

Situación del derecho al aborto en Argentina y el Cono Sur

A un año del debate parlamentario sobre la legalización del aborto que sacudió al país, el clima de constante debate y lucha política continúa.

Por un lado, se hizo evidente la despenalización social de la práctica a través de las masivas movilizaciones y los numerosos y variados apoyos que ganó el proyecto.

Por otro, sin embargo, también se hicieron notar los sectores conservadores que también desplegaron acciones callejeras, campañas, amenazaron a las legisladoras y legisladores y lograron trabar la aprobación de la ley en la Cámara de Senadores.

En este escenario es importante realizar un recuento y difusión de los avances en las políticas públicas en materia de derechos sexuales y reproductivos, analizar cómo evoluciona el acceso al aborto legal, las modalidades de obstaculización, las sanciones por incumplimiento o la persecución por cumplimiento de la ley, la criminalización de las mujeres y personas

que acuden a centros de salud en medio de una emergencia obstétrica, la distribución de anticonceptivos, la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral, entre otras cuestiones.

En este primer número respondemos a una serie de interrogantes comunes **sobre la situación del aborto** en Argentina, el **acceso al aborto legal** en el país y la **criminalización** del aborto. También se examina la situación legal de los **países vecinos del Cono Sur**.

En este número se analizan:

- ✓ *La cantidad de abortos y su incidencia en la muerte materna*
- ✓ *La criminalización del aborto*
- ✓ *El acceso al aborto legal y al misoprostol*
- ✓ *Los protocolos sanitarios provinciales*
- ✓ *La situación en el Cono Sur*

¿Quiénes somos?

El Grupo de Estudios sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (GEDeSyR) se creó en el marco del Centro de Estudios sobre Democratización y Derechos Humanos (CEDEHU) de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM) para el monitoreo de las políticas públicas y las principales acciones políticas en la materia.

Somos profesionales de las ciencias sociales y activistas por los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Nuestro objetivo es crear un espacio amplio de debate de las políticas públicas sobre derechos sexuales y reproductivos. Somos Chantal Medici, Julieta Martinelli, Macarena Mercado Mott, Martina Ferretto, Rosario Sacomani y Yamila Picasso.

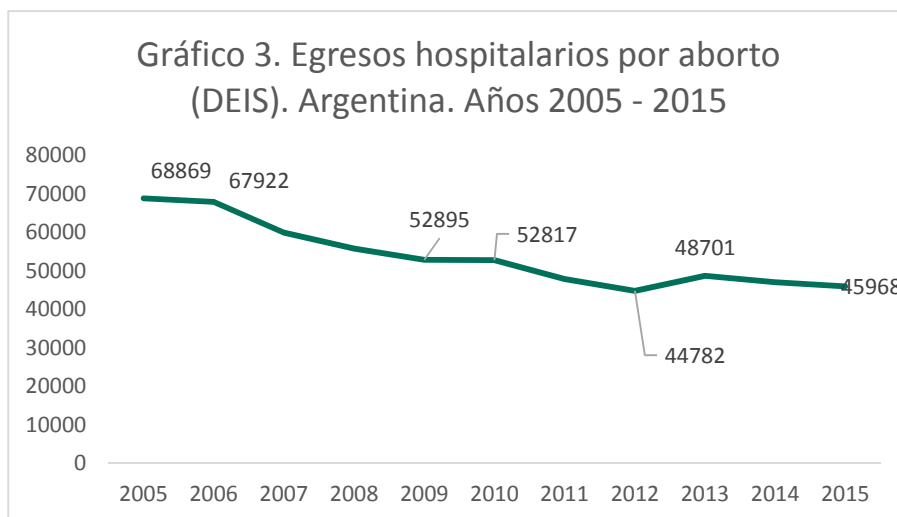
Algunos datos sobre el aborto en Argentina

➤ ¿Cuántos abortos se hacen por año?

El único estudio sobre aborto inducido en Argentina fue encargado por el Ministerio de Salud a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL). Como resultado, en el año 2009 dos especialistas en población y desarrollo, las investigadoras Mario y Pantelides, realizaron estimaciones mediante dos métodos avalados internacionalmente. De acuerdo con el primero de ellos la cantidad de abortos inducidos en el año 2000 fue de entre 371.965 y 446.998; según el segundo, entre 486.000 y 522.000 en el año 2004¹.

Según los datos publicados por DEIS, entre el año 2005 Y 2015 se produjeron en promedio 53.878 egresos hospitalarios anuales por aborto en establecimientos oficiales. Estas cifras no distinguen entre casos espontáneos e inducidos.

La cantidad de hospitalizaciones por esta causa disminuyó considerablemente en el período analizado. De todas formas, los datos no permiten discriminar en qué medida este decrecimiento se relaciona con un descenso de la cantidad de abortos que se provocan anualmente o si se debe a una baja en la cantidad de casos que requieren atención.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos publicados por DEIS².

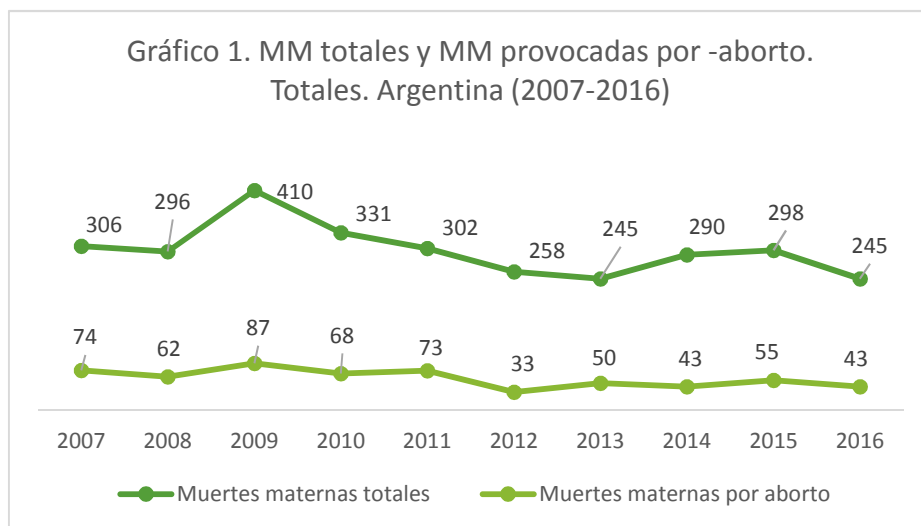
¹ Mario, S., Pantelides, E.A. (2009) Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

² DEIS (s/f) Egresos hospitalarios del sector oficial, según edad por grupos de diagnósticos. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/causas-egresos/>

➤ ¿Cuántas muertes por año son causadas por el aborto clandestino?

Las estadísticas oficiales generadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (DEIS) sobre mortalidad materna indican que entre los años 2007 y 2016 fallecieron anualmente en promedio 59 mujeres y personas con capacidad de gestar a causa de un aborto. Estas cifras tampoco distinguen entre abortos espontáneos e inducidos.

Sin embargo, varias investigaciones estimaron un subregistro de los fallecimientos por aborto en las cifras oficiales. Un estudio realizado por DEIS sobre datos correspondientes al año 2014 calculó que un 14% de las muertes maternas en general, y un 17% de los fallecimientos provocados por aborto no habían sido contabilizados. Estudios anteriores habían estimado un subregistro de las muertes maternas de hasta un 53%³.



Fuente: elaboración propia a partir de datos publicados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación⁴.

³ Ministerio de Salud (s/f) Estudio de omisión de registro de causa materna en Argentina (EORMM). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001252cnt-estudio-eormm.pdf>

⁴ Ministerio de Salud (s/f) Análisis de la mortalidad materno- infantil. República Argentina. , 2003-2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf. Ministerio de Salud (s/f) Análisis de la mortalidad materno - infantil (2007-2016) a partir de la información proveniente del Sistema de Estadísticas Vitales de la República Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001229cnt-analisis-mmi-2007-2016.pdf>. DEIS (2019) Anuario 2017. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>

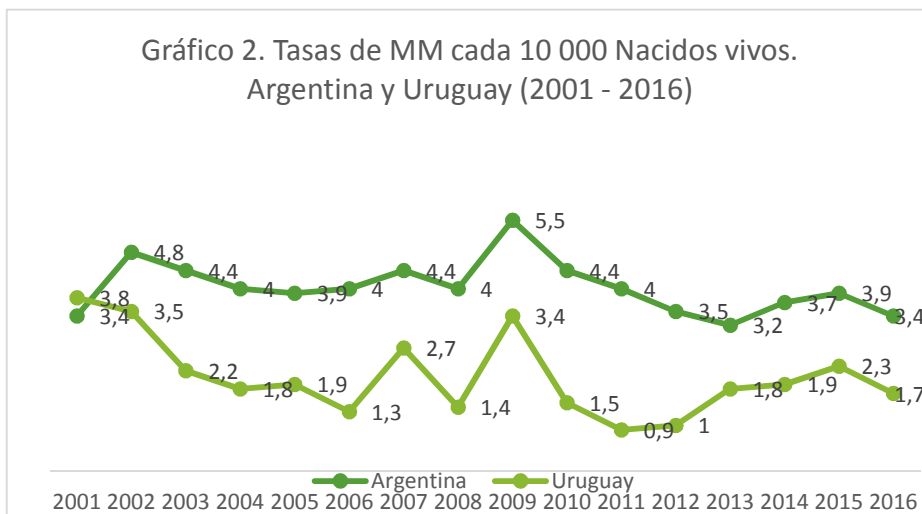
➤ ¿Cuál es la responsabilidad del Estado?

El aborto clandestino es responsable de una gran proporción de la tasa de muerte materna en Argentina, la cual permanece estancada en niveles altos durante la última década y media. Si tomamos en cuenta solamente las cifras oficiales, aún sin contar el subregistro estimado, los fallecimientos por aborto constituyeron la principal causa individual de muerte materna y alcanzaron un 20% del total de estos decesos ocurridos entre los años 2007 y 2017.

De forma contraria a lo que sucede en la Argentina, mucho antes de la legalización en el año 2012, Uruguay comenzó a desarrollar políticas de atención de las mujeres y personas con capacidad de gestar en los centros de salud. Desde entonces, primero a través de una estrategia de reducción de riesgos y daños y luego bajo la ley que regula la práctica, quienes desean interrumpir un embarazo reciben

información acerca de cómo hacerlo de forma segura, y se efectúa una revisión posterior⁵. En el año 2008 la Organización Panamericana de la Salud ya advertía que la mortalidad materna en Uruguay era la más baja de América Latina, con cifras comparables con las de Europa Occidental y Estados Unidos. Gracias al giro en las políticas públicas en Uruguay, la muerte vinculada con el aborto clandestino, que representó el 28% de la muerte materna en 2001, prácticamente desapareció⁶⁷. La tasa de mortalidad materna uruguaya en 2016 fue de 1.7 cada 10 mil nacidos vivos⁸, es decir, la mitad que la Argentina, que fue de 3.4⁹ (ver apartado sobre Cono Sur).

Gráfico 2. Tasas de MM cada 10 000 Nacidos vivos. Argentina y Uruguay (2001 - 2016)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (Argentina) y del Ministerio de Salud Pública (Uruguay)¹⁰.

⁵ Este modelo también fue implementado en algunas instituciones hospitalarias argentinas. Ver Carabajal, M. (15 de julio de 2007): Consejos para el antes y el después. Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-88141-2007-07-15.html>

⁶ Organización Panamericana de la Salud (PAHO) (s/f) . Uruguay tiene la tasa de mortalidad materna más baja de América latina. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=198:uruguay-tiene-tasa-mortalidad-materna-mas-baja-america-latina&Itemid=227

⁷ República Oriental del Uruguay. Presidencia (29 de mayo de 2018) Uruguay no registra casos de muerte materna por interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/dia-internacional-salud-mujeres-jorge-basso-canelones-mortalidad-materna-casi-cero>

⁸ Ministerio de Salud Pública (13 de marzo de 2017): Fecundidad, mortalidad infantil y materna: tendencias a la baja. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja>

⁹ Ministerio de Salud (s/f) Análisis de la mortalidad materno – infantil (2007 – 2016). Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001229cnt-analisis-mmi-2007-2016.pdf>

¹⁰ Ministerio de Salud (s/f) Análisis de la mortalidad materno – infantil (2003 – 2012) Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-



Penalizar el aborto, ¿salva vidas?

La tipificación del aborto como un delito no es una herramienta eficiente para lograr que las tasas de aborto disminuyan. La provisión de anticoncepción y la educación sexual, sí lo son.

En el período 2010 - 2014 las tasas anuales de aborto en América del Sur fueron de 48 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 44 años). En el mismo período, las cifras más bajas fueron alcanzadas en América del Norte (17), en Europa occidental (16) y del Norte (18)¹¹.

En términos generales, las cifras son similares en donde la práctica está totalmente prohibida (37 de cada 1000) y donde no existen restricciones en cuanto a los motivos (34).

Además, en los países en desarrollo el 84% de los embarazos no deseados ocurre entre mujeres que tienen necesidades insatisfechas en cuanto a la anticoncepción moderna

¿Puede el personal de salud denunciar a quien acude para atender las complicaciones de un aborto clandestino?

“La criminalización no es una herramienta eficiente para lograr que las tasas de aborto disminuyan. La provisión de anticonceptivos y la educación sexual, sí lo son”.

La jurisprudencia indica que el personal sanitario no debe denunciar los casos que conozca en ejercicio de sus funciones. En la sentencia conocida como “Natividad Frías”¹², que trató el caso de una mujer acusada de haberse practicado un aborto, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional indicó que tal procedimiento constituye una violación del deber de guardar secreto profesional y que es contrario a las garantías constitucionales contra la autoincriminación. La Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2010 adoptó un criterio similar en el caso conocido como “Baldivieso”¹³.

[2012.pdf](#), Ministerio de Salud Pública (13 de marzo de 2017): Fecundidad, mortalidad infantil y materna. Tendencias a la baja. Disponible en : <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja>

¹¹ Instituto Guttmacher (2018): El aborto inducido a nivel mundial. Disponible en <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

¹² Natividad Frías. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal, en Pleno (26 de agosto de 1966). Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/fallos/34277-natividad-frias-fallo-plenario-abortoautoincriminacion>

¹³ Recurso de hecho deducido por César Alejandro Baldivieso 'Baldivieso César Alejandro s/ causa n. 4733'. Corte Suprema de Justicia de la Nación, 20 de abril de 2010. Disponible en <http://www.sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-baldivieso-cesar-alejandro-fa10000202-2010-04-20/123456789-202-0000-1ots-eupmocsollaf>

¿Realmente el Estado usa el derecho penal para evitar que las mujeres aborten?

Un análisis realizado por la Comisión sobre Temáticas de Género de la Defensoría General de la Nación basado en datos provistos por el Poder Judicial y los Ministerios Públicos Fiscales de cada provincia y la jurisdicción con competencia penal en la Ciudad de Buenos Aires contabilizó 167 causas iniciadas entre marzo del 2011 y febrero de 2016 contra mujeres que se practicaron un aborto, pero tan sólo dos condenas de ejecución condicional. Sólo 7 mujeres estuvieron detenidas por períodos que oscilaron entre 10 horas y 26 días¹⁴.

Marzo 2011 – febrero 2016

167 causas iniciadas

2 condenas (ejecución condicional)

7 mujeres estuvieron detenidas

El estudio concluyó que:

- No existe un interés real en la persecución penal del aborto cometido o consentido por las mujeres o personas con capacidad de gestar.
- No existe un empeño estatal en reducir la reincidencia al delito a través de la aplicación de la pena

Y finalmente señaló que:

- Mientras que el recurso al derecho penal se justifica por su capacidad para prevenir la comisión de la conducta prohibida, no se logra alcanzar el objetivo perseguido.
- La criminalización funciona en sí misma como un castigo, debido a las dificultades y angustia que genera. Esta intervención desproporcionada es considerada por numerosos organismos como una violación a los derechos humanos de las mujeres.
- La criminalización del aborto sólo logra que éste se cometa en condiciones clandestinas y muchas veces inseguras, lo cual tiene graves consecuencias sobre la vida y salud de las mujeres que fueron señaladas reiteradamente por estudios internacionales

¹⁴ Comisión sobre Temáticas de Género de la Defensoría General de la Nación (s/f) Causas penales sobre aborto propio en Argentina. Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/comunicacion/Datos%20sobre%20causas%20por%20aborto%20propio%202.pdf>



Situación actual de acceso al aborto legal

En nuestro país existe un marco normativo, compuesto por el art. 86 del Código Penal, el fallo “F.A.L.” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y el Protocolo dictado por el Ministerio de Salud de la Nación¹⁵, que establece que las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a acceder de manera legal y segura a una interrupción del embarazo cuando este sea producto de una violación, o cuando ponga en riesgo la vida o salud de la persona gestante. La salud es interpretada según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶, es decir, es el bienestar psico, físico y social de las personas.

De todas formas, estudios realizados hace más de una década indicaban que las mujeres y personas con capacidad de gestar rara vez o nunca accedían a los abortos legales¹⁷.

En 2019 la situación ya no es la misma. Son frecuentes las noticias de mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar que acceden a un aborto legal en centros públicos de salud. En algunas jurisdicciones se realizan interrupciones legales del embarazo de forma sistemática¹⁸.

Sin embargo, la situación de acceso al derecho es extremadamente desigual a lo largo del país. Cada provincia, cada distrito sanitario, cada hospital y hasta cada servicio de salud parecen tener aún gran discrecionalidad para decidir el límite del derecho. Un ejemplo de esto es la variedad de protocolos sanitarios provinciales (ver próximo apartado).

En muchos ámbitos se entiende la causal salud según la definición integral, en concordancia con lo que establece el Protocolo nacional, por lo cual todo embarazo no deseado puede ser entendido como una afectación de la salud. En otras, se pasa por alto tanto el art. 86 del Código Penal como el caso “F.A.L.” En otros no se cumplen los estándares básicos previstos en la ley y el fallo.

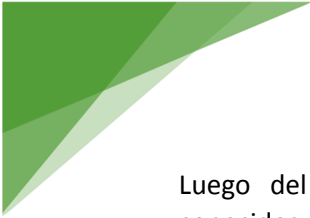
“La situación de acceso al derecho es extremadamente desigual a lo largo del país. Cada provincia, cada jurisdicción sanitaria, cada hospital y hasta cada servicio sanitario parecen tener aún gran libertad para decidir el límite del derecho”.

¹⁵ Ministerio de Salud (2015) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

¹⁶ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Ver OPS (s/f) Preguntas frecuentes. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142

¹⁷ Chiarotti, S. (2006). El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación Argentina. En S. Checa (Comp.). Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad (pp. 91-110). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

¹⁸ El Ancasti (19 de junio): Charla sobre el derecho a la ILE como política de salud. Disponible en: <https://www.elancasti.com.ar/policiales/2019/6/19/charla-sobre-el-derecho-la-ile-como-politica-de-salud-406724.html>; Nuevo Día (7 de agosto de 2019): Se realizan seis interrupciones legales de embarazo por día en Santa Fe. Disponible en https://www.eldiariounuevodia.com.ar/nacional/info-general/2019/8/7/se-realizan-seis-interrupciones-legales-de-embarazo-por-dia-en-santa-fe-90450.html?fbclid=IwAR2Dvl4zefdN4TdUyW8H66vihdvR_U0vunrdq6tTGePTXAAQL-5pRITPvcv



Luego del debate parlamentario fueron conocidos varios casos de obstaculización del derecho al aborto. El más famoso fue el caso de una niña tucumana que solicitó la interrupción de un embarazo producto de una violación y fue obligada a gestar hasta la semana 26¹⁹ para luego practicarle una cesárea. El neonato murió pocas horas después. La madre de la niña declaró que fue presionada e intimidada para continuar el embarazo²⁰. Dos profesionales que intervinieron en la práctica fueron denunciados por homicidio calificado²¹. Un caso muy similar tuvo lugar en Jujuy también durante el 2019²². Otro caso que generó alerta ocurrió en Corrientes, donde un fallo autorizó la adopción prenatal de un

feto que era gestado producto de una violación, luego de que la víctima solicitara la interrupción legal del embarazo²³.

Por otra parte, en los últimos meses también se hizo conocida la condena por incumplimiento de los deberes de funcionario público de un médico que se negó a practicar un aborto²⁴.

A pesar de los obstáculos mencionados, según el registro aplicado por la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), se realizaron entre el año del 2015 hasta febrero de 2018, 1545 abortos legales en 11 Instituciones públicas de 5 jurisdicciones del país²⁵.

milenio, cuando se desarrolló el uso

Acceso al misoprostol

Uno de los aspectos más fundamentales del acceso al aborto es la accesibilidad de los medicamentos como la mifepristona y el misoprostol²⁶. Hasta hace poco tiempo atrás el misoprostol era producido y distribuido en Argentina solamente por Laboratorios Beta. Durante el nuevo

“En 2012 el precio del medicamento representaba un 12% del salario mínimo, mientras que en 2019 pasó a equivaler a un 48%.”

abortivo de la droga, su precio creció exponencialmente. En el año 2015 incluso se demandó al laboratorio ante la Comisión de Defensa de la Competencia por haber

¹⁹ La izquierda diario (27 de febrero de 2019) Tucumán: así forzaron a parir a una nena de 11 años víctima de violación. Disponible en: <https://www.laizquierdadiario.com/Tucuman-asi-forzaron-a-parir-a-una-nena-de-11-anos-victima-de-violacion>

²⁰ Misiones online (2 de mayo de 2019): La mamá de la nena embarazada en Tucumán aseguró que fue presionada para que su hija no abortara. Disponible en: <https://misionesonline.net/2019/05/02/la-mama-la-nena-embarazada-tucuman-aseguro-fue-presionada-hija-no-abortara/>

²¹ “Denunciaron...” (11 de marzo de 2019). Perfil. Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/tucuman-denunciaron-homicidio-medicos-practicaron-cesarea-nena-11-anos-violada.phtml>


²² Centenera, M. (29 de enero de 2019). Muere la bebe de la niña argentina de 12 años que fue obligada a dar a luz. El País. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2019/01/23/actualidad/1548257445_172233.html

²³ Iglesias, M. (31 de julio de 2019) Adopción prenatal en Corrientes: la chica había sido violada y pidió hacerse un aborto. Clarín. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/adopcion-prenatal-corrientes-chica-violada-pidio-hacerse-aborto_0_AWILWtw3r.html

²⁴ Perfil (21 de mayo de 2019). Declararon culpable al ginecólogo que se negó a realizar un aborto no punible. Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/declararon-culpable-ginecologo-leandro-rodriguez-lastra-por-negar-aborto-no-punible-rio-negro.phtml>

²⁵ Grupo Fusa (s/f) Derecho al aborto. Recomendaciones para una cobertura periodística sin estigma. <https://grupofusa.org/descargas/Derecho-al-aborto.pdf>

²⁶ El misoprostol es un medicamento de uso gástrico cuyo uso abortivo fue desarrollado desde el nuevo milenio y es recomendado por la Organización Mundial de la Salud como un medio idóneo para la interrupción de embarazos de forma segura en los países en que la práctica es ilegal. La mifepristona es una droga de uso abortivo. Ver Organización Mundial de la Salud (2003) Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Argentina: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43391/9275324824_spa.pdf?sequence=1



aumentado 300% el precio de las pastillas en dos años²⁷.

En 2012 el precio del medicamento representaba un 12% del salario mínimo, mientras que en 2019 pasó a equivaler a un 48%. Miembros de *Socorristas*²⁸, red de organizaciones que asisten a mujeres que decidieron interrumpir su embarazo para que lo hagan de forma segura con esta droga, advierten un crecimiento del uso de métodos caseros e inseguros, que relacionan con la inaccesibilidad del medicamento²⁹.

De todas formas, en el año 2018 se consiguieron varios avances: la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó la utilización ginecológica del misoprostol y su venta en farmacias³⁰ y se comenzó a producir en un laboratorio estatal santafesino³¹. El primer lote costó menos del 10% que el producto comercial³². Recientemente se comenzó a producir también en el laboratorio Domínguez de Capital Federal³³ y se conoció que se fabricará en otro laboratorio estatal de la provincia de Río Negro³⁴.

Evidentemente, a pesar de los esfuerzos de la sociedad civil y de sectores estatales, a

casi un siglo de la sanción del artículo 86, persiste la fragilidad del derecho. Desde hace algunos años varias académicas señalan las limitaciones de las regulaciones que tipifican el aborto como un delito para luego establecer excepciones, que acaban resultando en arbitrariedades y violaciones a los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Sólo la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo o la abstención del Estado de intervenir a través del sistema penal parecen ser capaces de revertir la persistente inestabilidad jurídica³⁵.

²⁷ Cárdenas, E., de la Vega, L., & López Cabello, A. (7 de marzo de 2017). "Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización selectiva". Obtenido de <http://www.trabajo-social.org.ar/wordpress/wp-content/pagina-abierta/Marzo%202017%20Acceso%20desigualitario%20al%20aborto%20legal%20y%20criminalizaci%C3%B3n%20selectiva%20-CELS>

²⁸ Ver Socorristas en red (s/f): ¿Cómo hacer un aborto con medicamentos? Disponible en: <https://socorristasenred.org/>

²⁹ Carabajal, M. (9 de julio de 2019) Por la suba del misoprostol aumentaron los abortos inseguros. Página 12. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/204986-por-la-suba-del-misoprostol-aumentaron-los-abortos-inseguros>

³⁰ "La Anmat aprobó..." (29 de octubre de 2018). Perfil. Recuperado el 15/03/2019 de <https://www.perfil.com/noticias/salud/la-anmat-aprobo-la-venta-de-misoprostol-en-farmacias-para-uso-ginecologico.phtml>

³¹ Ver Vega, E. (25 de agosto de 2018). Santa Fe está lista para lanzar el primer Misoprostol de uso ginecológico hecho en el país. Clarín. Recuperado el 15/03/2019 de https://www.clarin.com/sociedad/santa-fe-lista-lanzar-primero-misoprostol-uso-ginecologico-hecho-pais_0_rvSGFkCIQ.html

³² Buchara, A. (s/f) Misoprostol industria nacional. Revista Anfibia. Disponible en: <http://revistaanfibia.com/cronica/misoprostol-industria-nacional/>

³³ Alcaraz, M.F. (26 de octubre de 2018): ¡Bienvenido a la Argentina Misop 200! Latfem. Disponible en: <https://latfem.org/bienvenido-la-argentina-misop-200/>

³⁴ "En Río Negro se fabricará misoprostol" (16 de agosto de 2018). Río Negro . Disponibl e en: <https://www.rionegro.com.ar/en-rio-negro-se-fabricara-misoprostol-CE5574172/>

³⁵ Ver P Bergallo, I.C. Jaramillo Sierra y J.M. Vaggione (2018) *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno



Protocolos sanitarios provinciales vigentes

El “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal de embarazo”, conocido como Protocolo ILE, fue elaborado por el entonces Ministerio de Salud de la Nación en el año 2010 y actualizado en el año 2015, para adecuarlo en función de las interpretaciones sobre el aborto no punible que realizó la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva”, conocido como “F. A. L”, del 13 de marzo del 2012. El propósito de este instrumento es servir de guía para la práctica de los abortos no punibles contemplados en el Código Penal Argentino en el artículo 86.

De las veinticuatro jurisdicciones subnacionales de la Argentina, doce provincias han adherido al Protocolo ILE desde su actualización hasta la fecha (Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Salta, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego), cinco han sancionado protocolos propios (Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Neuquén y Río Negro) y siete no cuentan con ningún instrumento (Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán).

Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba y Río Negro elaboraron sus protocolos en el año 2012 luego del fallo “F. A. L.” y todos ellos dicen adecuarse a la interpretación de la Corte Suprema. Sin embargo, cuando en el año 2015 el Ministerio de Salud elaboró el Protocolo ILE en función de la nueva jurisprudencia, ninguna de estas provincias adhirió al

instrumento nacional. De todas formas, Río Negro presenta una excepción a esto, dado que el artículo 3 de la Ley N° 4796 establece que el protocolo aplicable en la provincia es la “Guía de Atención Integral de los Abortos

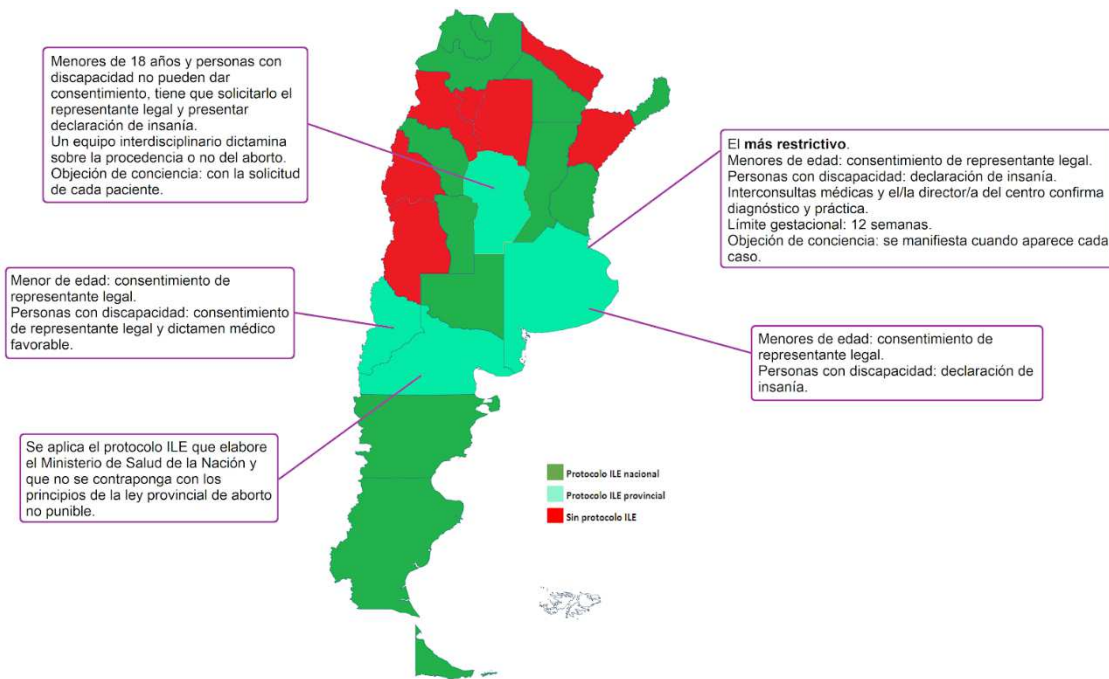
12 provincias han adherido al Protocolo ILE desde su actualización hasta la fecha

5 sancionaron protocolos restrictivos (Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Neuquén y Río Negro)

7 no cuentan con ningún instrumento

no Punibles” (elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación con Resolución 1184/2010 y antecesora del Protocolo ILE), “o la que en el futuro se apruebe por el citado organismo, en tanto no se contraponga con los preceptos de la presente”. En este sentido, la norma vigente parece indicar que el instrumento para la realización de los abortos legales es el Protocolo ILE. De la lectura de la Ley N° 4796 y su reglamentación por el Decreto N° 82, no se encuentran disposiciones arbitrarias que restrinjan el derecho al aborto legal y ni en disonancia con el fallo “F.A.L.” ni con el Protocolo ILE. Con respecto a Neuquén, su protocolo data del año 2007 y no ha sido actualizado.

En el siguiente gráfico se sintetizan la situación de cada provincia y los puntos de los protocolos provinciales que se apartan de los estándares fijados por el fallo “F.A.L.” y el Protocolo ILE nacional:



Protocolos según tendencia partidaria

En relación con el/la gobernador/a en ejercicio durante la elaboración de cada protocolo y su partido político, no se puede concluir que cada protocolo sea resultado de una expresión ideológica partidaria, dado que en el contexto del federalismo argentino las cuestiones de género giran en torno a las identidades e intereses territoriales y no responden a una organicidad partidaria. En este sentido, los/as gobernadores/as tienen autonomía y fuertes incentivos para responder a los intereses locales donde el grado de tradicionalismo es un factor determinante. Esto queda de manifiesto en las adhesiones que recibió el Protocolo ILE elaborado durante la presidencia de Cristina Fernández. Una de las primeras provincias en suscribirlo fue Santa Fe en el año 2012 durante la gobernación de Bonfatti, del Partido Socialista, y la ampliación de la cobertura con la producción estatal de misoprostol también se produjo en un gobierno del mismo signo político, durante el mandato de Lifschitz en el 2018, con la presidencia de Mauricio Macri. En Buenos Aires durante el mandato de Daniel Scioli la resolución del año 2012 creó un propio protocolo de aborto no punible, pero una vez actualizado el Protocolo ILE en el 2015, con la entonces presidenta del mismo color político, la provincia decidió no realizar modificaciones. De esta forma se evidencia que lo que prima es la indefinición programática y el liderazgo personalizado, dejando ver una heterogeneidad ideológica mayor al interior de cada partido que entre la totalidad de ellos.

En cuatro de las cinco provincias consideradas se encontró que los instrumentos que moldean el acceso al aborto no punible son emanados del Poder Ejecutivo, es decir, que la aplicación de esta política es una decisión discrecional del gobernador que tiene la capacidad de hacerlo gracias al diseño institucional federal.



Situación del aborto en el Cono Sur

➔ Compromisos asumidos

➤ Objetivos de Desarrollo del Milenio

Por medio de la Organización de las Naciones Unidas, se construyeron los llamados Objetivos del Milenio que fueron reformulándose cada cinco, diez y veinte años según las metas propuestas para alcanzarlos.

Uno fundamental es la **promoción de la igualdad entre los géneros y empoderamiento de todas las mujeres y las niñas**. Dentro del cual se desprenden algunas metas como éstas:

1. *Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (ONU, 2015:18)*
 - *La tasa de mortalidad materna está profundamente relacionada con los embarazos no planificados/ no deseados.*
 - *América Latina y el Caribe tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes en el mundo.*
2. *Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.*
 - *según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen (UNFPA, 2018).*

➔ Instrumentos regionales

1. **La Convención Interamericana de Belém do Pará (1994) “Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”** la cual cuenta con un articulado excepcional en materia de normativa internacional de carácter (semi) vinculante. Los principales alcances de dicha Convención son los que buscan garantizar los siguientes derechos a) El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; b) El derecho a no ser sometida a torturas; c) El derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia; d) El derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos; Para cumplir con el compromiso asumido por los Estados a garantizar estos derechos la Convención incentiva a que estos a

“tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer; y a adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias” (Cap. III, Art.7 inc. e.)



2. El Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (2013)

- a. En los temas prioritarios, los Estados parte **acuerdan** priorizar la eliminación del aborto inseguro porque en materia de acceso universal en Salud Sexual y Reproductiva, están:

Preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y 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 (p.20)³⁶.

3. Estrategia de Montevideo (2017)³⁷

- a. Las mujeres como sujetas de derecho y el Estado como garante de ellos, ratificando el carácter universal, indivisible, inalienable e interdependiente también a los Derechos Sexuales y (no) reproductivos, a saber, en relación con:

información y educación sexual integral; servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional; anticoncepción; servicios sociales de salud integrados; mortalidad materna; orientación sexual e identidad de género; servicios universales y accesibles; discapacidad y vejez; erradicación del embarazo de niñas, prevención del embarazo y la maternidad adolescente (...) (p.10)

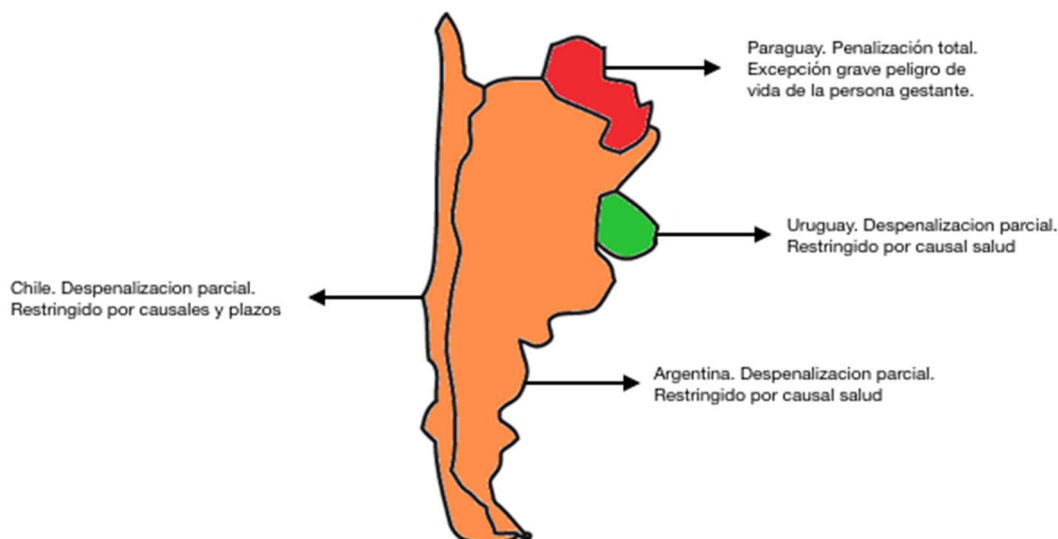
A partir de aquí podremos, analizar en la actualidad cuál es la situación en la que se encuentran países muy próximos en términos geográficos pero muy distanciados en cuanto a los compromisos asumidos y, en consecuencia, cuáles fueron los alcances que han tenido en relación con la garantía de los Derechos Sexuales, Reproductivos y No Reproductivos, según sus normativas domésticas.

³⁶ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

³⁷ Estrategia diseñada para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030 disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41011/1/S1700035_es.pdf

➤ La situación en el cono sur

En este informe se analizan los casos de:



Cabe aclarar que salvo en el caso de Uruguay, el resto de los países no cuentan con estadísticas oficiales y fehacientes ya que, por ser un asunto estigmatizado y clandestino, la cuantificación no refleja cifras reales de la cuestión social y de carácter fundamental para diseñar políticas públicas y/o actualizar las existentes.

En orden descendente de reconocimiento, garantía de Derechos y metas del Milenio según la normativa internacional:

LEGALIZACIÓN

Uruguay

- Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo → Legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012)
- Reducción de la mortalidad materna “coloca al país en el primer lugar de América Latina” en lograr este objetivo³⁸.

DESPENALIZACIÓN PARCIAL (x causales / menos Restringido x Causal Salud Integral OMS)

Argentina: Interrupción Legal del Embarazo (ILE) por causales

- Código Penal 1921
- Fallo “F.A.L.” 2012
- Protocolo ILE 2015 ³⁹

³⁸ <https://www.presidencia.gub.uy/> ver también <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui%C3%AD-Mortalidad-Materna-Aborto-y-Salud-en-Uruguay..pdf>

³⁹ Gracias a este Protocolo es que los profesionales de la Salud pueden garantizar y efectivizar la práctica. Para ver más visitar <https://www.redsaluddecidir.org/>

- 
- Plan de Prevención de Embarazo No Intencional en Adolescentes (ENIA) 2017-2019⁴⁰

DESPENALIZACIÓN PARCIAL (causales y plazos / más Restringido)

Chile

- Ley 21.030: Causales + plazo (2017 antes totalmente penalizado)
→ En el caso de violación hasta las 12 semanas de gestación, y hasta las 14 semanas si la madre es menor de 14 años.
- No contempla límite de tiempo para las causales de riesgo de vida de la madre e «inviabilidad fetal»

PENALIZACIÓN TOTAL (Salvo excepción)

Paraguay

- Ley 1.160, Código Penal (1997) → **Penalización del aborto** en todas sus formas por el Código Penal salvo cuando la vida de la gestante está en grave peligro, artículo 352.
- En los artículos 349 a 353, se explica los casos en que el aborto es punible y las penas a aplicar.
- Historia bisagra en el Paraguay: “Mainumby” en 2015 (niña de 10 años que le niegan un aborto) y le hacen cesárea (se contradice con la norma)⁴¹

Conclusiones

A cuatro décadas de los primeros intentos por abordar la situación desigual entre mujeres y varones a través de la creación de la CEDAW y teniendo en cuenta los posteriores esfuerzos realizados por los países de la región a partir de los acuerdos mencionados anteriormente, se puede observar que el cumplimiento de los compromisos asumidos por los países del Cono Sur continúa siendo muy bajo. Es imperioso que los Estados comiencen a trabajar en herramientas que permitan el cumplimiento de sus compromisos con la Comunidad Internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos al tiempo de que los derechos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar continúan siendo vulnerados día a día.

En los últimos años la movilización social latinoamericana ha sabido incorporar los reclamos históricos de las mujeres a la agenda pública, es esta situación la que hace aún más urgente la necesidad de que los y las gobernantes que detentan el poder en estos países y que continúan tomando compromisos para garantizar la equidad entre varones y mujeres hagan eco de estas necesidades y articulen los medios necesarios para la erradicación de la violencia contra las mujeres y para garantizar derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, educación sexual integral y acceso a la interrupción voluntaria del embarazo para que ninguna mujer ni otras identidades sexuales vuelvan a poner en peligro su vida por ejercer su derecho a decidir.

⁴⁰ Este plan sólo es para 12 provincias y algunos distritos, más información en <https://www.argentina.gob.ar/planenia>

⁴¹ Ley nro. 1160/97. Código Penal de Paraguay. Disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/1997_codigopenal_paraguay.pdf

¿Qué hacer ante un embarazo no deseado?

Podés consultar el recurso nacional de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir:

<https://www.redsaluddecidir.org/>



O llamar a la línea de Salud Sexual del Ministerio de Salud y Desarrollo Social:



0800-222-3444