



MANUAL PARA EL EJERCICIO,  
RESPECTO Y GARANTÍA DEL  
**DERECHO AL ABORTO**  
**NO PUNIBLE EN ARGENTINA**

JUNIO 2014

# Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina

Junio de 2014

---

# Índice

<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II. El aborto en Argentina: regulación y acceso a servicios</b>	<b>3</b>
1. Regulación del aborto en Argentina . . . . .	3
¿Cuáles son los modelos de regulación del aborto? . . . . .	3
¿Cómo está regulado el aborto en Argentina? . . . . .	3
La regulación ¿contempla supuestos de aborto no punible (ANP) como los casos de peligro para la vida o la salud de las mujeres y los casos de violencia sexual? . . . . .	4
¿Qué dijo la CSJN en el caso “F.,A.L.” sobre la interpretación de las causales de no punibilidad del aborto? . . . . .	4
¿Todas las mujeres que han sido víctimas de violación pueden acceder al ANP? . . . . .	5
La interpretación del artículo 86.2 del Código Penal que hizo la CSJN en el caso “F.,A.L.” ¿Resulta obligatoria para los demás tribunales del país? . . . . .	5
¿Es un deber de las jurisdicciones cumplir con la exhortación de la CSJN a implementar protocolos hospitalarios para la atención de los ANP? . . . . .	6
Las provincias ¿pueden restringir los supuestos de ANP previstos en el Código Penal? . . . . .	7
En Argentina, ¿existen proyectos de ley orientados a despenalizar y legalizar el aborto? . . . . .	7
2. Requisitos para acceder a un aborto no punible. Actuación de médicos/as y funcionarios/as públicos/as frente a la norma. . . . .	8
a. Consideraciones comunes a ambos supuestos (causal salud y causal violación) . . . . .	8
¿Qué pasos se deben seguir para acceder a un ANP? . . . . .	8
La mujer ¿debe solicitar una autorización judicial para acceder a un ANP? . . . . .	9
¿Cómo deben actuar los/as jueces/juezas que reciben un pedido de autorización de un ANP? . . . . .	9

Los/as médicos/as ¿pueden oponer su objeción de conciencia en los casos de ANP? . . . . .	9
Si el/la médico/a opone su objeción de conciencia en un caso de ANP ¿qué deberes debe cumplir? . . . . .	10
¿Qué sanciones pueden recibir los/as médicos/as, funcionarios/as públicos/as o autoridades judiciales si interfieren con la decisión de la mujer de practicarse un ANP? . . . . .	11
¿Existe un límite de tiempo para que una mujer se practique un ANP? . . . . .	11
Las niñas y adolescentes ¿pueden consentir la práctica del ANP? . . . . .	12
Las mujeres con discapacidad ¿pueden consentir la práctica del ANP? . . . . .	13
<b>b.</b> Consideraciones específicas para el acceso al ANP en los casos en que el embarazo proviene de una violación . . . . .	14
¿Cuándo se considera que una mujer fue víctima de violación a los fines de acceder a un ANP? . . . . .	14
Para acceder al ANP ¿basta con una declaración jurada en la que la mujer asegure que el embarazo fue producto de una violación? . . . . .	15
<b>c.</b> Consideraciones específicas para el acceso al ANP en los casos en que el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer. . . . .	15
¿Cómo debe entenderse el concepto de “salud”? . . . . .	15
¿Cómo debe entenderse el concepto de “peligro”? . . . . .	16

**III. La obligación del Estado nacional y de los Estados provinciales de eliminar las barreras para el acceso al aborto no punible** 17

¿Cuáles son las principales barreras que las mujeres han tenido que enfrentar para acceder al ANP? . . . . .	17
El caso “F.A.L.” y la exhortación de la CSJN a implementar protocolos hospitalarios que garanticen el acceso a los ANP . . . . .	18
¿Cuál debe ser el contenido de los protocolos hospitalarios para la atención de los ANP? . . . . .	18

---

El Estado Nacional, las provincias y la CABA, ¿han cumplido con la exhortación de la Corte a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la concreta atención de los ANP? . . . . .	20
¿Qué aspectos de los protocolos de algunas jurisdicciones pueden dificultar el acceso a los ANP? . . . . .	20
Las mujeres ¿pueden acceder a los ANP en los centros de salud dependientes y/o regulados por las jurisdicciones que no han aprobado protocolos? . . . . .	22
¿Qué sanciones puede recibir el Estado argentino ante el incumplimiento por parte de sus jurisdicciones de su deber de dictar protocolos para atención de los abortos no punibles? . . . .	22
<b>IV. Casos paradigmáticos de obstaculización al acceso al aborto no punible en Argentina</b>	<b>23</b>
1. El caso “Ana María Acevedo” . . . . .	23
2. El caso “L.M.R” . . . . .	23
3. El caso de “la mujer víctima de trata de personas” . . . . .	24
<b>V. El aborto en América Latina</b>	<b>25</b>
La legislación de los países de la región ¿contempla distintos supuestos de ANP? . . . . .	25
Algún país de la región ¿prohíbe el aborto en todos los casos? . . .	25
¿En qué países de la región el aborto es legal en todos los casos? . .	26
<b>VI. Mitos sobre el aborto</b>	<b>26</b>
Mito I: “El aborto en Argentina es ilegal en todos los casos” . . . . .	26
Mito II: “La penalización del aborto impide que las mujeres se practiquen abortos” . . . . .	27
Mito III: “La legalización del aborto aumentará el número de abortos” . . . . .	27
Mito IV: “No es necesario legalizar el aborto, porque los abortos pueden prevenirse con educación sexual y anticonceptivos”	28
Mito V: “El aborto causa síndrome post-aborto” . . . . .	28
Mito VI: “El aborto causa cáncer de mamas” . . . . .	28

---

Mito VII: “El aborto provoca esterilidad” . . . . .	29
Mito VIII: “La anticoncepción de emergencia es abortiva” . . . . .	29
Mito IX: “Continuar con el embarazo es más seguro que abortar” . . . . .	30
Mito X: “El aborto medicamentoso es peligroso para la salud o la vida de las mujeres” . . . . .	31
<b>VII. Barreras de acceso al aborto no punible como una violación de los derechos fundamentales de las mujeres</b>	<b>32</b>
1. Una primera aproximación al tema: los derechos sexuales y reproductivos y su vinculación con otros derechos humanos fundamentales de las mujeres . . . . .	32
2. Las barreras que impiden u obstaculizan el acceso al aborto no punible constituye una violación de derechos humanos fundamentales de las mujeres . . . . .	36
a. Violación del derecho a la salud y a la igualdad y no discriminación en el acceso a los servicios de salud . . . . .	36
b. Violación del derecho a la autonomía, intimidad y dignidad	37
c. Violación del derecho a una vida libre de violencia . . . . .	38
d. Violación del derecho a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes . . . . .	39
e. Las barreras de acceso al aborto no punible como una violación de las obligaciones impuestas al Estado argentino por el artículo 5 de la CEDAW . . . . .	40
<b>Referencias</b>	<b>41</b>
<b>Anexo I</b>	<b>44</b>

# Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina

Junio de 2014

## I. Introducción

Desde 1921, el Código Penal Argentino (en adelante, CP) permite el aborto en dos supuestos: cuando está en peligro la vida o la salud de la mujer y cuando el embarazo es producto de una “violación o atentado al pudor contra una mujer idiota o demente” (artículo 86 incisos 1 y 2 del CP). En marzo de 2012, en el caso “F., A.L. s/medida autosatisfactiva”<sup>1</sup> (en adelante, “F.,A.L.”), la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante, CSJN) aclaró que *toda* mujer embarazada como resultado de una violación tiene derecho a acceder a un aborto no punible sin importar su capacidad intelectual. También estableció que ninguna mujer debe solicitar una autorización judicial previa para acceder a la práctica (incluso en los casos de peligro para la vida o la salud) y que las mujeres que fueron víctimas de una violación no tienen la obligación de realizar la denuncia penal del delito sino que basta que completen una declaración jurada en la que manifiesten que el embarazo es producto de una violación.

Convencidas de que el conocimiento y la información cumplen un rol trascendental para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, la Asociación por los Derechos Civiles (ADC) y Women’s Link Worldwide presentamos este Manual con la intención de ofrecer una descripción sintética y sencilla sobre la legislación penal que regula el derecho de las mujeres argentinas a interrumpir su embarazo sin ser víctimas de coerción, violencia o discriminación. En especial,

---

<sup>1</sup>Corte Suprema de Justicia de la Nación, caso “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Disponible en [http://www.csjn.gov.ar/expcon/documentos/cfal3/ver\\_fallos.jsp](http://www.csjn.gov.ar/expcon/documentos/cfal3/ver_fallos.jsp)

---

tras el importante avance judicial que representó la sentencia dictada en el caso “F.,A.L.”, consideramos que es imprescindible difundir ampliamente el contenido y alcance del derecho de las mujeres al aborto no punible entre las propias mujeres, los/as funcionarios/as públicos y la sociedad argentina en general, de modo que se eliminen en lo inmediato las innumerables barreras que las mujeres enfrentan en nuestro país al momento de solicitar un aborto en los casos expresamente permitidos por la ley.

Este documento se divide en siete secciones. La sección II describe cómo está regulado el aborto en Argentina, qué dijo la CSJN en el caso “F.,A.L.” y los requisitos para acceder a un aborto no punible, señalando las consideraciones comunes a las dos causales de no punibilidad previstas por la legislación (cuando el embarazo proviene de una violación y cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer) y las consideraciones específicas aplicables a cada causal. Asimismo, detalla el contenido y alcance de la obligación del Estado nacional y de los Estados provinciales de eliminar las barreras para el acceso al aborto no punible y garantizar la práctica. Aquí, se puntualiza la exhortación de la CSJN en el caso “F.,A.L.” a implementar protocolos hospitalarios de atención y los lineamientos que deben respetar estos protocolos. La sección III relata tres casos paradigmáticos de obstaculización al acceso al aborto no punible en Argentina: el caso de Ana María Acevedo, el caso “L.M.R” y el “caso de la mujer víctima de trata de personas”. La sección IV presenta una breve descripción de la regulación del acceso al aborto no punible en los países de Latinoamérica, y la sección V identifica y derriba diez mitos comunes sobre el aborto. La sección VI explica por qué la prevalencia de barreras para el acceso al aborto no punible constituye una violación de los derechos fundamentales de las mujeres. Finalmente, la sección VII recomienda algunos documentos que han sido referenciados en este Manual y amplían y profundizan su contenido. Como anexo, la sección VIII incluye un cuadro que describe los criterios establecidos por la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2010, junto con algunos comentarios a su contenido.

Con este Manual esperamos contribuir a la circulación de más y mejor información sobre el derecho al aborto, fomentar la identificación, difusión y eliminación de las barreras que las mujeres enfrentan para acceder a la práctica en aquellos supuestos expresamente contemplados por la legislación y promover, así, el pleno respeto de los derechos reproductivos de las mujeres.

Por último, agradecemos al Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) por apoyar financieramente la edición e impresión de los ejemplares de este Manual.

El documento fue elaborado por Mercedes Cavallo, Katherine Romero, Sofía Minieri, Daniela Schnidrig y Felicitas Rossi. Las autoras agradecen a Sonia Ariza y Cecilia Hopp por los aportes y comentarios realizados.

---

## II. El aborto en Argentina: regulación y acceso a servicios

Organizado a modo de preguntas y respuestas, este apartado ofrece soluciones rápidas a las inquietudes más frecuentes sobre el aborto en Argentina.

### 1. Regulación del aborto en Argentina

¿Cuáles son los modelos de regulación del aborto?

Existen tres grandes modelos de regulación del aborto: 1) el “modelo de plazos” refiere a aquella regulación que no considera delito a los abortos practicados hasta determinado momento de la gestación, usualmente los abortos realizados hasta las 12 o las 14 semanas del embarazo; 2) el “modelo de indicaciones” refiere a aquella regulación que, por regla general, prohíbe el aborto, aunque lo permite en circunstancias excepcionales conocidas como “causales” o “permisos” para abortar. Típicamente estas excepciones abarcan los casos de “peligro para la salud o la vida de la mujer, abuso sexual, malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina, y -con menor frecuencia- apremio socioeconómico”<sup>2</sup>. Estos son los supuestos considerados como abortos no punibles; 3) el “modelo de penalización total” refiere a aquella regulación que prohíbe el aborto en todos los casos y no prevé expresamente ninguna excepción a esa regla<sup>3</sup>.

¿Cómo está regulado el aborto en Argentina?

En Argentina, el aborto está regulado en los artículos 85 a 88 del Código Penal<sup>4</sup>. Se enmarca en el régimen del *modelo de indicaciones o permi-*

---

<sup>2</sup>Asociación por los Derechos Civiles (ADC) y Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Informe sobre la situación de la accesibilidad al aborto no punible en América Latina y el Caribe, junio de 2012, disponible en <http://bit.ly/ScDdRx>, página 14.

<sup>3</sup>Un completo análisis sobre los distintos modelos de regulación del aborto puede verse en Bergallo, Paola, Aborto y justicia reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado, en Revista Electrónica Cuestión de Derechos, N° 1, Julio de 2011, página 20, Asociación por los Derechos Civiles, disponible en <http://bit.ly/1oaht>

<sup>4</sup>Disponible en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>

---

sos, por tanto existen supuestos en los que el aborto está permitido, y por tanto es legal, aunque la regla general es la penalización.

El artículo 85 establece las penas que debe cumplir una persona, distinta de la mujer, que cause un aborto con y sin su consentimiento. El artículo 86 regula los supuestos de aborto no punible, tal como se describe en la sección que sigue. El artículo 87 regula el llamado “aborto preterintencional”, cometido por quien “con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o le constare”. En estos casos la persona ejerce violencia contra la mujer y provoca un resultado previsible pero no deseado: la interrupción del embarazo. Finalmente, el artículo 88 establece las penas que debe cumplir una mujer que “causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare” en los casos no exceptuados de pena por el artículo 86.

La regulación ¿contempla supuestos de aborto no punible (ANP) como los casos de peligro para la vida o la salud de las mujeres y los casos de violencia sexual?

Sí. De acuerdo al artículo 86 del Código Penal, “[e]l aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.

En otras palabras, la Argentina adhiere al “modelo de indicaciones o excepciones” en tanto no están penalizados los abortos practicados cuando la vida o la salud de la mujer están en riesgo o cuando el embarazo es producto de una violación. El primer supuesto es conocido como la “causal salud” o “aborto terapéutico”, el segundo como la “causal violación”.

¿Qué dijo la CSJN en el caso “F.,A.L.” sobre la interpretación de las causales de no punibilidad del aborto?

El 13 de marzo de 2012, la CSJN, en el caso “F.,A.L.”<sup>5</sup> reconoció, en

---

<sup>5</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit. El caso había sido previamente decidido en

---

particular, el derecho de toda mujer embarazada como resultado de una violación a acceder al aborto no punible y se pronunció, en general, sobre el deber de garantizar el derecho de las mujeres a los abortos no punibles por parte de las autoridades gubernamentales, judiciales y profesionales médicos que intervienen en estos casos. En este sentido, la Corte afirmó que es “el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurren las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura”<sup>6</sup>. El máximo Tribunal no sólo ratificó la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal y su compatibilidad con las normas que consagran el derecho a la vida, sino que también estableció lineamientos precisos a fin de que se garantice el acceso a la práctica. Además, exhortó a las autoridades públicas a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la concreta atención de los ANP y para la asistencia integral de las víctimas de violencia sexual. Por último, exhortó al Poder Judicial a abstenerse de judicializar el acceso a los ANP.

¿Todas las mujeres que han sido víctimas de violación pueden acceder al ANP?

Como vimos, la CSJN aclaró el alcance del artículo 86.2. del Código Penal y estableció que *toda mujer embarazada* como resultado de una violación tiene el derecho a practicarse un aborto no punible. De esta manera, el tribunal rechazó expresamente la interpretación que habían defendido algunos autores y tribunales en relación a que el aborto *sólo* está autorizado si el embarazo proviene de una violación a una mujer con discapacidad intelectual o psicosocial (“idiota o demente”, según la desafortunada expresión contenida en el artículo 86.2 del Código Penal).

La interpretación del artículo 86.2 del Código Penal que hizo la CSJN en el caso “F.A.L.” ¿Resulta obligatoria para los demás tribunales del país?

---

marzo de 2010, por el Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Chubut, que resolvió favorablemente el pedido de aborto de una niña de 15 años que había sido violada por su padrastro (S.T. de Chubut, A.G., 2010). Luego de que el aborto fuera practicado, el Asesor General Subrogante de la Provincia del Chubut, en su carácter de Tutor Ad-Litem y Asesor de Familia e Incapaces, interpuso recurso extraordinario ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

<sup>6</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 25.

---

Sí. Si bien es cierto que la CSJN sólo decide en los casos concretos que le son sometidos y su decisión no resulta vinculante para casos análogos, también es cierto que los/as jueces/juezas inferiores tienen “el deber de conformar sus decisiones”<sup>7</sup> a las sentencias de la Corte, dada su condición de “intérprete supremo de la Constitución y de las leyes dictadas en consecuencia”<sup>8</sup>. Los tribunales inferiores sólo podrían apartarse de las sentencias de la CSJN en circunstancias y bajo condiciones muy específicas (esto es, si dan “razones justificantes, serias y respetuosas”<sup>9</sup> o “nuevos argumentos que justifiquen modificar la posición sentada por el máximo Tribunal”<sup>10</sup>). Asimismo, en el caso “F.,A.L.”, pese a que el aborto no punible ya se había practicado, la Corte consideró “necesario decidir las cuestiones propuestas aun sin utilidad para el caso en que recaiga el pronunciamiento, con la finalidad de que el criterio del Tribunal sea expresado y conocido para la solución de casos análogos que puedan presentarse en el futuro”<sup>11</sup>.

¿Es un deber de las jurisdicciones cumplir con la exhortación de la CSJN a implementar protocolos hospitalarios para la atención de los ANP?

Sí. El rol de la CSJN como cabeza del Poder Judicial, garante supremo de los derechos humanos y último intérprete de la Constitución Nacional imprime a sus decisiones un enorme peso tanto simbólico como institucional. Tal carácter determina que sus decisiones deben ser efectivamente obedecidas. La sentencia dictada en el caso “F.,A.L.”, además, es de evidente carácter estructural, en tanto involucra derechos e intereses colectivos de todas las mujeres y, como señaló el mismo Tribunal, pretende terminar con una “práctica contra legem” (práctica contraria a la ley) consistente en judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso a ANP<sup>12</sup>. Tal carácter estructural determina que la exhortación formulada tenga fuerza vinculante. Por último, el fin expreso de la exhortación de la Corte es evitar que el Estado argentino incurra en responsabilidad frente al orden jurídico internacional<sup>13</sup> y las provincias están obligadas en el mismo sentido por cuanto

---

<sup>7</sup>CSJN, “Cerámica San Lorenzo, S. A.”, sentencia del 04/07/85. Fallos 307:1094. Considerando 2.

<sup>8</sup>Ídem.

<sup>9</sup>CSJN, “Videla Cuello, Marcelo -suc.- v. Provincia de La Rioja”, sentencia del 27/12/1990.

<sup>10</sup>CSJN, “Laboratorios Raffo S.A. c. Municipalidad de Córdoba”, sentencia del 23/06/2009.

<sup>11</sup>CSJN, “Laboratorios Raffo S.A. c. Municipalidad de Córdoba”, op. cit., considerando 5.

<sup>12</sup>CSJN, “F.,A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 19.

<sup>13</sup>CSJN, “F.,A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerandos 6, 7, 18, 2º párrafo, 26. En este sentido, el Estado nacional debe tomar todas las medidas necesarias para evitar que su estructura federal impida o dificulte el pleno y efectivo goce de los derechos humanos (Corte

---

frente a dicho ordenamiento, el Estado no puede “alegar su estructura federal para dejar de cumplir una obligación internacional”<sup>14</sup>.

De todos modos, e independientemente de que exista o no un protocolo hospitalario de atención, toda mujer violada cuyo embarazo es producto de una violación o cuyo embarazo representa un peligro para su salud o su vida puede acceder a un ANP.

### Las provincias ¿pueden restringir los supuestos de ANP previstos en el Código Penal?

No. El Congreso de la Nación es quien tiene facultades para legislar en materia penal. Las provincias están obligadas a respetar, proteger y garantizar el derecho al ANP en los términos establecidos por el Código Penal en concordancia con las exhortaciones de la CSJN en el caso “F.,A.L.”. A tal fin, las provincias tienen facultades para regular el procedimiento de atención y establecer los requisitos que se deben cumplir para que las mujeres accedan a la práctica. Al hacerlo, deben respetar los derechos humanos de las mujeres consagrados en la Constitución Nacional y en los diversos tratados internacionales de derechos humanos ratificados por nuestro país y siguiendo los lineamientos y directrices sentadas por la CSJN en el caso “F.,A.L.”.

### En Argentina, ¿existen proyectos de ley orientados a despenalizar y legalizar el aborto?

Sí. Nos referiremos, a continuación, al proyecto que tiene más consenso. En 2007, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito<sup>15</sup> –iniciativa que nuclea a más de 300 agrupaciones, organizaciones y personas que promueven la despenalización y legalización del aborto– presentó ante la Cámara de Diputados el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. El proyecto propone modificar la regulación penal del aborto de modo tal de reconocer que *“toda mujer tiene derecho a decidir la interrupción voluntaria de su embarazo*

---

Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva N° 11, del 10 de agosto de 1990, párr. 3.

<sup>14</sup>Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párr. 36.

<sup>15</sup>Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Ver más en [http://www.abortolegal.com.ar/?page\\_id=2](http://www.abortolegal.com.ar/?page_id=2) [consulta: 26 de mayo de 2014]

---

*durante las primeras doce semanas del proceso gestacional*<sup>16</sup> y, sin límite de plazos, cuando el embarazo proviene de una violación, está en riesgo la salud o la vida de la mujer, o el feto presenta malformaciones graves. En ningún caso se exigirá autorización judicial para ejercer este derecho y las mujeres que decidan interrumpir un embarazo deberán acceder a una atención segura y gratuita en hospitales públicos de todo el país.

Dado que no fue tratado en el recinto de la Cámara de Diputados, el proyecto se volvió a presentar en 2009<sup>17</sup> y recién en 2011, fue debatido en la Comisión de Legislación Penal donde obtuvo dictamen de mayoría. Sin embargo, el dictamen fue impugnado por un supuesto error en la contabilización de los votos y perdió estado parlamentario. En 2012 y 2014, el proyecto fue presentado nuevamente y hoy cuenta con la adhesión de 65 legisladores de un amplio arco político.

## **2. Requisitos para acceder a un aborto no punible. Actuación de médicos/as y funcionarios/as públicos/as frente a la norma.**

### **a. Consideraciones comunes a ambos supuestos (causal salud y causal violación)**

¿Qué pasos se deben seguir para acceder a un ANP?

La regulación del procedimiento para acceder a un ANP es competencia de las jurisdicciones locales quienes deben respetar los lineamientos y estándares establecidos por la CSJN en el fallo "F,A.L." a fin de garantizar el acceso a la práctica. Asimismo, y si bien aún no cuenta con estatus normativo, la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2007 y actualizada en 2010<sup>18</sup> define ciertos criterios con el fin de uniformar estándares sanitarios y legales reconocidos por la Constitución y normas afines. Esta guía, en la medida que garantiza -sin mayores trabas- el acceso al aborto no punible, puede servir de mo-

---

<sup>16</sup>Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Disponible en <http://www.abortolegal.com.ar/?p=462> [consulta: 26 de mayo de 2014]

<sup>17</sup>Los proyectos de ley que no son tratados en el recinto, pierden estado parlamentario a los dos años de su presentación.

<sup>18</sup>Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>. Está previsto que esta guía sea actualizada en el transcurso de 2014.

---

delo para la regulación en las jurisdicciones que aún no cuentan con regulación específica<sup>19</sup>. Esta guía, además, respeta en buena medida los lineamientos establecidos por la CSJN en el caso “F.A.L.” respecto al contenido de los protocolos de atención hospitalarios. En el anexo I de este documento, describimos, a modo de ejemplo, algunos criterios que establece esta guía.

### La mujer ¿debe solicitar una autorización judicial para acceder a un ANP?

No. En ningún caso el/la médico/a tratante o cualquier otra persona le puede exigir a la mujer que solicite una autorización judicial para acceder a la práctica, dado que el artículo 86 del Código Penal no la requiere. La CSJN en el caso “F.A.L.” fue contundente: “quien se encuentre en las condiciones allí descriptas, 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”<sup>20</sup>.

### ¿Cómo deben actuar los/as jueces/juezas que reciben un pedido de autorización de un ANP?

En el caso “F, A.L.”, la CSJN señaló que los/as jueces/juezas deben “abstenerse de judicializar el acceso a los abortos no punibles previstos legalmente”<sup>21</sup>. En consecuencia, siempre que reciban un pedido de autorización judicial de un aborto no punible, los/as jueces/juezas intervinientes deben señalar que esa autorización no resulta necesaria. **Sin perjuicio de lo cual, a fin de evitar más demoras, deben ordenar que se realice la práctica en forma inmediata** y remitir la información al órgano competente para que se inicie una investigación contra quien haya solicitado dicha autorización como requisito para acceder a la práctica.

---

<sup>19</sup>De hecho, varias jurisdicciones han adherido a la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles. Estas provincias son Santa Fe (Resolución N° 612/12), Chaco (Ley 7064 de 2012), Jujuy (Resolución N° 8687/12), Tierra del Fuego (Resolución N° 392/12), Santa Cruz (Resolución N° 504/12) y La Rioja (Resolución N° 1510/12).

<sup>20</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 21.

<sup>21</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, parte resolutoria.

---

## Los/as médicos/as ¿pueden oponer su objeción de conciencia en los casos de ANP?

En diversos precedentes, la CSJN reconoció que las personas pueden invocar creencias religiosas o profundas convicciones morales para incumplir, de manera justificada, deberes legales<sup>22</sup>. En el caso “F.,A.L.”, la Corte reafirmó esta posición y exhortó a las autoridades nacionales y provinciales a que implementen “un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia”. Seguidamente, la Corte enfatizó que este sistema no puede traducirse “en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual”<sup>23</sup> y a toda mujer que requiera un aborto no punible.

## Si el/la médico/a opone su objeción de conciencia en un caso de ANP ¿qué deberes debe cumplir?

Los/as profesionales de la salud que aleguen objeción de conciencia ante un caso de ANP debe cumplir con algunas obligaciones relacionadas con su ejercicio:

- **Información.** Deben entregar a las/os pacientes toda la información relacionadas tanto con la posibilidad de realizar un ANP por encontrarse dentro de las causales, como con su condición de objetores de conciencia. Esta última condición debe ser informada a la mujer en la primera consulta médica.
- **Derivación.** Deben derivar a la mujer que solicita un ANP a un/a profesional no objetor/a, asegurándose que la mujer sea atendida y que la práctica se lleve a cabo, de acuerdo con los lineamientos institucionales o provinciales que se dispongan a tal efecto.

---

<sup>22</sup>CSJN, “Portillo, Alfredo s/infracción art. 44 ley 17.531”, 18 de abril de 1989, Fallos: 312:496, entre otros. En este caso la Corte reconoció el derecho a la objeción de conciencia a una persona que se negaba a cumplir con el servicio militar obligatorio.

<sup>23</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 29.

- 
- **Emergencia.** Deben realizar las prácticas objetadas en casos de emergencia. Cuando la derivación, ya sea por las características del caso o del procedimiento de derivación, puedan generar un perjuicio desproporcionado a la mujer, el ejercicio de la objeción de conciencia no es posible, y la práctica debe ser realizada para evitar ese perjuicio.

¿Qué sanciones pueden recibir los/as médicos/as, funcionarios/as públicos/as o autoridades judiciales si interfieren con la decisión de la mujer de practicarse un ANP?

Quienes interfieran con la decisión de la mujer de practicarse un ANP u obstaculice de cualquier modo el acceso a la práctica pueden recibir sanciones penales (multa, inhabilitación o prisión), civiles (pago de una indemnización) y administrativas (sanciones disciplinarias). En el caso "F., A.L.", la CSJN fue muy clara al advertir que los/as médicos/as que exijan una autorización judicial o impongan otras barreras al acceso al aborto no punible deberán afrontar "las consecuencias penales y de otra índole que pudiera traer aparejado su obrar"<sup>24</sup>. Asimismo, se ha señalado que "cuando está en juego la vida o la salud de la mujer, la negativa o la demora de los profesionales para realizar un aborto terapéutico podría generar responsabilidad civil y, en algunos supuestos, configurar el delito de abandono de persona, previsto en el artículo 106 del Código Penal. Ante estas conductas, los/as médicos/as o las autoridades jerárquicas de los hospitales podrían también ser sancionados por incumplimiento de sus deberes de funcionarios públicos"<sup>25</sup>, delito previsto en el artículo 249 del Código Penal<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup>CSJN, "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva", op. cit., considerando 24.

<sup>25</sup>Florencia Luna et.al., "Aborto por motivos terapéuticos: artículo 86 inciso 1 del Código Penal Argentino", 1a ed., Observatorio Argentino de Bioética - Documento N° 2, 2006, pág. 18. El artículo 106 del Código Penal establece: "El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión a 6 años. // La pena será de reclusión o prisión de 3 a 10 años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. // Si ocurriere la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión". Por su parte, de acuerdo al artículo 249 del Código Penal, "Será reprimido con multa de pesos setecientos cincuenta a pesos doce mil quinientos e inhabilitación especial de un mes a un año, el funcionario público que ilegalmente omitiere, rehusare hacer o retardare algún acto de su oficio."

<sup>26</sup>Los delitos previstos en el artículo 106 y 249 del Código Penal son "delitos de acción pública", lo que implica que la afectada directa o, incluso, cualquier persona que tenga noticias de ellos pueden denunciarlos al juez, al agente fiscal o a la policía (cfr. art. 174 del Código Procesal Penal de la Nación).

---

## ¿Existe un límite de tiempo para que una mujer se practique un ANP?

No. La legislación argentina no establece límites temporales para acceder al aborto no punible. Como ya vimos, nuestro sistema jurídico adhiere al “modelo de causales”, dado que permite el aborto en determinados supuestos (peligro para la salud o la vida de la mujer y violación)<sup>27</sup>. En este modelo, los límites gestacionales para el aborto estarán determinados según las características del caso y de acuerdo al resultado de la ponderación entre los derechos de la mujer (a la vida, salud, autonomía, libertad, etc.) y el interés en la protección incremental de la vida en gestación (a mayor edad gestacional el derecho protege con mayor fuerza este bien jurídico). Por lo general, los abortos se realizan hasta las 26 semanas como máximo; sin embargo, en los casos en los que este límite deba ser superado por las circunstancias particulares del caso, también es legal realizar el aborto o adelantar el parto (en un período más avanzado de la gestación), respetando la decisión de la mujer basada en el diagnóstico y pronóstico médico. Por último, la Organización Mundial de la Salud en 2012 realizó recomendaciones muy específicas sobre la forma en que deben realizarse los abortos para las distintas semanas de gestación. Entre estas recomendaciones se incluyen pautas de acción hasta las 24 semanas de gestación, dejando indicaciones también para plazos superiores a las 24 semanas<sup>28</sup>.

## Las niñas y adolescentes ¿pueden consentir la práctica del ANP?

Sí. Corresponde presumir válido el consentimiento informado de aquellas niñas y adolescentes entre 14 y 18 años de edad<sup>29</sup> porque:

- En reconocimiento de que las niñas y adolescentes son sujetos de derecho, corresponde que ejerzan sus derechos personalísimos. Y

---

<sup>27</sup>En general, los límites gestacionales para la práctica del aborto se presentan regulatoriamente en países que adhieren a un “modelo de plazos”. El modelo de plazos despenaliza el aborto hasta determinado momento de la gestación. Es decir, no tipifica como delito el aborto practicado – usualmente- antes de las 12 o 14 semanas de gestación.

<sup>28</sup>OMS, Guía técnica de la OMS sobre el aborto seguro: información actualizada y recomendaciones, julio de 2012. Texto original en inglés, traducido al español por IPAS y disponible en <http://bit.ly/1gxaJbk>

<sup>29</sup>La mayoría de los argumentos utilizados para sostener la validez del consentimiento de niñas y adolescentes entre 14 y 18 años podrían utilizarse para sostener la validez del consentimiento en niñas menores de 14 años; es decir, el consentimiento sin

---

la decisión sobre si consentir o no la práctica de un ANP corresponde al ámbito de los derechos personalísimos, dado que involucra la integridad física y moral, la salud, y la vida de la persona;

- En reconocimiento de su capacidad evolutiva, también llamada autonomía progresiva, la ley nacional 25.673/2003 de Salud Sexual y Procreación Responsable reconoce que los/as jóvenes a partir de los 14 años pueden tomar sus propias decisiones reproductivas, en concordancia con el artículo 921 del Código Civil, que otorga discernimiento a las personas desde esa edad;
- En reconocimiento del interés superior del niño, el instrumento de la patria potestad no justifica que los padres puedan obligar a sus hijas a continuar con una embarazo que no desean u obligarlas a abortar cuando desean continuar con la gestación. En el caso de las niñas y adolescentes menores de catorce 14 años, también se deberá respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tenida en cuenta. Todos estos derechos se encuentran reconocidos en la Convención de Derechos del Niño, en la ley 26.061 sobre Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, en la ley N° 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, entre otras.

### Las mujeres con discapacidad ¿pueden consentir la práctica del ANP?

Sí. Las personas con discapacidad intelectual y psico-social gozan del derecho a ejercer su capacidad jurídica y a otorgar su consentimiento, en igualdad de condiciones con las demás personas. Así lo establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por ley 26.378 en 2008, especialmente cuando se trata de consentir un procedimiento médico que afecta su cuerpo, su vida, sus intereses y sus deseos.

El artículo 86.2 del Código Penal establece que en estos casos, además del consentimiento de la mujer, se deberá adjuntar a la historia clínica el consentimiento de su representante legal. Sin embargo, de acuerdo al artículo 12.3 de la CDPD<sup>30</sup> debiera procurarse que sea la mujer con los “apoyos” que requiriese quien consienta el aborto y no debiera permitirse que el representante legal sustituya su voluntad. La función del apoyo es asistir a la mujer con discapacidad en la toma de sus propias decisiones respetando su voluntad y preferencias y puede ser

---

<sup>30</sup>El art. 12.3, CDPD, establece: “Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”.

---

ejercida por familiares, amigos, asistentes personales o cualquier otra persona de confianza de la mujer. De no existir tales personas, la autoridad administrativa debe designar una persona idónea para prestar el apoyo requerido. En este sentido, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de Naciones Unidas, recomendó a los Estados “preservar el consentimiento libre e informado en condiciones de igualdad para todos y sin excepciones” ofreciéndoles a las personas más vulnerables “una amplia gama de apoyos voluntarios que les permitan ejercer su capacidad jurídica y que respeten plenamente su autonomía individual, su voluntad y sus preferencias”<sup>31</sup>. Asimismo, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recientemente reafirmó que “la capacidad jurídica de las mujeres con discapacidad debe ser reconocida en igualdad de condiciones con las demás”<sup>32</sup>.

## **b. Consideraciones específicas para el acceso al ANP en los casos en que el embarazo proviene de una violación**

¿Cuándo se considera que una mujer fue víctima de violación a los fines de acceder a un ANP?

- Si la niña es menor de trece años, sin importar si prestó su consentimiento para el acto sexual.
- Si se empleó fuerza o energía física sobre la mujer o se la amenazó para anular, vencer o evitar su voluntad de oponerse al acto sexual.
- Si el autor aprovechó su posición de superioridad o preeminencia sobre la mujer para lograr su consentimiento al acto sexual.
- Si, por cualquier razón, la mujer no pudo consentir libremente el acto sexual.

En definitiva, el delito de violación se configura *siempre* que la mujer no haya consentido libremente el acto sexual y comprende los actos sexuales no consentidos cometidos por un hombre en perjuicio de su cónyuge o pareja, incluso en las situaciones de violencia crónica. En

---

<sup>31</sup>Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, del 1/2/2013, párrs. 85 puntos e) y f).

<sup>32</sup>Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General sobre el artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, del 11/4/2014, CRPD/C/GC/1, párr. 31.

---

estas situaciones las mujeres, en general, tienen menores posibilidades de decidir sobre su sexualidad y reproducción; al igual que los actos sexuales no consentidos que tienen como víctimas a mujeres en situación de prostitución o trabajadoras sexuales.

Para acceder al ANP ¿basta con una declaración jurada en la que la mujer asegure que el embarazo fue producto de una violación?

Sí. En el caso “F. A.L.”, la CSJN enfatizó que **una mujer que solicita un aborto no punible en caso de violación sólo debe completar una declaración jurada** en la que manifieste que el embarazo es producto de aquélla. Cualquier imposición de otro tipo de trámite no resulta admisible pues significa incorporar requisitos adicionales a los estrictamente previstos por el legislador penal. De acuerdo con la Corte entonces, **en ningún caso, los/as médicos/as pueden exigirle a la mujer una autorización judicial, la denuncia o la prueba de la violación como tampoco su determinación judicial.** En este punto, la Corte retoma lo que ha señalado la Organización Mundial de la Salud en cuanto a que “la exigencia de que las víctimas de violación, para calificar para el aborto, tengan que elevar cargos contra su agresor, obtener informaciones policiales, requerir autorización de un tribunal o satisfacer cualquier otro requisito que no sea médicamente necesario, puede transformarse en una barrera que desaliente a quienes tienen expectativas legítimas de buscar servicios sin riesgos y en forma temprana. Estos requisitos, diseñados para identificar casos fabricados, retrasan el cuidado necesario y aumenta la probabilidad de abortos no seguros o, incluso, pueden llevar a la negativa de la práctica porque el embarazo está muy avanzado (ver al respecto, “Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud”, OMS, 2003)”<sup>33</sup>.

**c. Consideraciones específicas para el acceso al ANP en los casos en que el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer.**

¿Cómo debe entenderse el concepto de “salud”?

---

<sup>33</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 27.

---

Los estándares en el tema establecen que la salud debe ser entendida como un “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”<sup>34</sup> y como “el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”<sup>35</sup>. Esta noción de salud integral incluye tres dimensiones: física, mental y social, estrechamente relacionadas entre sí. Desde ésta perspectiva, la afectación de la salud o el riesgo para la salud, no se puede entender sólo como el riesgo de morir, sino que debe abarcar todos los factores de vulnerabilidad que pueden presentarse durante cualquier etapa de la gestación<sup>36</sup>. Nuestra CSJN ha receptado esta noción de “salud integral” en diversos casos y agregó que es un deber de los estados procurar su satisfacción<sup>37</sup>.

### ¿Cómo debe entenderse el concepto de “peligro”?

Desde una perspectiva de salud integral, el concepto de peligro o riesgo “no se refiere a la configuración de un daño, sino a su posible ocurrencia. Por tanto, basta la presencia de uno o varios factores de riesgo, para considerar el riesgo como existente, y con ello, una afectación de la salud en cualquiera de sus dimensiones, como posible, y en consecuencia, la interrupción legal del embarazo por motivos de salud como una alternativa para enfrentar el riesgo”<sup>38</sup>. El inciso 1 del artículo 86 del CP no califica el grado de peligro que debe correr la vida o la salud de la mujer, no exige que sea grave ni inminente. De este modo, basta con que exista un peligro potencial que la mujer no quiera correr para que el aborto pueda ser practicado sin sanción penal alguna. En tanto la mujer es la titular del derecho al ANP, sólo ella es la que puede decidir cuánto riesgo quiere correr; el/la profesional de la salud le debe brindar toda la información relacionada con su condición médica y las alternativas de tratamiento para que pueda tomar una decisión informada sobre si desea o no continuar el embarazo.

---

<sup>34</sup>Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

<sup>35</sup>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.

<sup>36</sup>La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. “Causa salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos”, agosto de 2008, pág. 16, disponible en <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/121.pdf>.

<sup>37</sup>CSJN, “Campodónico de Beviacqua Ana c/ Min. Salud – Sec. Programa de Salud y Bco de Drogas Neoplásicas”, Fallos 323:3235, del 24 de octubre de 2000, cons. 17 y 18.

<sup>38</sup>La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, op. cit., pág. 39.

---

### III. La obligación del Estado nacional y de los Estados provinciales de eliminar las barreras para el acceso al aborto no punible

¿Cuáles son las principales barreras que las mujeres han tenido que enfrentar para acceder al ANP?

Si bien, desde 1921, el Código Penal regula diversos supuestos de aborto no punible, históricamente, en Argentina, las mujeres han debido enfrentar un sinnúmero de barreras que les han impedido acceder a la práctica en los servicios públicos de salud del país<sup>39</sup>.

Así, con anterioridad al dictado del fallo “F.,A.L.”, muchos/as médicos/as les exigían a las mujeres que solicitaran una orden judicial que autorice la práctica, pese a que la legislación argentina no establece tal requisito. Asimismo, muchas veces, los/as jueces/juezas denegaban la autorización para realizar la práctica, alegando que el Código Penal permite el aborto sólo si se registra un peligro *grave e inminente* para la salud *física* de la mujer, excluyendo los supuestos en los que el riesgo no es grave e inminente, o en los que está en peligro la salud psíquica o emocional o cuando el embarazo proviene de una violación sufrida por una mujer que no es “idiota o demente”.

Además, en muchos casos, las mujeres que acuden a los servicios de salud y solicitan un ANP aún hoy son víctimas de maltrato institucional y juicios reprobatorios. En este sentido, muchos profesionales de la salud y autoridades públicas que intervienen en estas circunstancias se niegan a realizar la práctica ya sea porque desconocen el alcance de los permisos para abortar establecidos en el artículo 86 del Código Penal, por el temor a ser sancionados o bien porque actúan en base a consideraciones éticas que exceden el legítimo ejercicio del derecho a la objeción de conciencia. También, porque son permeables a las presiones de grupos conservadores o de autoridades estatales que pujan para que la mujer desista de la decisión de practicarse el ANP.

En el caso “F.,A.L.”, la CSJN se refirió expresamente a algunas de estas

---

<sup>39</sup>Ramos, S y Bergallo, P. y Romero, M. y Feijó, J. (2009). “El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en la Argentina”. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; Human Rights Watch (2010). Derecho o Ficción. Nueva York: HRW. Estas barreras se advierten en todo Latinoamérica. Ver ADC y GIRE, “Informe sobre la situación de la accesibilidad...”, op. cit.

---

barreras al reconocer que “a pesar de que el Código Penal argentino regula desde hace noventa años diferentes supuestos específicos de despenalización del aborto (...) se sigue manteniendo una práctica *contra legem*, fomentada por los profesionales de la salud y convalidada por distintos operadores de los poderes judiciales nacionales como provinciales, que hace caso omiso de aquellos preceptos, exigiendo allí donde la ley nada reclama, requisitos tales como la solicitud de una autorización para practicar la interrupción del embarazo producto de una violación”<sup>40</sup>.

### El caso “F.,A.L.” y la exhortación de la CSJN a implementar protocolos hospitalarios que garanticen el acceso a los ANP

En el caso “F.,A.L.”, el máximo Tribunal consideró imperioso establecer un “remedio” a la inaccesibilidad sistemática a los abortos no punibles en Argentina. Así, exhortó tanto al gobierno nacional como a los gobiernos provinciales y a la ciudad de Buenos Aires, a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles **a fin de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios de atención de los ANP**. La existencia de protocolos de atención no es un pre-requisito para el acceso al aborto no punible. Sin embargo, en muchas jurisdicciones la falta de protocolos con algún tipo de aval normativo ha dado lugar a la inaccesibilidad sistemática a la práctica. Aunque la mera sanción de protocolos de atención no revierte esta situación de inaccesibilidad, sí implica un paso normativo importante para que el acceso se posibilite en muchos casos siempre y cuando la regulación respete los derechos humanos de las mujeres. Por esta razón, es relevante que las jurisdicciones locales cumplan con la exhortación de la CSJN a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la concreta atención de los ANP.

### ¿Cuál debe ser el contenido de los protocolos hospitalarios para la atención de los ANP?

Según la CSJN en el caso “F.,A.L.”, los protocolos deben contribuir a “remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos” de modo tal “de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para

---

<sup>40</sup>CSJN, “F., A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 19.

---

llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura”<sup>41</sup>. Con ese fin, la Corte estableció que:

- No se requiera autorización judicial, ni denuncia policial previa en ningún caso;
- la declaración jurada de la mujer sea el único requisito habilitante para el aborto;
- se garantice la información y la confidencialidad a la usuaria;
- se eviten procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas;
- se eliminen los requisitos que no estén médicamente indicados;
- se articulen mecanismos que permitan resolver los desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia del aborto;
- se disponga un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia;
- la objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente;
- las instituciones obligadas cuenten con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual;
- se sancione a los profesionales que dificulten o impidan el acceso a los ANP;
- en el ámbito nacional, como en los provinciales, se brinde a las víctimas de violencia sexual, en forma inmediata y expeditiva, la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva;
- se brinde tratamientos médicos preventivos para reducir riesgos específicos derivados de las violaciones en un ambiente cómodo y seguro, que otorgue privacidad, confianza y evite reiteraciones innecesarias de la vivencia traumática;
- se asegure la obtención y conservación de pruebas vinculadas con el delito;
- se asegure la asistencia psicológica inmediata y prolongada de la víctima;
- se asegure el asesoramiento legal del caso.

---

<sup>41</sup>CSJN, “F.,A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 25.

El Estado Nacional, las provincias y la CABA, ¿han cumplido con la exhortación de la Corte a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la concreta atención de los ANP?

Según la información disponible, a diciembre de 2013 ocho de las 25 jurisdicciones del país (23 jurisdicciones provinciales, la Ciudad de Buenos Aires y la jurisdicción nacional), poseen protocolos que se corresponden en buena medida con la decisión de la Corte. Los protocolos de ocho jurisdicciones establecen requisitos que pueden dificultar el acceso a los abortos no punibles y nueve jurisdicciones no han dictado protocolos de atención (ver cuadro 1)<sup>42</sup>.

Jurisdicciones con protocolos compatibles con la decisión de la Corte en el caso "F.,A.L."	Jurisdicciones con protocolos que pueden dificultar el acceso a los abortos no punibles	Jurisdicciones que no han dictado protocolos
Chubut Ley XV 14/10	Neuquén Res. ministerial N° 1380/07	Mendoza
Santa Fe Res. ministerial N° 612/12	Provincia de Buenos Aires Res. ministerial N° 304/07	San Luis
Tierra del Fuego Res. ministerial N° 392/12	Salta Decreto 1170/12	Santiago del Estero
Jujuy Res. ministerial N° 8687/12	Entre Ríos Res. ministerial N° 974/12	Tucumán
Chaco Ley 7064/12	La Pampa Decreto 279/12	Formosa
La Rioja Res. ministerial N° 1015/12	Córdoba Res. ministerial N° 93/12	Corrientes
Santa Cruz Res. ministerial N° 0540/12	Ciudad de Buenos Aires Res. ministerial N° 1252/12	Catamarca
Misiones Res. ministerial N° 3378/13	Río Negro Ley 4796/12	San Juan
		Estado Nacional <sup>a</sup>

Cuadro 1: Regulación del ANP en las jurisdicciones del país

a: *La Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2007 y actualizada en 2010, aún no cuenta con aval ministerial.*

<sup>42</sup>Cfr. informe "Aborto no punible. El fallo "F., A.L. s/ medida autosatisfactiva". ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?", Asociación por los Derechos Civiles, diciembre de 2013. Disponible en <http://bit.ly/1bPY4ME>.

---

## ¿Qué aspectos de los protocolos de algunas jurisdicciones pueden dificultar el acceso a los ANP?

Las regulaciones de algunas jurisdicciones no garantizan adecuadamente el derecho de las mujeres a acceder al aborto no punible porque presentan las siguientes barreras:

- Sólo regulan el acceso al aborto no punible en caso de violación y excluyen el caso de peligro para la vida o la salud de la mujer (Salta y Entre Ríos).
- Establecen un límite de tiempo para que las mujeres puedan acceder al aborto (hasta la decimosegunda semana de gestación, en Salta y la Ciudad de Buenos Aires).
- Exigen que las adolescentes de entre 14 y 18 años cuenten con el consentimiento de sus padres para acceder a un aborto no punible (Buenos Aires, Salta, La Pampa, Neuquén, Córdoba, Entre Ríos, Río Negro, Ciudad de Buenos Aires).
- Exigen que las mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial cuenten con el consentimiento de su representante legal sin prever un sistema de apoyo a fin de asistir a la mujer en la toma de su propia decisión (todas las jurisdicciones, a excepción de Río Negro<sup>43</sup> y Misiones<sup>44</sup>).
- No contemplan un procedimiento para resolver desacuerdos entre el/la profesional médico y la mujer sobre la procedencia del aborto (ninguna de las jurisdicciones, salvo La Pampa).
- Exigen la intervención de un equipo interdisciplinario a fin de verificar la procedencia del aborto (La Pampa, Entre Ríos, Ciudad de Buenos Aires) o la autorización del director o directora del centro médico (Entre Ríos, Ciudad de Buenos Aires, Neuquén).
- Permiten que el/la profesional médico/a ejerza su derecho a la objeción de conciencia al momento de atender a la paciente, cuando esta objeción debería comunicarse al momento de implemen-

---

<sup>43</sup>El consentimiento lo presta la mujer con discapacidad, pero no se prevén sistemas de apoyo.

<sup>44</sup>La guía misionera establece que “[p]ara 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 Nac26.378), a fin de que la persona adopte una decisión autónoma.” Esta regulación del consentimiento informado de las mujeres con discapacidad sería respetuosa de los derechos de las mujeres con discapacidad si la guía no estableciera que “[e]n caso de no ser posible [implementar un sistema adecuado de apoyos y salvaguardas], el consentimiento informado debe ser prestado por el representante legal, debiendo ser acreditado dicho carácter con la correspondiente documentación.”

---

tarse el protocolo o cuando el/la profesional se incorpora al equipo de profesionales de un centro de salud (Córdoba, Entre Ríos, Salta, Ciudad de Buenos Aires).

- Sólo permiten el aborto cuando existe un peligro *grave e inminente* para la salud de la mujer (Ciudad de Buenos Aires).

Estos protocolos son inconstitucionales en los aspectos señalados y deben ser ajustados a los estándares establecidos por la CSJN en el caso “F.,A.L.”.

Las mujeres ¿pueden acceder a los ANP en los centros de salud dependientes y/o regulados por las jurisdicciones que no han aprobado protocolos?

Sí. Toda mujer violada o cuyo embarazo representa un peligro para su salud o su vida puede acceder a un ANP, independientemente de que exista o no una reglamentación específica de esta práctica.

¿Qué sanciones puede recibir el Estado argentino ante el incumplimiento por parte de sus jurisdicciones de su deber de dictar protocolos para atención de los abortos no punibles?

En el caso “F.,A.L.”, la Corte procuró garantizar el pleno respeto de los derechos humanos de las mujeres, al reconocer su derecho al ANP en casos de violación y determinar cuáles son las acciones que las autoridades gubernamentales y judiciales y los profesionales de la salud deben implementar de modo tal de respetar este derecho fundamental de las mujeres. La Corte advirtió que, en caso de no implementarse estas acciones, el Estado argentino corre el riesgo de ser considerado internacionalmente responsable por la violación de los derechos humanos de las mujeres<sup>45</sup>, tal como sucedió en el caso L.M.R. que tramitó ante el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, y fue decidido en 2001; ver capítulo IV de este manual.

---

<sup>45</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 18.

---

## IV. Casos paradigmáticos de obstaculización al acceso al aborto no punible en Argentina

La obstaculización sistemática al acceso al aborto no punible ha provocado daños físicos y psíquicos severos e incluso la muerte de miles de mujeres en nuestro país. A continuación, nos referiremos a algunos de los casos más paradigmáticos ocurridos en los últimos años, a fin de mostrar las devastadoras consecuencias que dicha obstaculización puede causar en la salud y en la vida de las mujeres.

### 1. El caso “Ana María Acevedo”

Ana María Acevedo, joven de 20 años, madre de tres hijos, oriunda de Vera, Provincia de Santa Fe. En 2006 se le diagnosticó un cáncer de mandíbula y los/as médicos/as le prescribieron un tratamiento de rayos y quimioterapia, tratamiento que fue suspendido cuando se confirmó que Ana María estaba embarazada, dado que la quimioterapia ponía en riesgo el embarazo. Pese a que los padres de la joven solicitaron que se le practicara un ANP, los/as médicos/as se negaron a realizar la práctica, sobre la base de sus “convicciones [y diversas] cuestiones religiosas [y] culturales”<sup>46</sup>. Finalmente, a las 22 semanas de embarazo, los/as médicos/as debieron inducir el parto. Ana María dio a luz a una beba que murió a las pocas horas, luego de lo cual se la sometió a la primera sesión de quimioterapia. Dado el tiempo transcurrido, el tratamiento no fue efectivo y Ana María murió el 17 de mayo de 2006, diecisiete días después de la intervención.

En julio de 2008, un Juez Correccional de Santa Fe procesó, entre otros profesionales que intervinieron en el caso, al ex director y a los jefes de los servicios de ginecología y de oncología del Hospital Iturraspe por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público.

La familia de Ana María aún tiene abierta la posibilidad de reclamar al Estado, por la vía civil, los daños y perjuicios ocasionados por su muerte.

### 2. El caso “L.M.R”

L.M.R., joven con discapacidad de 19 años, oriunda de la provincia de Buenos Aires, quedó embarazada como resultado de una violación. La joven solicitó a los/as médicos/as que la atendieron que le practicaran un aborto no punible. Sin embargo, éstos le exigieron una autorización judicial para realizar la práctica, solicitud que fue denegada por una jueza de menores. La sentencia, que fue confirmada por la Cámara de Apelaciones en lo Civil, fue recurrida ante la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires que, finalmente, autorizó el

---

<sup>46</sup>Brussino, Silvia, “El caso de Ana María Acevedo”. Disponible en <http://bit.ly/1nP47zc>.

---

aborto. Desde el pedido original de interrupción del embarazo hasta la sentencia del máximo tribunal provincial transcurrieron dos meses. No obstante la autorización, ningún centro de salud de la provincia accedió a realizar la práctica, sobre la base de argumentos religiosos y la objeción de conciencia de los profesionales que debían intervenir, lo que empujó a L.M.R a practicarse un aborto por fuera del sistema de salud.

El caso de L.M.R. fue denunciado ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU, órgano que, en 2011, concluyó que el Estado argentino había violado el derecho de la joven a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes, su derecho a la intimidad y su derecho a la tutela judicial efectiva. El Comité, también resolvió que el Estado argentino debía indemnizar a la joven y tomar medidas para evitar que se cometan violaciones similares en el futuro<sup>47</sup>.

### 3. El caso de “la mujer víctima de trata de personas”

Una mujer de 32 años fue víctima de trata de personas y quedó embarazada al ser violada durante su secuestro, razón por la cual solicitó que se le practicara un ANP. El aborto se realizaría en el Hospital Ramos Mejía, en octubre de 2012. Días antes de la fecha programada, el Jefe de Gobierno porteño, en una desafortunada y negligente declaración pública, dio a conocer la noticia, incluyendo los datos personales de la mujer y el lugar y la fecha en que se realizaría la práctica. Entonces, una asociación civil solicitó a la justicia contencioso administrativo y tributario de la Ciudad de Buenos Aires que dictara una medida cautelar ordenando al gobierno local que se abstuviera de “realizar cualquier acto o maniobra tendiente a quitar la vida [al] niño por nacer”<sup>48</sup>. El juez de primera instancia rechazó la petición, decisión que fue confirmada por la alzada; ambas sentencias se fundaron en lo dispuesto por la CSJN en “F.,A.L.”.

Frente a esta decisión, la asociación promovió una nueva acción judicial ante el fuero civil solicitando la urgente suspensión de la práctica abortiva. La jueza de primera instancia, con serias irregularidades procesales y sustanciales, concedió la medida, ordenó la suspensión del aborto en el Hospital Ramos Mejía, extendió la medida cautelar a cualquier otro hospital de la Ciudad, y dispuso que las autoridades sanitarias “provean a la madre del niño de una adecuada asistencia para resguardar su salud e integridad física y psíquica”.

Ante el conflicto de competencia suscitado entre ambos fueros, intervino la CSJN quien, con fecha 11 de octubre de 2012, revocó la decisión del juzgado civil, ordenó a las autoridades de la Ciudad que garantizaran el acceso al aborto “prescindiendo de la resolución judicial que suspendió su realización” y recordó que

---

<sup>47</sup>Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. vs Argentina”, Comunicación No. 1608/2007, CCPR/C/101/D/1608/2007, disponible en <http://bit.ly/1qjA29F>.

<sup>48</sup>CSJN, caso “Pro Familia Asociación”, op cit.

---

no existen obstáculos legales para estas prácticas<sup>49</sup>. Con fecha 17 de septiembre de 2013, la CSJN resolvió el fondo del asunto. Por un lado, declaró la nulidad de todo lo actuado por el juzgado civil de primera instancia y por otro lado, ordenó que se examine la conducta de la Asociación peticionaria y de su letrado patrocinante, y que el Consejo de la Magistratura intervenga respecto del desempeño de la jueza Rustán de Estrada<sup>50</sup> La jueza ya había renunciado en mayo de 2013 con cinco denuncias en su contra en la Comisión de Disciplina y Acusación del Consejo de la Magistratura.

## V. El aborto en América Latina

La legislación de los países de la región ¿contempla distintos supuestos de ANP?

Sí. La mayoría de los países latinoamericanos, entre ellos Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México (excepto el D.F.), Paraguay, Panamá y Perú, tienen un modelo de indicaciones o causales para el aborto.

Sin embargo, las mujeres que habitan estos países enfrentan una innumerable cantidad de barreras legales a la hora de solicitar un ANP, tales como la exigencia de iniciar una acción penal contra el agresor<sup>51</sup> en los casos en que el embarazo es producto de una violación o la necesidad de contar con una “autorización judicial” previa para acceder al aborto. En otras palabras, el hecho de que la legislación de estos países establezca distintos supuestos de ANP no implica *per se* que las mujeres tengan acceso a esta práctica.

Algún país de la región ¿prohíbe el aborto en todos los casos?

Sí. La legislación de Chile, El Salvador, República Dominicana, Honduras, Nicaragua, Haití y Surinam no permite el aborto bajo ningún supuesto. Diversos órganos internacionales de protección de derechos humanos han cuestionado este tipo de legislación al considerar que la

---

<sup>49</sup>CSJN, caso “Pro Familia Asociación Civil c/ GBCA y otros s/ impugnación de actos administrativos”, sentencia del 17/9/2013, disponible en <http://bit.ly/UR02Mj>.

<sup>50</sup>Artículos. 263 a 269 del Código Penal Boliviano. Disponible en [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/bol/sp\\_bol-int-text-cp.html](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/bol/sp_bol-int-text-cp.html).

<sup>51</sup>Ver ADC y GIRE, “Informe sobre la situación...”, op. cit..

criminalización absoluta del aborto es incompatible con el derecho de las mujeres a la vida, a la integridad y a la salud<sup>52</sup>.

¿En qué países de la región el aborto es legal en todos los casos?

En Cuba, Guyana, Guayana Francesa, Puerto Rico, México D.F. y Uruguay, el aborto es legal hasta determinado momento del embarazo. Una vez cumplido ese plazo, el aborto está permitido sólo si se verifican ciertas “causales” (peligro para la salud o la vida de la mujer, abuso sexual, malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina, entre otras).

	Alcance de la legislación	Ejemplos
Países en los que el aborto es ilegal en todos los casos	No permite al aborto en ningún caso.	Chile, El Salvador, República Dominicana, Honduras, Nicaragua, Haití y Surinam
Países cuya legislación contempla diversos supuestos de aborto no punible	Por regla, prohíbe el aborto, pero contempla permisos excepcionales para abortar en casos de peligro para la salud o la vida de la mujer y abuso sexual, entre otros supuestos.	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México (excepto el D.F.), Paraguay, Panamá y Perú entre otras
Países en los que el aborto es legal	No considera delito a los abortos practicados entre las 12 o 14 semanas del embarazo, dependiendo del país. Una vez cumplido ese plazo, el aborto sólo está permitido cuando está riesgo la vida o la salud de la mujer, entre otros supuestos de excepción.	Cuba, Guyana, Guayana Francesa, Puerto Rico, México D.F. y Uruguay

Cuadro 2: Regulación del aborto en América Latina

## VI. Mitos sobre el aborto

En esta sección nos proponemos exponer y demostrar la falsedad de diez mitos en relación con el aborto.

### Mito I

“El aborto en Argentina es ilegal en todos los casos”

<sup>52</sup>OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. 2012, disponible en <http://bit.ly/1ezw1Yy>.

---

**Verdad I:** El aborto en Argentina está permitido cuando existe peligro para la vida o la salud de la mujer o cuando el embarazo es producto de una violación (artículo 86 del Código Penal). Por ello ni la mujer, ni las personas que la acompañen en su decisión, como padres, amigas, pareja, profesionales de la salud, consejeras, etc., pueden tener responsabilidad penal en estos casos.

## Mito II

“La penalización del aborto impide que las mujeres se practiquen abortos”

**Verdad II:** La penalización del aborto no impide que las mujeres se practiquen abortos ni afecta la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y decida practicarse un aborto. Por el contrario, su penalización sólo hace que los abortos sean clandestinos, se practiquen en forma insegura y sea elevada la mortalidad de las mujeres por esta razón.

Tal como lo ha señalado la Organización Mundial de la Salud, en los países con legislaciones que permiten el aborto bajo un modelo de indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones derivadas de un aborto inseguro son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido<sup>53</sup>. Así, en Argentina, se estima que se practican un promedio de 500.000 abortos clandestinos al año. Esto equivale a más de un aborto por cada dos nacimientos<sup>54</sup>.

## Mito III

“La legalización del aborto aumentará el número de abortos”

**Verdad III:** A nivel mundial, las tasas de aborto son más altas en las regiones geográficas conformadas por países en los que el aborto es, por regla, ilegal. Así, en África y América Latina, las tasas de aborto son de 29 y 32 por cada 1,000 mujeres, respectivamente, mientras que en Europa Occidental, una región en la que el aborto generalmente se permite bajo causales amplias, la tasa de aborto es de 12 por 1,000<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup>OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. 2012, disponible en <http://bit.ly/1ezwlyy>.

<sup>54</sup>Pantelides, E., Ramos, S., Romero, M., Fernández, S., Gaudio, M., Gianni, C. y H. Manzelli (2007): Morbilidad materna severa en la Argentina: Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida. CENEP / CEDES: Buenos Aires.

<sup>55</sup>Gutmacher Institute. Hechos sobre el aborto inducido en el mundo, disponible en [http://www.gutmacher.org/pubs/fb\\_IAW\\_sp.pdf](http://www.gutmacher.org/pubs/fb_IAW_sp.pdf), pág. 2.

---

En consecuencia, no puede afirmarse válidamente que la legalización del aborto aumentará del número de abortos.

#### Mito IV

“No es necesario legalizar el aborto, porque los abortos pueden prevenirse con educación sexual y anticonceptivos”

**Verdad IV:** Si bien el acceso de la población a servicios de educación sexual integral y el empleo de métodos anticonceptivos contribuyen a prevenir los embarazos no deseados, no eliminan la necesidad de las mujeres de acceder a servicios para un aborto sin riesgos. Esto se debe a que ningún método anticonceptivo resulta completamente eficaz a la hora de prevenir un embarazo, lo que determina que, cada año, 33 millones de mujeres de todo el mundo tengan un embarazo accidental mientras usan un método anticonceptivo. Asimismo, la educación sexual y la anticoncepción no desempeñan papel alguno en los casos de relaciones sexuales forzadas<sup>56</sup> o de condiciones de salud que aparecen durante la gestación y ponen riesgo la vida o la salud de las mujer.

#### Mito V

“El aborto causa síndrome post-aborto”

**Verdad V:** Dado que no hay evidencia científica que avale su existencia, el llamado “síndrome post aborto” no es reconocido como un diagnóstico psiquiátrico válido<sup>57</sup>. Los estudios científicos que se han realizado sobre los efectos del aborto permiten concluir que existen pocas diferencias, si es que las hay, entre las mujeres que deciden abortar y las que optan por continuar con su embarazo en cuanto a las consecuencias de esas decisiones sobre su salud mental<sup>58</sup>. Los mismos estudios señalan que los problemas de salud mental post-aborto, cuando se registran, generalmente derivan o están determinados por el estado de salud mental que presentaba la mujer *antes* de practicarse el aborto<sup>59</sup>.

---

<sup>56</sup>OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, op. cit.

<sup>57</sup>IPAS. The evidence speaks for itself: Ten facts about abortion. Chapel Hill, NC: Ipas, 2010. Disponible en <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/TENFACE10.ashx>, pág. 4.

<sup>58</sup>Academy of Medical Royal Colleges, Induced Abortion and Mental Health- A Systematic Review of the Mental Health Outcomes of Induced Abortion, Including Their Prevalence and Associated Factors, diciembre de 2011, disponible en <http://bit.ly/1vepbeR>.

<sup>59</sup>Idem.

---

## Mito VI

“El aborto causa cáncer de mamas”

**Verdad VI:** De acuerdo a la Sociedad Americana del Cáncer, a la luz de la evidencia científica disponible, no es posible establecer un nexo causal entre el aborto, ya sea espontáneo o inducido, y un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mamas<sup>60</sup>.

## Mito VII

“El aborto provoca esterilidad”

**Verdad VII:** Según la Organización Mundial de la Salud, el aborto inducido practicado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, es un procedimiento médico muy seguro y no genera ninguna secuela física o psíquica para las mujeres<sup>61</sup>. Por el contrario, el aborto clandestino practicado en condiciones de riesgo sí puede implicar serios peligros para la salud de las mujeres, como la infertilidad<sup>62</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro mujeres que se practiquen un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica. En síntesis, los principales costos fisiológicos del aborto, como la esterilidad, son soportados por las mujeres que se practican abortos ilegales e inseguros<sup>63</sup>.

## Mito VIII

“La anticoncepción de emergencia es abortiva”

**Verdad VIII:** La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la anticoncepción de emergencia no es abortiva<sup>64</sup> y, en consecuencia,

---

<sup>60</sup>American Society of Cancer. Is Abortion Linked to Breast Cancer?, disponible en <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/is-abortion-linked-to-breast-cancer>

<sup>61</sup>OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, op. cit., pág. 21.

<sup>62</sup>Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto en América Latina y El Caribe. Disponible en [http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Latin-America-ES.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf)

<sup>63</sup>OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, op. cit., pág. 20.

<sup>64</sup>OMS. Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N°244, julio de 2012, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/index.html>

---

la recomienda como método anticonceptivo. Los anticonceptivos de emergencia *previenen* un embarazo hasta cinco días después de la relación sexual, al detener o interrumpir la ovulación (esto es, evita que el óvulo salga del ovario, sea fecundado y resulte en un embarazo), pero *no* son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación. En consecuencia, no pueden provocar un aborto. Finalmente, desde 2007, la anticoncepción hormonal de emergencia está incluida en el Plan Médico Obligatorio como método anticonceptivo hormonal, por disposición del Ministerio de Salud de la Nación<sup>65</sup> y debe ser entregado gratuitamente en todos los centros de atención sanitaria del país.

### Mito IX

“Continuar con el embarazo es más seguro que abortar”.

**Verdad IX:** Como señalamos más arriba, el aborto inducido practicado por profesionales capacitados y en condiciones adecuadas es un procedimiento médico muy seguro<sup>66</sup>. Por el contrario, de acuerdo a cifras difundidas por la Organización Mundial de la Salud, 800 mujeres mueren por día en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional y abortos peligrosos), lo que representa el 80 % de las muertes maternas<sup>67</sup>.

En cuanto a la mortalidad materna por aborto, en los países desarrollados donde el aborto es legal y los proveedores de atención están entrenados para practicar abortos seguros, la tasa de mortalidad por causas relacionadas con el embarazo y el parto es nueve veces más alta que la tasa de mortalidad por aborto (9 muertes por cada 100.000 partos<sup>68</sup> y 0,2 a 2 muertes por cada 100.000 abortos<sup>69</sup>, respectivamente). Por su parte, en los países en desarrollo, se registran 59 muertes maternas por complicaciones de abortos inseguros<sup>70</sup> cada 100.000 partos, mientras que se estima que, por cada 100.000 partos, 260 mujeres mueren debido a problemas derivados del embarazo o el parto<sup>71</sup>.

En Argentina, históricamente el aborto inseguro representó la primera

---

<sup>65</sup>Resolución N° 232/2007 del Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>66</sup>OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, op. cit., pág. 21.

<sup>67</sup>OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N° 348, mayo de 2014, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>

<sup>68</sup>IPAS. The evidence speaks... op. cit., págs. 10 y 11.

<sup>69</sup>Idem.

<sup>70</sup>Idem.

<sup>71</sup>Idem.

---

causa de mortalidad materna. Según datos del Ministerio de Salud, en 2012, la tasa de mortalidad materna fue de 3.5 por cada 10.000 nacidos vivos<sup>72</sup>.

El 20,2 % de las muertes maternas registradas ese año se debieron a embarazos terminados en abortos<sup>73</sup>, lo que determina que el aborto inseguro sea la segunda causa de mortalidad materna en Argentina<sup>74</sup>. Finalmente, cada año se registran más de 50.000 internaciones en hospitales públicos de todo el país a causa de abortos inseguros<sup>75</sup>.

### Mito X

“El aborto medicamentoso es peligroso para la salud o la vida de las mujeres”

**Verdad X:** La Organización Mundial de la Salud recomienda el aborto medicamentoso (esto es, la interrupción de un embarazo mediante medicamentos que inducen el aborto -como el Misoprostol y la Mifepristona- en lugar de una intervención quirúrgica) como método seguro y efectivo de interrupción de embarazos durante el primer trimestre<sup>76</sup>. En el mismo sentido, la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, señala que “[s]e ha probado que los métodos de aborto con medicamentos son seguros y efectivos”<sup>77</sup>. Asimismo, se considera que el mayor uso del aborto con medicamentos ha contribuido a los descensos en la proporción de abortos clandestinos que resultan en una severa morbilidad y muerte materna<sup>78</sup>. Esto se debe a que el riesgo de muerte asociado al aborto medicamentoso es remoto e idéntico al riesgo de muerte por aborto espontáneo: 0,8 muertes por cada 100.000 abortos medicamentosos y 0,7 muertes por cada 100.000 abortos espontáneos, en Estados Unidos<sup>79</sup>. A su vez, es mucho menor al riesgo de muerte

---

<sup>72</sup>Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2012, disponible en [www.deis.gov.ar](http://www.deis.gov.ar)

<sup>73</sup>Datos disponibles en <http://www.muertematernaenargentina.org/>

<sup>74</sup>Datos disponibles en <http://www.muertematernaenargentina.org/>. Según la información disponible en ese sitio, las muertes causadas por “Otras causas obstétricas indirectas” representan el 29.2 % del total de muertes maternas registradas en 2012 (258), seguido por el “Embarazo terminado en aborto”, que causa el 20.2 % de las muertes maternas.

<sup>75</sup>Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico- año 2010, diciembre de 2012, disponible en <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie11Nro8.pdf>, página 19.

<sup>76</sup>OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, op. cit., pág. 44.

<sup>77</sup>Ministerio de Salud de la Nación, “Guía Técnica...”, op. cit., pág. 34.

<sup>78</sup>Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto inducido en el mundo, op. cit.

<sup>79</sup>IPAS. The evidence speaks... op. cit., págs. 10 y 11.

---

derivado de problemas relacionados con el embarazo y el parto, causantes del 80 % de las muertes maternas en todo el mundo<sup>80</sup>.

## VII. Barreras de acceso al aborto no punible como una violación de los derechos fundamentales de las mujeres

### 1. Una primera aproximación al tema: los derechos sexuales y reproductivos y su vinculación con otros derechos humanos fundamentales de las mujeres

Los Estados reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales en dos Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas celebradas a mediados de la década del noventa: la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la mujer (Beijing, China, 1995).

De acuerdo al Programa de Acción adoptado en El Cairo, los derechos sexuales y reproductivos abarcan “el derecho básico de toda las parejas e individuos *a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello*”<sup>81</sup>. Por su parte, en relación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en particular, la Plataforma de Acción de Beijing señaló que “[l]os derechos humanos de las mujeres incluyen su *derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia (...), de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos*”<sup>82</sup>.

En el mismo sentido, el artículo 16 de la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) reco-

---

<sup>80</sup>OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348, mayo de 2012, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>

<sup>81</sup>Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994), disponible en <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>, parág. 7.3

<sup>82</sup>Plataforma de Acción de Beijing, adoptada en la IV Conferencia Mundial sobre la mujer (Beijing, China, 1995), disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDFpA%20S.pdf>, parágs. 95 y 96. En el mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que la salud reproductiva incluye “la capacidad para reproducirse y la libertad de decidir si se reproducen, cuando y con qué frecuencia”. Organización Panamericana de la Salud, Salud en la Américas 2007, Volumen I-regional, Washington DC, 2007, disponible en <http://bit.ly/1mmG8P1>, pág. 151.

---

noce expresamente el derecho de las mujeres “a *decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos* y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

Tal como surge de las citas y reconoce expresamente el Programa de Acción de El Cairo, “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso”. En particular, existe una íntima vinculación entre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y su derecho a la salud, a la igualdad y no discriminación, a la intimidad, a la autonomía personal, a la dignidad y a estar libre de violencia y de tratos crueles, inhumanos y degradantes en el ejercicio de su sexualidad.

En cuanto a la vinculación entre los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud<sup>83</sup>, en su Observación General N° 14 sobre “[e]l derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 12<sup>84</sup> del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales- PIDESC), el Comité DESC de Naciones Unidas consideró que “[e]l 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”<sup>85</sup>. De acuerdo al Comité DESC, “[l]a salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección”<sup>86</sup>. En el mismo sentido, tanto en la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo como en la IV Conferencia Mundial sobre la mujer se definió el concepto de salud reproductiva como “el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, se considera que la salud reproductiva entraña la ca-

---

<sup>83</sup>El derecho a la salud está consagrado en los artículos 25 de la DUDH, XI de la DADDH, 12 del PIDESC, 24 de la CDN, 12 de la CEDAW, y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 14 de la ley 26.061.

<sup>84</sup>Art. 12 del PIDESC: “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. // 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para: // a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; // b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; // c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; // d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

<sup>85</sup>Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, 22º período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>, parág. 8.

<sup>86</sup>Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general 14”, cit.

---

pacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”<sup>87</sup>.

Más cerca en el tiempo, en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013, los Estados enfatizaron que “la protección de los derechos de las mujeres y su autonomía, la promoción del pleno ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, la igualdad de género y la eliminación de las múltiples formas de discriminación y violencia, entre ellas la basada en el género, constituyen un compromiso fundamental (...) para avanzar hacia el desarrollo con igualdad”<sup>88</sup>.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el artículo 12.1 de la CEDAW establece la obligación de los Estados de adoptar “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. Según el artículo 1 de la misma Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” abarca 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.

En su Recomendación General N° 24 sobre la Mujer y la Salud, el Comité de la CEDAW especificó el contenido y significado del artículo 12.1 de la Convención y enfatizó que “[l]as medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria”<sup>89</sup>.

En términos más amplios, el Comité DESC sostuvo que “[l]os Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud”. Además, el Comité señaló cuatro características del derecho a la salud que se encuentran interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad<sup>90</sup> La ac-

---

<sup>87</sup> ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Párr. 7.2.

<sup>88</sup> Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, CEPAL, 5 de septiembre de 2013. LC/L.3697, disponible en <http://bit.ly/UfvG6o>, página 17.

<sup>89</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N° 24: artículo 12 CEDAW - La mujer y la Salud, 20° período de sesiones (02/02/1999), párr. 11.

<sup>90</sup> Citado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Reco-

---

cesibilidad de los servicios de salud, según el Comité, presenta varias dimensiones. Una de ellas es la no discriminación que implica el acceso en condiciones de equidad a los servicios de salud de hecho y de derecho.

A su vez, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha señalado que la expresión “discriminación contra la mujer” cubre toda diferencia de tratamiento por razón de sexo que de manera intencional o no intencional, ponga a la mujer en desventaja; impida el reconocimiento, por toda la sociedad de los derechos de la mujer en las esferas públicas y privadas o impida que la mujer ejerza sus derechos<sup>91</sup>. La definición, según la CIDH, incorpora la perspectiva de género y es muy relevante en materia de salud, en el cual las necesidades específicas de las mujeres muchas veces no han recibido atención adecuada o diferenciada. Asimismo, la CIDH, en su *Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de los Derechos Humanos*, vincula fuertemente la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna con los derechos a la integridad, a la salud, a la igualdad, privacidad, autonomía y dignidad de las mujeres<sup>92</sup>.

En cuanto a los derechos a la autonomía, intimidad y dignidad<sup>93</sup> y su relación a los derechos sexuales y reproductivos, en su decisión en “Artavia Murillo y otros (“fecundación In Vitro”) c. Costa Rica” (en adelante, “Artavia Murillo”), la Corte Interamericana de Derechos Humanos analizó el alcance del derecho a la privacidad consagrado en el artículo 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos y consideró que “[l]a protección a la vida privada abarca una serie de factores relacionados con la dignidad del individuo, incluyendo, por ejemplo, la capacidad para desarrollar la propia personalidad y aspiraciones, determinar su propia identidad y definir sus propias relaciones personales. El concepto de vida privada engloba aspectos de la identidad física y social, incluyendo el derecho a la autonomía personal, desarrollo personal y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos y con el mundo exterior”<sup>94</sup>. En términos enfáticos, la Corte dejó en claro que “la protección de la vida privada incluye el respeto de las *decisiones tanto de convertirse en padre o madre*, incluyendo la decisión de la pareja de convertirse en padres genéticos”<sup>95</sup>. Por su parte, en el ordenamiento jurídico interno argentino, el derecho a la privacidad se encuentra protegido por el artículo 19 de la CN. De acuerdo a lo dispuesto en este artículo,

---

mendación General 24, La Mujer y la Salud, párr. 21.

<sup>91</sup>CIDH, Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas, OEA/Ser.L/V/II.100 Doc. 17, 13 de octubre de 1998.

<sup>92</sup>CIDH, Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de los Derechos Humanos, párrafo 23.

<sup>93</sup>Los derechos a la autonomía, intimidad y dignidad están consagrados en los artículos 11, 12.3 y 39 de la CCBA y 18 y 19 de la CN, 11 de la CADH, Preámbulo de la DADDH, Preámbulo, 1 de la DUDH, 9 de la ley 26061, y 10 y 15 de la ley 114. El derecho a la integridad física y moral es garantizado por los artículos 5 de la CADH, 1 de la DADDH, 3 de la DUDH.

<sup>94</sup>Corte IDH, caso “Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) Vs. Costa Rica”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 28 noviembre de 2012, Serie C No. 257, parág. 143.

<sup>95</sup>Corte IDH, “Caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro)...”, cit., parág. 146.

---

“[l]as acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados”.

En el caso “Arriola”, la CSJN analizó el alcance de este artículo y sostuvo que “el art. 19, CN constituye una frontera que protege la libertad personal frente a cualquier intervención ajena, incluida la estatal. No se trata sólo del respeto de las acciones realizadas en privado, sino del reconocimiento de un ámbito en el que cada individuo adulto es soberano para tomar decisiones libres sobre el estilo de vida que desea... Este poderoso reconocimiento de la libertad personal implica una inversión de la carga argumentativa, de modo que toda restricción de ese ámbito debe ser justificada en la legalidad constitucional”<sup>96</sup>.

Finalmente, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, reconocido por la Ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, comprende expresamente el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva (art. 3, inc. e). La ley agrega que constituyen hechos de violencia contra la libertad reproductiva, entre otras acciones y omisiones, aquellas provenientes del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos. Esta modalidad de violencia institucional es definida como “aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley” (art. 6 y su decreto reglamentario N° 1011/2012).

## **2. Las barreras que impiden u obstaculizan el acceso al aborto no punible constituye una violación de derechos humanos fundamentales de las mujeres**

### **a. Violación del derecho a la salud y a la igualdad y no discriminación en el acceso a los servicios de salud**

Las barreras que obstaculizan el acceso al aborto no punible en condiciones de igualdad, dignidad y seguridad para todas las mujeres configuran una práctica discriminatoria en los términos del artículo 1 y 12.1 de la CEDAW, al menoscabar o anular el goce y ejercicio por parte de las mujeres de su derecho a la salud sexual y reproductiva.

---

<sup>96</sup>CSJN, “Arriola, Sebastián y otros s/ causa n° 9080”, Fallos 332:1963, considerando 11 del voto del juez Lorenzetti, que resulta coincidente con la posición adoptada por sus colegas.

---

En efecto, dichas barreras configuran una práctica discriminatoria porque vulneran derechos únicamente de las mujeres en tanto el aborto es un procedimiento médico que sólo las mujeres necesitan y sólo las mujeres viven las consecuencias físicas y emocionales de su privación y, en consecuencia, sólo las mujeres se ven expuestas a riesgos de salud que no experimentan los hombres. Mientras que los hombres cuya vida o salud está en riesgo tienen un rápido acceso a los servicios médicos esenciales, las mujeres cuya vida o salud está en riesgo no acceden en las mismas condiciones a dichos servicios.

Además, el trato diferenciado afecta especialmente a determinados grupos –como por ejemplo adolescentes, mujeres con discapacidad y víctimas de violación– que se atienden en el sistema de salud público local, es decir, las más pobres y vulnerables. El resto de las mujeres de nivel socioeconómico medio y alto que padece la misma situación, en cambio, acceden en forma privada y sin obstáculos a la atención sanitaria adecuada y segura. Ello configura un supuesto de discriminación múltiple en razón del sexo, la condición socio-económica, la condición psicofísica, la edad y la capacidad de la mujer.

En consonancia con estas consideraciones, el Comité CEDAW ha instado al Estado a que tome medidas adecuadas para garantizar que las mujeres tengan “acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir el embarazo”<sup>97</sup> en los supuestos de aborto no punible previstos por la legislación vigente. Con ese fin, el Comité señaló que el Estado argentino “debe asegurarse de que la ‘Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles’<sup>98</sup>, se aplique en todo el país de manera uniforme”<sup>99</sup>.

## **b. Violación del derecho a la autonomía, intimidad y dignidad**

Las barreras que impiden u obstaculizan el acceso al aborto no punible lesionan los derechos de las mujeres a la autonomía, intimidad y dignidad, consagrados en los artículos 18 y 19 de la CN, 11 de la CADH, Preámbulo de la DADDH, Preámbulo, 17 del PIDCP y 1 de la DUDH.

Tal como señalamos más arriba, en 2011, el Comité de Derechos Humanos de la ONU debió analizar el caso de L.M.R., una joven con discapacidad que, en 2007, denunció ante el Comité que el Estado argentino había lesionado su derecho a la privacidad, al interferir arbitrariamente con su decisión de interrumpir su embarazo fruto de una violación. El Comité concluyó que el Estado argentino había violado el derecho de la joven a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos

---

<sup>97</sup>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Argentina”, CEDAW/C/ARG/CO/6, 16 de agosto de 2010, parág. 38.

<sup>98</sup>Disponible en <http://bit.ly/Vu465W>.

<sup>99</sup>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales del Comité...”, op. cit., parág. 38.

---

o degradantes y su derecho a la intimidad. En su dictamen, el Comité sostuvo que la “ilegítima injerencia del Estado, a través del poder judicial, en una cuestión que debía resolverse entre la paciente y su médico podría ser considerado una violación del derecho a la intimidad de aquella”<sup>100</sup> (artículo 17 del PIDCP).

Ya en el año 2000, en sus Observaciones Finales al tercer informe periódico de la Argentina, el Comité de Derechos Humanos había considerado que, a fin de garantizar el derecho de las mujeres a la salud reproductiva, “en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención”<sup>101</sup>.

Por su parte, en 2011, el Comité CEDAW analizó el alcance del derecho a la autonomía reproductiva en su dictamen en el caso “LC v. Perú”<sup>102</sup>. L.C. era una joven peruana de 13 años de edad que había quedado embarazada como consecuencia de una violación. Cuando descubrió que estaba embarazada, intentó suicidarse, arrojándose desde el techo de una casa, acción que le produjo una lesión severa en la columna. Los médicos que atendieron a la joven se negaron a realizarle una cirugía que probablemente hubiera aliviado la lesión medular, porque ésta exigía la previa interrupción del embarazo. Ello así, pese a que en Perú se permite el aborto en casos en que la vida y la salud de la mujer estén en peligro. Tiempo después, L.C. sufrió un aborto espontáneo y, como resultado de la demora de los médicos en practicarle la intervención, quedó cuadripléjica. Al analizar el caso, el Comité CEDAW señaló que la conducta de los médicos constituyó una “injerencia ilegítima e irracional en la decisión de L. C. de poner término a su embarazo”<sup>103</sup>.

Finalmente, en “F.A.L.”, la CSJN estableció que “respetar lo preceptuado por el artículo 19 in fine de la Constitución Nacional significa (...) que el aborto no punible es aquel practicado por “un médico con el consentimiento de la mujer encinta” (artículo 86 del Código Penal) circunstancia ésta que debe aventar todo tipo de intento de exigir más de un profesional de la salud para que intervenga en la situación concreta pues, una exigencia tal, constituiría un impedimento de acceso incompatible con los derechos en juego en este permiso que el legislador ha querido otorgar”<sup>104</sup>.

### **c. Violación del derecho a una vida libre de violencia**

Las barreras al acceso al aborto no punible configuran también un supuesto de violencia institucional y contra la libertad reproductiva de las mujeres, en los términos del artículo 6 de la Ley 26.485 de protección integral para prevenir, san-

---

<sup>100</sup>Comité de Derechos Humanos, “L.M.R. . . .”, op. cit., parág. 9.3.

<sup>101</sup>Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité. . .”, op. cit., parág. 14.

<sup>102</sup>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “LC v. Perú”, Comunicación Nº 22/2009, 17 de octubre de 2011, disponible en <http://bit.ly/UR22Er>, parág. 7.13.

<sup>103</sup>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “LC. . .”, cit.

<sup>104</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 24.

---

cionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. De acuerdo a dicho artículo, se configura un supuesto de violencia contra la libertad reproductiva, cuando el personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud vulneran el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos. En cuanto a la violencia institucional, esta forma de violencia es definida como “aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley” (art. 6 y su decreto reglamentario, n° 1011/2012). Claramente, la realización de los abortos permitidos por el art. 86 del Código Penal constituye una de las prácticas lícitas aludidas por la norma.

En definitiva, el ordenamiento jurídico nacional reconoce el derecho de las mujeres a interrumpir los embarazos en los supuestos comprendidos en el artículo 86 del Código Penal; la ley 26.485 agrega que la negativa de los profesionales de la salud a realizar esas prácticas lícitas, y las demoras o la imposición de obstáculos por parte de funcionarios públicos para garantizar ese derecho, constituyen modalidades de violencia de género proscritas por nuestro marco legal. Así lo reconoció la CSJN en “F., A.L.”, al señalar que los “procesos burocráticos dilatorios de la interrupción legal del embarazo (...) llevan ínsita la potencialidad de una prohibición implícita –y por tanto contra legem– del aborto autorizado por el legislador penal. Asimismo, se debe señalar que esta práctica irregular (...) puede ser considerada, en sí misma, un acto de violencia institucional en los términos de los artículos 3° y 6° de la ley 26.485 que establece el Régimen de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”<sup>105</sup>.

#### **d. Violación del derecho a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes**

Las barreras al acceso al aborto no punible constituyen, además, un trato cruel, inhumano y degradante prohibido por los artículos 5 de la CADH, 7 del PIDCP, 37 de la CDN y 5 de la DUDH. Así lo ha entendido el Comité de Derechos Humanos en un caso contra Perú<sup>106</sup>. Más recientemente, en el caso “L.M.R.” contra Argentina ya citado, el mismo Comité consideró que la omisión del Estado en proveer los servicios de aborto seguro en este caso, que estaba permitido por ley, causó a la víctima sufrimiento moral y físico, configurándose una violación al artículo 7 del PIDCP. Como condena, el Comité estableció la obligación de Argentina de implementar medidas de reparación que incluyan una indemnización

---

<sup>105</sup>CSJN, “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, op. cit., considerando 24.

<sup>106</sup>Comité de Derechos Humanos, “K.L. v. Peru”, Comunicación N° 1153/2003: Peru. 22/11/2005, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003, del 2005.

---

adecuada, y la obligación de tomar medidas (legislativas y/o regulatorias) para evitar que se cometan violaciones similares en el futuro<sup>107</sup>. Por último, en febrero de 2013, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de Naciones Unidas, en el reconocimiento de que las restricciones en el acceso al aborto conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos, exhortó a todos los Estados cuya legislación nacional autorice los abortos en diversas circunstancias a “velar por la disponibilidad real de los servicios sin consecuencias adversas para la mujer o el profesional de la salud”<sup>108</sup>.

### **e. Las barreras de acceso al aborto no punible como una violación de las obligaciones impuestas al Estado argentino por el artículo 5 de la CEDAW**

Las barreras al acceso al aborto no punible impone los costos de la reproducción sólo a las mujeres, a la vez que refuerza el estereotipo negativo que las presenta como medios para la reproducción humana y, por lo tanto, únicas y últimas responsables de la reproducción. Al respecto y en virtud del artículo 5 de la CEDAW, los Estados Partes están obligados a coadyuvar a la modificación de los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres para eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

A las disposiciones de las CEDAW, se deben añadir las normas sobre igualdad y no discriminación, y los criterios jurisprudenciales sobre las “categorías sospechosas” de la CSJN<sup>109</sup> que, junto con los compromisos derivados del sistema

---

<sup>107</sup>Comité de Derechos Humanos, “LMR v. Argentina”, Comunicación N° 1608/2007, UN Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007, del 29 de marzo de 2011.

<sup>108</sup>Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, del 1 de febrero de 2013, párrs. 50 y 90.

<sup>109</sup>La CSJN ha dicho: “[E]ste Tribunal ha complementado el principio de igualdad mediante la aplicación de un examen más riguroso cuando se trata de clasificaciones basadas en criterios específicamente prohibidos (también llamados ‘sospechosos’). //”El derecho constitucional argentino contiene, en especial a partir de la incorporación de diversos tratados internacionales sobre derechos humanos, la prohibición expresa de utilizar criterios clasificatorios fundados en motivos de ‘raza, color, se dioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social’ (art. 1° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y art. 26 del Pacto Internacional de Derecho Civiles y Políticos). // “Por ende, la interdicción de la discriminación en cualquiera de sus formas y la exigencia internacional de realizar por parte de los Estados acciones positivas tendientes a evitar dicha discriminación deben reflejarse en su legislación, de lo cual es un ejemplo la ley 23.592, y también en la interpretación que de tales leyes hagan los tribunales. //” Así, cuando esta Corte ha tenido que resolver sobre la constitucionalidad de leyes que utilizan tales clasificaciones basadas en alguno de esos criterios expresamente prohibidos, lo ha hecho partiendo de una presunción de inconstitucionalidad (Fallos: ‘Hoofft’ 327:5118; ‘Gottschau’ 329:2986 y ‘Mantecón Valdez’ 331:1715). Por lo tanto, el trato desigual será declarado ilegítimo siempre y cuando quien defiende su validez

---

internacional de derechos humanos, prohíben el uso del derecho para afianzar los estereotipos, roles familiares tradicionales, no sólo porque este uso de la ley restringe las oportunidades individuales, sino también porque refuerza la desigualdad de grupo, en este caso, de las mujeres.

Por consiguiente, los poderes públicos y operadores jurídicos deben siempre enmarcar sus actuaciones dentro de la protección de orden especial que merece la mujer, no sólo en cuanto a sus derechos generales sino también frente aquellos intrínsecos y particulares a su género.

En este marco, las barreras para el acceso al aborto no punible son un intento por obligar a las mujeres a asumir roles estereotipados, en este caso, la maternidad, forzando embarazos a mujeres con peligro para la vida, la salud o que son sobrevivientes de violencia sexual. Prácticas habituales como la imposición de instancias de debate y reflexión con varios profesionales de distintas áreas previas a la realización del aborto refuerzan el lugar simbólico que, según un rol estereotipado, indica que las mujeres deben desear la maternidad. Asimismo, el énfasis que los protocolos de algunas jurisdicciones ponen en los procedimientos de constatación de la gravedad del peligro para la salud de la mujer o la imposición de plazos máximos para la realización de la práctica, impone y refuerza el estereotipo según el cual las mujeres deben realizar sacrificios heroicos para cumplir un rol natural de procreadoras.

## Referencias

- [1] *Recomendación General No. 24: artículo 12 CEDAW - La mujer y la salud*. Informe técnico, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Febrero 1999. <http://bit.ly/VoLxjn>.
- [2] *Observación general No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Informe técnico Doc. E/C.12/2000/4, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000. <http://bit.ly/SyCdrd>.
- [3] *The evidence speaks for itself: Ten facts about abortion*. Informe técnico, IPAS, Chappel Hill, North Carolina, 2010.
- [4] *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles*. Informe técnico, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Junio 2010. <http://bit.ly/1pITQmp>.

---

no consiga demostrar que responde a fines sustanciales — antes que meramente convenientes— y que se trata del medio menos restrictivo y no sólo uno de los medios posibles para alcanzar dicha finalidad”. (CSJN, caso “Partido Nuevo Triunfo”, Fallos: 332:443, sentencia del 17 de marzo de 2009, publicada en L.L. del 9.4.2009).

- 
- [5] *Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de los Derechos Humanos*. Informe técnico, Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), Junio 2010. <http://bit.ly/1tMctDp>.
- [6] *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Argentina*. Informe técnico, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Agosto 2010. <http://bit.ly/UKAIYo>.
- [7] *Informe sobre la interacción entre las leyes penales y otras restricciones jurídicas relativas a la salud sexual y reproductiva y el derecho a la salud*. Informe técnico, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2011. <http://bit.ly/1qJMEXq>.
- [8] *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Informe técnico, Organización Mundial de la Salud, 2012. <http://bit.ly/1ezw1Yy>.
- [9] *Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N°244*. Informe técnico, Organización Mundial de la Salud, Julio 2012. <http://bit.ly/1j3LEFU>.
- [10] *Corte Interamericana de Derechos Humanos. "Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) Vs. Costa Rica", Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*, Noviembre 2012. <http://bit.ly/1cz8mla>.
- [11] *Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva"*, Marzo 2012. <http://bit.ly/1v75tln>.
- [12] *Guía técnica de la OMS sobre el aborto seguro: información actualizada y recomendaciones*. Informe técnico, Organización Mundial de la Salud, Julio 2012. <http://bit.ly/1gxaJbk>.
- [13] *Hechos sobre el aborto en América Latina y El Caribe*. Informe técnico, Guttmacher Institute, Enero 2012. <http://bit.ly/1umT5is>.
- [14] *Hechos sobre el aborto inducido en el mundo*. Informe técnico, Guttmacher Institute, Enero 2012. <http://bit.ly/1mf0CI8>.
- [15] *Informe sobre la situación de la accesibilidad al aborto no punible en América Latina y el Caribe*. Informe técnico, Asociación por los Derechos Civiles (ADC) & Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Junio 2012. <http://bit.ly/ScDdRx>.
- [16] *Aborto no punible. El fallo "F., A.L. s/ medida autosatisfactiva". ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?"*. Informe técnico, Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Diciembre 2013. <http://bit.ly/1bPY4MF>.
- [17] *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Informe técnico, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Febrero 2013. <http://bit.ly/1nF5Qkj>.

- 
- [18] Bergallo, Paola y Ana Cristina González Vélez: *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres & Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, Agosto 2012. <http://bit.ly/11dYH7H>.
- [19] González Vélez, Ana Cristina (editor): *Causal Salud: Interrupcion Legal de Embarazo Etica y Derechos Humanos*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres & Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008. <http://bit.ly/1iwMoJa>, visitado el 2014-07-01.

**Anexo I**  
**Criterios establecidos por la Guía**  
**Técnica para la Atención Integral de**  
**los Abortos no Punibles** elaborada  
por el Ministerio de Salud de la  
Nación en 2010

## TEMA

## REGULACIÓN

## COMENTARIOS

Constatación de la causal.  
“La práctica del aborto no punible se realizará previa constatación por parte de una/un sola/o médica/o de la existencia de alguna de las causales”

“Para la constatación de los casos de peligro para la salud o la vida de la mujer (artículo 86, inciso 1ro. del CPN) el médico tratante debe fundar su diagnóstico mediante los estudios pertinentes. Si lo considera necesario, el médico tratante puede realizar su diagnóstico en interconsulta con otro médico o profesional de la psicología, según corresponda” (punto 3.2.)

“Para la constatación de los casos de violación o atentado al pudor cometido sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2do. del CPN), el médico tratante debe pedir que se le exhiba constancia de la denuncia de la violación, o que la mujer suscriba una declaración jurada...” (punto 3.2.)

Respetar los derechos de las mujeres por cuanto no exige la intervención de equipos interdisciplinarios o interconsultas obligatorias. Sin embargo, no estipula qué procedimiento se debe seguir en caso de desacuerdo entre el/la profesional interviniente y la mujer respecto de la procedencia del aborto, que fue una recomendación de la CSJN en el caso “F.,A.L.”.

Según lo dispuesto por la CSJN en el caso “F.,A.L.”, el artículo 86, inciso 2º del CP no exige ni la denuncia ni la prueba de la violación como tampoco su determinación judicial. Por el contrario, según la CSJN, sólo es exigible que “la víctima o su representante, manifiesten ante el profesional tratante, declaración jurada mediante, que aquel ilícito es la causa del embarazo, toda vez que cualquier imposición de otro tipo de trámite no resultará procedente pues significará incorporar requisitos adicionales a los estrictamente previstos por el legislador penal...” (cons. 27).

Consentimiento libre e informado de la mujer.  
Debe solicitarse a la mujer el consentimiento informado para proceder a la interrupción del embarazo (Ley 26.529)”

“(L)os servicios de salud no deben imponer como requerimiento la autorización del marido o compañero/a. (...) “(E)n los casos de menores de 14 años se debe requerir la asistencia de los padres, tutores o encargados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. (...) En caso de negativa injustificada de sus padres, tutores o encargado a consentir el acto médico o falta de acuerdo entre sus progenitores, se procede de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil. (...)”

“(S)i una mujer con discapacidad mental no declarada o declarada incapaz queda embarazada como consecuencia de un atentado al pudor, y su representante legal solicita la interrupción de la gestación, deberá acreditar la denuncia o la declaración jurada de la existencia de violación. (...) “En caso de que un sólo progenitor tuviera de hecho a su exclusivo cuidado a la mujer con discapacidad mental o a la mujer menor de 14 años, basta el consentimiento de éste para que quede configurado el consentimiento requerido. En caso de negativa injustificada del representante legal a consentir el acto médico, el profesional interviniente debe procurar que se proceda de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil...” (punto 6.4.3).

Si bien los límites etarios no son la manera recomendada por la Convención de Derechos del Niño para asegurar los derechos de niñas y adolescentes, el límite de 14 años resulta más razonable que el límite de 18 años que imponen otros protocolos y se corresponde con lo establecido por la ley nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, que reconoce las capacidades evolutivas de las niñas y adolescentes para prestar su consentimiento informado.

La regulación del consentimiento en caso de mujeres con discapacidad contradice la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPCD) y la ley nacional concordante 26.378. Debiera procurarse que sea la mujer con los “apoyos” que requiriese (conforme lo establece el artículo 12.3 de la CDPD) quien consienta el aborto y no debiera permitirse que el representante legal sustituya su voluntad.

<p>Inexigibilidad de una autorización judicial "El Hospital y la/el médica/o tratante (...) (n)o deben ni están obligados a requerir la intervención y/o la autorización judicial"</p>	<p>"Cualquier imposición de exigencias adicionales, tales como autorización de (...) jueces u operadores jurídicos (...), representa una violación del derecho de la mujer a acceder al aborto en los casos permitidos por la ley y el ejercicio de violencia reproductiva y obstétrica en los términos de lo definido por el art . 6 inc. d y e de la Ley N° 26.485" (punto 3.2.)</p>	<p>Regulación compatible con lo resuelto por la CSJN en el caso "F., A.L."</p>
<p>Inexigibilidad de una autorización judicial "El Hospital y la/el médica/o tratante (...) (n)o deben ni están obligados a requerir la intervención y/o la autorización judicial"</p>	<p>"Cualquier imposición de exigencias adicionales, tales como autorización de (...) jueces u operadores jurídicos (...), representa una violación del derecho de la mujer a acceder al aborto en los casos permitidos por la ley y el ejercicio de violencia reproductiva y obstétrica en los términos de lo definido por el art . 6 inc. d y e de la Ley N° 26.485" (punto 3.2.)</p>	<p>Regulación compatible con lo resuelto por la CSJN en el, caso "F., A.L."</p>
<p>Deber de confidencialidad del profesional interviniente</p>	<p>"Al igual que en cualquier práctica médica, la práctica del aborto en los casos permitidos por la ley está protegida por el secreto profesional. Esto significa que nada de lo ocurrido en la consulta debe ser develado a otras personas (otros integrantes del equipo de salud e incluso la familia) salvo en situaciones en las que compartir esta información sea de suma importancia para la atención de la mujer. La historia clínica y toda la información contenida en ella también están protegidas por el secreto profesional. (...) "Salvo en los casos en los que la mujer lo consienta explícitamente, la consulta del profesional con el esposo, compañero/a, padre, madre o cualquier otra persona así sea para asegurar una atención segura y apropiada, constituirá una violación de la confidencialidad" (punto 6.2.2)</p>	<p>Regulación compatible con lo resuelto por la CSJN en el, caso "F., A.L."</p>
<p>Plazo</p>	<p>"La práctica de un ANP debería realizarse dentro de los,primeros 10 (diez) días siguientes a la solicitud de la mujer o quie estuviera autorizado a solicitarlo" (punto 3.3)</p>	<p>Regulación respetuosa de los derechos de la mujer. Evita dilaciones injustificadas en consonancia con lo exigido por la CSJN en el,caso "F., A.L."</p>

Objeción de conciencia "Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible. Sin embargo, la objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional, por lo que toda institución a la que se recurra para la práctica de un aborto no punible deberá en cualquier caso garantizar su realización"  
Fuente: punto 5 de las pautas de intervención en ANP, Guía Técnica nacional.

"Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica del ANP. Independientemente de la existencia de profesionales de la salud que sean objetores de conciencia, toda institución en la que se lleve a cabo la práctica de ANP debe contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a la mujer, en consonancia con el derecho de todas las personas a recibir asistencia (art. 2 inc. a) y b) de la Ley N° 26.529). Los reemplazos o sustituciones que sean necesarias para obtener dicho fin serán realizados en forma inmediata y con carácter de urgente por, las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda. Ante la ausencia de un profesional no objetor, ninguna objeción de este tipo, aunque sea fundada en los términos de este punto, puede ser invocada para eludir el deber de participar en un tratamiento que sea de carácter urgente. En ningún caso la sustitución de un profesional objetor de conciencia puede realizarse en un plazo mayor al de 5 (cinco) días contados desde la constatación de las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación.(...) La objeción de conciencia debe ser declarada, según se prevea en las reglas de cada jurisdicción, por el profesional de la salud a partir de la entrada en vigor de la presente Guía Técnica o al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento de salud correspondiente. La declaración rige tanto para su actividad en relación de dependencia pública como en su actividad privada. Las mujeres deben ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médico/a tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo". (punto 6.3.3)

Regulación compatible con lo resuelto por la CSJN en el caso "F., A.L."

Sanciones por incumplimiento de los deberes impuestos en el protocolo

"El incumplimiento de las disposiciones de la presente Guía Técnica puede dar lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes que serán impuestas por las autoridades administrativas competentes en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control" (punto 3.4) "Las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo el tratamiento por parte de los profesionales de la salud y las autoridades hospitalarias constituyen actos de responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente (punto 6.3.3)

Regulación compatible con las pautas fijadas por la CSJN en el caso "F.,A.L."

Con el apoyo de



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO  
CONTRA EL ABORTO INSEGURO