derechos humanos fundamentales de la autonomía de la voluntad, la integridad física, psíquica, moral y social directamente vinculados a los derechos sexuales y reproductivos de las personas, es que entendemos que éstos no pueden estar sujetos a plazos y/o indicaciones por parte del Estado, en clara violación a tales derechos y garantías constitucionales.

En este sentido, cabe citar el antecedente de Canadá; país en el que desde hace 27 años la interrupción voluntaria del embarazo no está limitada por ley alguna, se practica a petición de la mujer, no se fija límite de gestación, se practica en hospitales públicos y es gratuita.

La decisión fue tomada por la Corte Suprema Canadiense, que consideró que no era necesario legislar en esta materia, ya que ética y efectivamente concibe la práctica como un servicio de prevención en salud; ya que la Ley Federal de Salud garantiza el acceso igualitario a todos los tratamientos médicos, incluido el aborto. La Corte estimó que lo contrario implicaría violar derechos constitucionales tales como la seguridad de las personas, la libertad de conciencia, la privacidad y autonomía de las mujeres, siendo el Estado el que debe garantizar la toma de decisiones íntimas, que solo afectan la vida privada.

La Corte consideró, asimismo, que el feto no es persona legal, y por lo tanto no tiene ningún derecho hasta que “nace con vida”.

La situación actual de Canadá, luego de 27 años de práctica legal del aborto sin restricción alguna, es la siguiente:

- Ha bajado el porcentaje de abortos a 14/1000 mujeres y con tendencia al descenso,
- La mayoría de los abortos son de pocas semanas de gestación (97,6% inferior a 12 semanas),
- Descendió la cantidad de mujeres muertas por abortos clandestinos.

La realidad nos demuestra que la penalización no evita ni disminuye la cantidad de abortos. La consecuencia directa de la penalización es la práctica de abortos clandestinos. Y ello implica para las personas que no tienen los recursos económicos para la práctica de un aborto seguro, que se vea afectada su dignidad, su salud y hasta su vida.

El reconocimiento del Estado del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, nos hará una sociedad más libre e igualitaria.

La sociedad argentina debe darse este debate.

Por todo lo expuesto solicitamos la pronta aprobación de la presente iniciativa.