



Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito

Hacia la Legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Argentina. Argumentos para el debate.

Desde la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito elaboramos el presente documento para contribuir a los debates actuales sobre aborto en Argentina. Contamos con argumentos científicos, sanitarios, legales y bioéticos para sostener que el 2018 debe ser el año de aprobación del proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo presentado por séptima vez ante el Congreso Nacional.

1. ¿En qué casos está permitido el derecho a una Interrupción Legal del Embarazo en la actualidad?

En la Argentina, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo según los mismos estándares de calidad que rigen para otros servicios de salud, cuando:

- El embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios. En este caso, la salud debe ser interpretada como un concepto integral con tres dimensiones: física, mental-emocional y social, de acuerdo a lo establecido por la OMS, y el peligro para la salud debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud. No se requiere la constatación de una enfermedad ni una intensidad de peligro determinada.
- El embarazo proviene de una violación;
- El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual.¹

A pesar de ello, en muchas situaciones en las que se solicita una interrupción legal del embarazo (ILE), los servicios de salud tienden a obstaculizar y/o judicializar los casos, lo cual redundaría en numerosas violaciones a los derechos de las mujeres, niñas y personas gestantes.

Como forma de contrarrestar esta sistemática violación a nuestros derechos, y por la presión que desde el movimiento de mujeres ejercimos, en 2012 la Corte Suprema de

¹ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación, 2016. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf.

Justicia de la Nación (CSJN), en su carácter de último intérprete de todo el sistema normativo del país, dictó lo que se conoce como “fallo F., A. L.”. Este fallo establece que quien se encuentre en las condiciones descritas en el art. 86 inc. 2 del Código Penal “[...] no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible”.²

2. ¿Cómo debería garantizarse el acceso a la ILE?

Según el Protocolo para las interrupciones legales del embarazo,² rige el principio de autonomía de las personas, según el cual, las interrupciones implican necesariamente el consentimiento informado por parte de la persona usuaria. En el caso de las niñas y adolescentes menores de catorce años, se deberá respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tenida en cuenta. En el caso de que la persona que lo solicita tenga discapacidad intelectual, es fundamental que el equipo de salud la acompañe durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía.

La calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de ILE deben ser los mismos para establecimientos públicos y privados, así como la responsabilidad de los profesionales en caso de no respetar los derechos de las personas. Las demoras innecesarias, el brindar información falsa o negarse a llevar a cabo el tratamiento constituyen actos que pueden ser sancionados administrativa, civil y/o penalmente³.

La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional. De acuerdo a esto, todos los servicios de salud que practiquen ILE deberán garantizar su realización⁴.

Ofrecer una atención integral para la interrupción legal del embarazo implica:

- brindar un trato humanitario que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física;
- garantizar la atención clínica adecuada de acuerdo a los criterios éticos, legales y médicos en vigencia;
- intercambiar información amplia y completa con las personas involucradas para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado;
- ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento.

El procedimiento debe ser realizado acorde a los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y ginecología (FLASOG) y la *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO).

² Corte Suprema de Justicia de la Nación. F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva. Sentencia. 13 de Marzo de 2012.

³ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación, 2016. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf.

⁴ Idem nota 3.

Para el primer trimestre, estos métodos son el uso de medicamentos (mifepistrona y misoprostol, o misoprostol sólo si la mifepistrona no estuviera disponible) y la aspiración manual endouterina (AMEU). Solo en caso de que estos métodos no estén disponibles, se acepta la utilización del raspaje o legrado, pero no es el método recomendado porque presenta mayor posibilidad de complicaciones. En casos de embarazos de segundo trimestre, se recomienda nuevamente el uso de mifepistrona en combinación con misoprostol, o misoprostol sólo si la primera no estuviera disponible. Si existe personal especializado en la técnica, puede utilizarse el método de dilatación y evacuación.

3. ¿Se garantiza el acceso en las instituciones de salud?

Durante los años 2000, las dificultades de acceso a los abortos no punibles se hicieron públicas en Argentina y eran habituales las noticias sobre mujeres a las que se les negaba el acceso a un derecho consagrado. Dos casos paradigmáticos de las dificultades de acceso son el de Ana María Acevedo - una mujer de 20 años que falleció en 2007 por la negación de profesionales del Hospital Iturraspe, Santa Fe, a realizarle tratamiento oncológico por estar embarazada de 13 semanas - y el de L.M.R - una joven de 19 años con una discapacidad intelectual (que cursaba un embarazo de 14 semanas producto de una violación por parte de un familiar), a quién se le negó el acceso a la interrupción judicializando el pedido, en 2006-. Este caso fue llevado ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU y Argentina recibió un dictamen indicando que el país debía cumplir su propia normativa y realizarle el aborto en tiempo y forma.⁵ Este dictamen fue retomado posteriormente por la CSJN en el Fallo F.;A.L. En ambos casos, los gobiernos provinciales reconocieron su responsabilidad, pidieron disculpas públicas a las familias y presentaron resarcimiento económico para las mismas.

Hoy, luego del fallo F.;A.L., el acceso a la interrupción legal del embarazo sigue encontrando barreras en Argentina y es muy desigual entre provincias. En 2012, dicho fallo instó a las provincias argentinas a elaborar protocolos acordes al mismo. Para 2018, nueve jurisdicciones no cuentan con protocolos (Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tucumán). Ocho jurisdicciones regulan los permisos con exigencias que pueden dificultar el acceso a los abortos no punibles (Ciudad de Buenos Aires -cuyos requisitos arbitrarios se encuentran suspendidos por orden judicial-, Córdoba -suspendido parcialmente por orden judicial-, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta). Ocho jurisdicciones poseen protocolos que se corresponden, en buena medida, con lo dispuesto por la CSJN (Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego).⁶

⁵ Comité de Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Dictamen del Comité de Derechos Humanos a tenor del párrafo 4 del artículo 5 del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos - 101º período de sesiones - respecto de la Comunicación Nº 1608/2007. Disponible en: <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Dictamen-del-Comité-de-Derechos-Humanos-de-la-ONU-28-de-abril-de-2011.pdf>.

⁶ Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación - Marzo 2015. Buenos Aires: Asociación por los

En 2017, el caso de “Juana” puso de manifiesto una vez más las desigualdades de acceso a la Interrupción Legal del Embarazo entre provincias y las mayores dificultades para niñas, adolescentes y mujeres de zonas rurales. La salud pública salteña le negó el acceso a un aborto a “Juana”, una niña wichí de 12 años que sufría una discapacidad intelectual y cursaba un embarazo producto de una violación. Además, se descubrió que el feto era anencefálico. Sin embargo, la niña fue forzada a continuar con el embarazo y ser sometida a una cesárea.^{7 8 9 10}

4. ¿Le penalización del aborto disuade a las personas de abortar?

Hoy, según datos del Ministerio de Salud se realizan aproximadamente 54 abortos por hora, es decir 1300 abortos por día. Según datos del Ministerio de Salud en la Argentina, anualmente, se inducen entre 370.000 y 520.000 abortos.¹¹ Teniendo en cuenta la magnitud de estos datos sostenemos que la penalización del aborto no disuade de su práctica, pero pone en riesgo a la persona que aborta. Según un informe de Amnistía Internacional: “[...] las regiones donde las leyes de acceso al aborto son restrictivas (29 y 32 abortos por cada 1000 mujeres, en África y América Latina respectivamente), existen tasas mayores de terminación de embarazos que en las regiones donde su acceso no se criminaliza (12 por cada 1000 mujeres en Europa Occidental).”¹²

5. ¿De dónde salen las cifras sobre abortos, tratándose de una práctica clandestina?

Derechos Civiles, 2015. Disponible en: <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/ADC-Acceso-al-aborto-no-punible-Marzo-2015.pdf>

⁷ Horacio Cecchi “Otra negación para Juana”, 22 de Agosto de 2016, Página 12. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-307474-2016-08-22.html>

⁸ “Salta en el banquillo: El caso de la niña wichí violada y embarazada”, La Vaca, 6 de junio de 2016. Disponible en: <https://www.lavaca.org/notas/salta-en-el-banquillo-el-caso-de-la-nina-wichi-violada-y-embarazada/>

⁹ Comité contra la tortura- Quinto y sexto informe periódico de la argentina - 60° sesión - Situación del aborto en Argentina. Disponible en: http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/CAT2017_Informe_conjunto_Aborto_Argentina.pdf

¹⁰ AAVV (2016) Evaluación sobre el cumplimiento de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW) Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/06/situaci%C3%B3n-del-aborto-en-la-argentina.Informe-CEDAW.pdf>

¹¹ Silvia Mario y Edith Alejandra Pantelides Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de población N°87 • CEPAL 95. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP87Mario.pdf>.

¹² Amnistía Internacional Argentina. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos. Los métodos de estimación del aborto inducido en argentina: cómo se llegó a la cifra de 450 mil. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2016/09/Medición-de-abortos-Clandestinos.pdf>.

Como en nuestro país el aborto es una práctica mayormente realizada de manera clandestina, no existen estadísticas exactas, sino estimaciones. Sin embargo, estas estimaciones no son números caprichosos sino que se sustentan en metodología científica. En 2005, el Ministerio de La Nación solicitó a dos reconocidas profesionales, Edith Pantelides y Silvia Mario, que calculen la magnitud de abortos voluntarios en Argentina. A partir de la cantidad de internaciones por complicaciones médicas derivadas de un aborto en hospitales públicos, a la que se aplica una metodología especial para estimar la cantidad de abortos totales, estimando la proporción de abortos que tiene posibilidades de presentar complicaciones, y por ello terminan en servicios de salud pública, se llegó a la conclusión de que por cada aborto que llegaba al hospital público, se practican 6,8 abortos. En 2005, el estudio utilizó la cifra de las 65.735 hospitalizaciones relacionadas con abortos del año 2000 (período durante el cual se hizo el estudio), que multiplicada por 6,8 arrojó la cifra que estima 447 mil abortos inducidos ese año.

Otro de los métodos que se utilizan para realizar estas estimaciones es el llamado “método residual”. Mediante este método, se compara la diferencia entre la cantidad de bebés que deberían nacer considerando la forma en que se usan los anticonceptivos en nuestra sociedad, el tipo de anticonceptivos elegidos y su eficacia, las costumbres sociales -como la edad de inicio de las relaciones sexuales de las mujeres- y el tiempo de infertilidad antes y después del embarazo, y los bebés que efectivamente nacen. La diferencia se explica por la cantidad de abortos que se realizan. En nuestro país esta estimación ronda los 520.000 abortos.

Ambos métodos ofrecen estimaciones pero no pueden dar un número exacto (de allí su diferencia) puesto que, al tratarse de una práctica clandestina, no existen estadísticas precisas sobre la cantidad de abortos. Sin embargo, según Amnistía Internacional, las estimaciones realizadas dan cuenta de la magnitud de la práctica.⁶

6. ¿Por qué hablamos de legalización y no sólo de despenalización?

En materia de derecho al aborto hay posicionamientos que plantean la despenalización o la legalización del aborto. Desde la Campaña exigimos al Estado su legalización y su despenalización. La **despenalización del aborto** significa modificar lo que actualmente está penalizado y contemplado como delito en el Código Penal (Arts. 85 y 86). El Código permite que se efectúe el aborto por un médico diplomado, con consentimiento de la mujer, si existe riesgo para la vida, riesgo para la salud de la gestante o violación, pero lo castiga en el resto de los casos. Desde la Campaña, abogamos por la despenalización del aborto para que nuestro sistema jurídico no penalice ni criminalice a las mujeres por interrumpir un embarazo en ningún caso. La pregunta que debemos hacernos en relación a la despenalización es: “¿Usted está de acuerdo con que una mujer vaya presa por practicarse un aborto?”. Sin embargo, la simple despenalización no es suficiente. Si se despenaliza, el aborto deja de ser un delito, pero su acceso no se garantiza para todas las mujeres y personas gestantes que lo soliciten. Esto establece una desigualdad de hecho entre quienes tienen más y menos recursos económicos, al permitir la regulación del acceso al aborto por

una economía mercantilizada. Además, sostiene el negocio de prestadores y laboratorios, a la vez que desresponsabiliza al Estado del derecho a la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

La **legalización** del aborto significa diseñar, implementar y monitorear políticas públicas que garanticen su realización efectiva y segura en todos los niveles y subsistemas de salud, de acuerdo a los artículos 5 y 6 del proyecto de ley de la Campaña.

Entendiendo que la actual penalización del aborto no impide la realización de la práctica pero mata y enferma a las mujeres y personas con capacidad de gestar más jóvenes y de menores recursos, su garantía desde la salud pública es la única herramienta para afrontar esta desigualdad. Para que el Estado lo garantice como derecho, de manera segura en todos los niveles y sectores del sistema de salud, para toda persona que así lo solicite, sin desigualdades por razones socio-económicas, el aborto debe estar legalizado y retirado del código penal. Asimismo, en países donde el aborto se ha legalizado por plazos (por ejemplo, en el primer trimestre) pero se mantuvo su penalización, aquellas mujeres que están por fuera del acceso efectivo a ese derecho (por ejemplo, por ser migrantes o por estar por fuera del plazo establecido) son criminalizadas y penalizadas por abortar. Por eso, desde la Campaña, insistimos en la importancia de legalizar y despenalizar el aborto en Argentina.

7. ¿Por qué el plazo de las 14 semanas, salvo por causales específicos?

Diversos países poseen un marco jurídico que legaliza el aborto hasta una determinada cantidad de semanas. La mayoría de los modelos regulatorios de estos países establece el límite entre las 12 y las 14 semanas de gestación, salvo que exista un riesgo para la vida o la salud (entendida desde una perspectiva integral) de la persona gestante, o bien una malformación fetal grave, en cuyo caso el límite tiende a quedar sin efecto.

El plazo de las 12-14 semanas, es decir el primer trimestre, se asocia al menor riesgo que estas interrupciones implican para la salud y la vida de la gestante, a la vez que la mayor simplicidad de los métodos. Al colocar el plazo de la catorceava semana nuestro proyecto delimita legalmente un plazo razonable, desde el punto de vista del derecho comparado, para la interrupción de una gestación que no fue planificada y/o deseada.

En otros países, en cambio, el límite se establece entre las 20 y 24 semanas. En Inglaterra, por ejemplo, el plazo es de 24 semanas, salvo en casos de riesgo para la vida, anomalía fetal, o lesiones graves físicas o psíquicas de la gestante, en los que no se establece límite. El plazo de las 24 semanas sigue criterios bioéticos que se relacionan con la capacidad de supervivencia extrauterina del feto.

En concordancia con el marco jurídico de la mayoría de los países que tienen aborto legal, nuestro proyecto de Ley sostiene la legalidad del aborto hasta la semana 14 para todos los casos, salvo en casos de violación, peligro para la salud o vida de la persona gestante, o malformaciones fetales graves, en que este límite queda sin efecto.

8. ¿Por qué nuestra consigna “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir” es integral y no etapista ni excluyente en sus

términos?

Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir no son exigencias por sí misma suficientes sino que cada una y de conjunto son condición necesaria para la protección de la vida y la salud de las mujeres y personas gestantes. Es habitual escuchar que con mayor acceso a la educación sexual y a la anticoncepción no se debería llegar al aborto. Sin embargo, encontramos necesidades de anticoncepción insatisfechas (personas en edad reproductiva que mantienen relaciones heterosexuales y quisieran cuidarse pero no lo hacen) y fallas en los métodos anticonceptivos. Sólo por dar un ejemplo, la píldora anticonceptiva tiene una efectividad del 99% pero en su uso efectivo se calcula que baja al 92%.¹³ También se debe tener en cuenta que la responsabilidad anticonceptiva recae únicamente sobre las mujeres y que las desigualdades de género también dificultan el acceso de muchas mujeres a la anticoncepción y al uso de preservativo. Por último, en Argentina, la implementación de las leyes de Educación Sexual Integral y de Salud Reproductiva presenta diversas dificultades en la actualidad.^{14,15}

Nuestra consigna se debe implementar de modo integral porque, a largo plazo, la legalización del aborto disminuye la tasa de abortos, dado que quienes ingresan al sistema de salud solicitando un aborto pueden egresar con un método anticonceptivo de su elección, si así lo desean. Esta tríada de derechos brinda a las personas mayor capacidad de decisión y de planificación sobre su vida reproductiva.

Además, el derecho al aborto tal cual lo contempla nuestra legislación es un contenido de la Educación Sexual Integral en tanto derecho sexual y reproductivo. El ejercicio de estos derechos es parte de los contenidos de la Educación Sexual Integral científica, laica y con perspectiva de género, tal cual establece la ley 26.150 de Educación Sexual Integral.

9. ¿Por qué sostenemos que debe ser gratuito?

El aborto clandestino implica un riesgo mucho mayor para la vida y la salud de las personas las personas de menores recursos materiales y simbólicos. Si se despenaliza el aborto pero no lo garantizamos de forma gratuita, esta desigualdad persistirá. Por ello, la legalización del aborto no sólo es un asunto de salud pública y de derechos humanos, sino también de justicia social. Su práctica debe ser una práctica más dentro del sistema de salud.

Para aquellos que sostienen que el aborto no debe ser costeadado por la salud pública y las obras sociales, respondemos que los derechos no deben ser considerados en términos de costo/inversión. Aún dentro de esta lógica, costear una interrupción de embarazo desde el

¹³ OMS. Planificación familiar. Nota descriptiva. Enero de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.

¹⁴ Luciana Peker. "Sin excusas". Página 12. Las 12. Salud. 17 de noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/76383-sin-excusas>.

¹⁵ Luciana Peker. "El bache imperdonable". Página 12. Las 12. Salud. 25 de noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/5053-el-bache-imperdonable>.

sistema de salud, tanto público como privado, podría implicar un costo significativamente menor al de tratar las actuales complicaciones por abortos inseguros que exigen a menudo internaciones e intervenciones por hemorragias e infecciones.

10. ¿Por qué exigimos abortos seguros?

Durante años, la Organización Mundial de la Salud consideró que los abortos inseguros son aquellas prácticas llevadas a cabo por personas que carecen de la preparación necesaria, o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez.

En los últimos años el paradigma para clasificar los abortos ha cambiado y hoy hablamos de un espectro de prácticas más o menos riesgosas. Los abortos menos riesgosos son aquellos provistos por integrantes de equipos de salud con métodos recomendados por la O.M.S. (los métodos recomendados son la A.M.E.U. -Aspiración Manual Endouterina- y el aborto medicamentoso, con mifepristona y misoprostol o misoprostol solo), pero también aquellos realizados utilizando medicamentos en la casa con asesoramiento de profesionales de la salud o a través de organizaciones especializadas. Diversos estudios señalan que los abortos sin riesgos se ampliaron a aquellos realizados en la casa también con asesoramiento de líneas telefónicas y sitios web especializados.¹⁶ Sin embargo, en estos casos se puede dificultar el acceso a los medicamentos abortivos y es crucial contar con la posibilidad de acudir a un servicio médico de guardia donde se reciba un trato respetuoso y confidencial. En el otro extremo, se encuentran los abortos más riesgosos o inseguros, es decir, aquellos que utilizan métodos inseguros e invasivos.

En Argentina, hoy conviven una diversidad de prácticas que van de las más seguras a las más inseguras. Las prácticas inseguras se mantienen por las dificultades de acceso a los abortos legales, a los medicamentos e información abortiva, por las desigualdades de acceso a la información, por los maltratos persistentes en hospitales y guardias a mujeres que solicitan abortos o atención por complicaciones de aborto. La persistencia de estas prácticas se expresa en las elevadas tasas de morbi-mortalidad materna por complicaciones de aborto que no descienden.¹⁷ Por esto, sólo la legalización y despenalización del aborto - y la garantía de su implementación - van a garantizar la erradicación de los abortos inseguros y riesgosos para las mujeres y personas con capacidad de gestar.

11. ¿Por qué hablamos de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

La decisión o voluntad de la mujer o persona con capacidad de gestar es causa suficiente para decidir. No obligamos a nadie a abortar como tampoco obligamos a nadie a gestar, parir ni ser madre. Proponemos una reforma de las causales vigentes hasta hoy. La reforma

¹⁶ Ipas. Who can provide abortion care? Considerations for law and policy makers. 2015. Disponible en: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Who-can-provide-abortion-care-Considerations-for-law-and-policy-makers.aspx>.

¹⁷ Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales – Información Básica 2016. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales-informacion-basica-2016/>.

que proponemos se ancla en este aspecto. La voluntariedad de la persona. En el modelo actual por causales, la autonomía de las mujeres está cercenada y el acceso a una práctica segura depende de la opinión de profesionales, lo que se transforma en una forma de tutela del cuerpo de las mujeres.

12. ¿Por qué hablamos de que el aborto legal es una cuestión de salud pública?

Desde la recuperación de la democracia se han muerto 3030 mujeres por abortos inseguros.¹⁸ Entre 2013 y 2015, el aborto representó el 18% de las muertes maternas.¹⁹ Por esto, las complicaciones por aborto son la primera causa individual de mortalidad por gestación desde 1980. ¿Qué es la mortalidad materna? Es el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio (en un plazo de 42 días a partir de la terminación del embarazo), independientemente de la duración o lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su tratamiento, o agravada por ellos, con exclusión de las causas accidentales. Esta mortalidad se divide, a su vez, entre causas directas (aquellas vinculadas directamente a la gestación, como complicaciones en el parto, puerperio, aborto, hemorragias, sepsis, entre otras) y causas indirectas (resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, que se agrava por los efectos fisiológicos del embarazo). Las causas indirectas representaron, para ese mismo período, 26% de la mortalidad materna. El libre acceso al aborto, de manera segura y gratuita, no sólo permitiría prevenir el 18% de las muertes por complicaciones de aborto, sino también, incidir sobre el 26% de muertes por causas obstétricas indirectas. En estos casos, se debe ofrecer a todas las mujeres consejería integral sobre los riesgos del embarazo en curso y la posibilidad de interrumpirlo. No es posible estimar cuantas de esas muertes podrían haberse evitado, pero podemos sostener que la legalización y despenalización del aborto y el correcto acceso a la información podrían prevenir no sólo las muertes por complicaciones de abortos clandestinos, sino también, algunas de aquellas producidas por enfermedades agravadas por el embarazo.

Además, la evidencia demuestra que la legalización del aborto reduce la mortalidad materna. En Uruguay, desde la legalización, el porcentaje de muertes por esta causa descendió de 37% a 8%.²⁰

Sin embargo la fatalidad no es el único riesgo con el aborto clandestino. La morbilidad materna, es decir, la afección de la salud de la persona gestante, también presenta datos alarmantes. En 2013 - último año del que se disponen datos oficiales de egresos

¹⁸ ELA, CEDES, REDAAS. El aborto en cifras. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/actividades-item.php?a=64>.

¹⁹ Dirección de Estadísticas e información en Salud (DEIS). Estadísticas vitales 2013, 2014 y 2015. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/>.

²⁰ Arthur J. (2010). Yes, Legalizing Abortion Does Save Women's Lives. Abortion Rights Coalition of Canada. <http://www.arcc-cdac.ca/action/legalizing-abortion-saves-lives.html>

hospitalarios- 49.000 mujeres egresaron de hospitales públicos luego de una internación por complicaciones de aborto. Es decir, 135 mujeres por día.²¹

13. ¿Por qué hablamos de que el aborto legal es una cuestión de justicia social?

La penalización del aborto y el bajo acceso a la Interrupción Legal del Embarazo en el sistema público de salud empujan a las mujeres a practicarse abortos en la clandestinidad. Según cifras de egresos hospitalarios por aborto del año 2013, de los 48.701 egresos hospitalarios por aborto, sólo el 1% (362) fueron codificados como abortos legales.²² Esto genera situaciones de desigualdad en función de la zona de residencia y de los recursos económicos y simbólicos de las mujeres, donde las mujeres de menores recursos enfrentan mayor exposición a prácticas inseguras y, por lo tanto, riesgosas.

La tasa de aborto en condiciones de riesgo en América latina y el Caribe es de 31 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años, mientras que en el resto del mundo es de 22 por 1.000. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) debida al aborto en condiciones de riesgo es tres veces mayor en América latina y el Caribe que en las regiones desarrolladas: 10 en comparación con 3 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente.²³

En Argentina, encontramos grandes disparidades entre las provincias. Las razones de muerte materna son muy desiguales. Más de la mitad de las provincias (13 de 24) superan la RMM nacional y 4 llegan a duplicarla o triplicarla (Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones). Esto indica un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en diferentes jurisdicciones. El riesgo acumulado de muerte materna indica que las mujeres de Formosa y Jujuy tienen 16 y 14 veces más riesgo de morir a lo largo de su vida reproductiva por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio que las mujeres que residen en la Ciudad de Buenos Aires.²⁴ Dado que el aborto es la primera causa individual de muerte materna desde el retorno democrático, los datos presentados dan cuenta de las inequidades en el acceso a abortos seguros y, por lo tanto, del impacto de penalización sobre la salud y la vida de las mujeres y personas de menores recursos.

²¹ Ministerio de Salud de la Nación (2015). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico – 2013. Serie 11 No. 14. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/Serie11Nro14.pdf>.

²² ELA, CEDES, REDAAS. El aborto en cifras. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/actividades-item.php?a=64>.

²³ World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. -- 6th ed. Geneva, 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf;jsessionid=75850FE80C9C762900FE20F1DFB6C95D?sequence=1.

²⁴ Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La situación de la mortalidad materna en la Argentina y el ODM 5. Buenos Aires: CEDES; CREP, 2013. 8 p. (Hojas Informativas, 8). Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf.

14. ¿Por qué hablamos de que el aborto legal es una cuestión de derechos humanos?

El derecho internacional de los Derechos Humanos ha considerado el derecho al aborto como parte del derecho a la salud de las mujeres, reflejándose en numerosos tratados y conferencias. Estas han establecido:

- 1) **Que los derechos humanos de las mujeres son universales**, (Conferencia de los Derechos Humanos de Viena, 1993);²⁵
- 2) **Que las mujeres tienen derechos reproductivos** (Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo, 1994);²⁶ y **que los derechos reproductivos son derechos humanos** (Conferencia de Beijing sobre la Mujer, 1995)²⁷;
- 3) Que la **negativa** de un Estado Parte a proveer la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria (Recomendación General N°24, Comité de seguimiento de la Convención contra toda forma de discriminación hacia la mujer - CEDAW-, ratificada por Argentina en 1985 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994; ²⁸
- 4) Que las leyes restrictivas de acceso al aborto - y la consiguiente falta de acceso a abortos seguros y muertes por complicaciones - son una **violación al derecho a la vida y la salud de las mujeres**, exigiendo la revisión de las leyes restrictivas a los Estado miembro para garantizar el acceso de las mujeres a abortos seguros (Comité de seguimiento de la CEDAW, Comité y Declaración de Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing sobre la Mujer);²⁹
- 5) Que los Estados en los que el aborto es legal, deben garantizar el acceso a servicios de abortos seguros y de calidad y los demás Estados deben **considerar la posibilidad de modificar las leyes** y normativas vigentes sobre interrupción legal del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de las mujeres (Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo).³⁰

²⁵ Conferencia de los Derechos Humanos de Viena, 1993 Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf.

²⁶ Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo, 1994. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>.

²⁷ Conferencia de Beijing sobre la Mujer, 1995 Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.

²⁸ Recomendación General N°24, Comité de seguimiento de la Convención contra toda forma de discriminación hacia la mujer. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280>.

²⁹ Centro de Derechos Reproductivos / Septiembre 2010. Hoja Informativa: Aborto y Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Aborto%20y%20Derechos%20Humanos.pdf>.

³⁰ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. 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. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf.

La relatora especial de Naciones Unidas sobre violencia contra la mujer, Dubravka Simonovic, visitó el país durante 7 días en noviembre 2016 y se pronunció sobre la **situación en Argentina**. Denunció, en una rueda de prensa en Buenos Aires, que la falta de implementación del protocolo sobre el aborto no punible en dos de cada tres provincias argentinas supone una "violación de los derechos humanos" y "contribuye a la alta tasa de mortalidad materna" en el país. Simonovic exigió al Gobierno de Mauricio Macri que haga cumplir el protocolo existente e impulse un proyecto de ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo; instó al Ejecutivo a facilitar el acceso de las mujeres "a un aborto legal y seguro y a la atención post aborto". Asimismo, el informe conjunto sobre la situación del aborto en la Argentina, elaborado en 2017, en el marco de la 60 sesión del Comité Contra la Tortura, también señaló las barreras y obstáculos en la atención de los abortos legales, haciendo especial hincapié en la penalización del resto de los abortos, así como en "el recurso abusivo y arbitrario a la objeción de conciencia". Este informe recomendó al Estado no sólo la garantía de los abortos legales sino también el tratamiento y aprobación de una ley de interrupción legal del embarazo.³¹

EDUCACION SEXUAL PARA DECIDIR.
ANTICONCEPTIVOS PARA NO ABORTAR.
ABORTO LEGAL PARA NO MORIR.

³¹ Comité contra la tortura- Quinto y sexto informe periódico de la Argentina - 60° sesión - Situación del aborto en Argentina. Disponible en: http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/CAT2017_Informe_conjunto_Aborto_Argentina.pdf.