

OBSERVATORIO DE DERECHOS HUMANOS H. SENADO DE LA NACIÓN

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La democracia es el sistema de la palabra: al garantizar la libertad del decir promueve la deliberación pública, que es la que sostiene y expresa la vitalidad y fortaleza de esa democracia. Este carácter deliberativo, basado en las tensiones y diferencias que conviven legítimamente en la representación política, es el que se pone en juego toda vez que el Congreso se convierte en una verdadera caja de resonancia de los temas y problemas a los que debe enfrentarse una sociedad compleja y contradictoria como es la Argentina de hoy. En los sistemas democráticos la relación entre la ciudadanía y el gobierno se funda precisamente en ese diálogo y en la diversidad, de modo que las decisiones que se toman son o debieran ser -idealmente- un reflejo de las necesidades y de la evolución de la sociedad. En la medida en que las personas interactúan en el espacio público se convierten en ciudadanos activos que no sólo aceptan las soluciones propuestas sino que también discuten y proponen otras alternativas a esas soluciones. La evolución democrática depende de la calidad de ese debate. Tal como sucedió en la H. Cámara de Diputados con el tratamiento del proyecto de ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Fueron dos meses de intercambio de argumentos, ideas y reflexiones en torno a un tema polémico que debió esperar más de treinta años para ser debatido. Se escucharon más de 700 testimonios de expertos, médicos, religiosos, académicos, feministas, filósofos, periodistas que fundamentaron y sustentaron las diferentes posturas en pugna hasta llegar a la maratónica sesión calificada como histórica. No sólo por habilitar un tema al que se han confrontado todas las democracias desarrolladas del mundo sino por la racionalidad y el respeto con que transcurrió, con escasas manifestaciones de intolerancia. Haber encarado el debate sin estigmatizaciones ha significado un avance cultural y un progreso democrático si se acepta la definición del filósofo Richard Rorty de que el progreso es “un aumento de nuestra capacidad de

considerar un número cada vez mayor de diferencias entre las personas como irrelevantes desde el punto de vista moral”. El respeto a otros expresa siempre lo que deseamos para nosotros mismos. Nadie puede expresar libre y espontáneamente sus puntos de vista si es descalificado, avergonzado públicamente. En la medida en que vayamos logrando ese respeto estaremos disminuyendo la crueldad y el sufrimiento que innecesariamente nos proferimos.

Setenta años después de su proclamación, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, al decir del escritor y sobreviviente de los campos de concentración nazis, Elie Wiesel, se ha convertido en un texto sagrado, “una religión laica de alcance planetario”. A la par, las razones de considerar la normativa de derechos humanos como un progreso de la Humanidad tiene fundamentos históricos y pragmáticos. Aun cuando exista una distancia considerable entre los compromisos del Estado y su cumplimiento real, la experiencia histórica nos ha enseñado que cuando los seres humanos gozan de derechos defendibles menos se puede abusar de ellos. Es la primera gran lección que nos dejó a los argentinos el Terrorismo de Estado, al punto de que la Constitución reformada de 1994 hizo de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos su corazón filosófico. El Estado argentino, como miembro de las Naciones Unidas, se ha encadenado a ellos jurídicamente. Un acatamiento que ha sido un gran impulso democratizador. Los instrumentos jurídicos de los Derechos Humanos sirvieron para denunciar dentro y fuera del país los abusos del poder y ya en la consolidación democrática la mayor conciencia en relación a los derechos y el activismo de las organizaciones de la sociedad civil han potenciado fuertemente debates que estaban acallados o postergados, tal como ha sucedido con el proyecto de ley para despenalizar el aborto.

Nuestro país tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias para asegurarle a todos los argentinos el disfrute de los derechos establecidos en cada tratado que ha suscripto. A su vez, el órgano creado en virtud del tratado nos ayuda vigilando su aplicación y recomendando la adopción de determinadas medidas, como sucede con mucha de la legislación nacional surgida como consecuencia de las observaciones de esos órganos. Por otro lado, la incorporación de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos a nuestra Constitución obliga también a Argentina a someterse ante los tribunales internacionales. Uno de los principios del derecho internacional, la norma “pacta sunt servanda”, que ordena a los Estados el cumplimiento de los tratados, ha sido aceptado por la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de la cual Argentina es un Estado parte. Lo que significa que no se puede invocar el derecho interno

como justificación del no cumplimiento, como lo señala el artículo 27 de la Convención. La Carta Magna reformada, al otorgarle rango constitucional a los Tratados de Derechos Humanos, condiciona el ejercicio de todos los poderes del Estado, ya que el incumplimiento significa lisa y llanamente la violación de la Constitución misma.

A su vez, el artículo 29 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que ante un conflicto de preeminencia entre disposiciones de derecho interno e internacional en el ámbito de la protección de los derechos humanos debe elegirse aquella interpretación que amplíe y no restrinja el goce de los derechos garantizados por la Convención. Este carácter vinculante entre las naciones que suscriben los tratados es lo que le lleva al experto académico canadiense Michael Ignatieff a calificarlo como una verdadera revolución jurídica, en tanto la difusión planetaria de los derechos humanos ha significado un avance moral sobre las concepciones dogmáticas totalitarias.

Desde la adopción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, redactada en 1948, y la de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, el sistema de los Tratados se ha ido enriqueciendo con la aprobación de nuevos instrumentos y órganos que han asegurado nuevos derechos bajo un criterio evolutivo. Es lo que sucedió con los derechos de las mujeres. En 1967, la Asamblea General de las Naciones Unidas elaboró la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, basada en el principio de que “la discriminación contra la mujer es fundamentalmente injusta y constituye una ofensa a la dignidad humana”. Sin embargo, recién en 1979 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) se refirió a “las libertades fundamentales de la mujer en las esferas política, económica, social, cultural y civil o cualquier otra”. A su vez, advierte que las mujeres tienen igualdad de derecho en educación, empleo, atención médica, así como en el matrimonio y las relaciones familiares. No hay que pasar por alto que también suprime “todas las formas de trata de mujeres y explotación en la prostitución de la mujer”.

En 1993, al celebrarse la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, se dio el gran paso en el reconocimiento de los derechos de la mujer. Se estableció que la igualdad de derechos en todo ámbito existente y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el género son objetivos prioritarios de la comunidad internacional. Sólo si se aprecia lo que significó esa toma de conciencia de la ONU puede entenderse la importancia de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se realizó en 1994 en El Cairo, cuando se transformó el enfoque de las reuniones anteriores y se escuchó a las mujeres, que pusieron el acento en el derecho a decidir y controlar sus

vidas, especialmente en las cuestiones reproductivas. Aquella Conferencia puso en debate mundial el tema del aborto, con el rechazo de la Iglesia Católica a todas las cuestiones de familia, derechos sexuales y reproductivos, calificados como “equivocados”. La religión católica es la única que interviene directamente en el concierto de las naciones de la ONU mediante la presencia de la Santa Sede; con esa denominación, la jerarquía católica tiene el estatuto de Estado no miembro observador permanente, lo que le permite asistir y opinar en las sesiones de trabajo de las Naciones Unidas. En esa reunión, con excepción de Irán y Malta, todos los países lograron un consenso y aprobaron los capítulos relativos a los derechos y salud reproductiva. Tanto aquel encuentro como la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer que se realizó un año después en Beijing tuvieron un gran impacto en América Latina; mujeres feministas integraron las delegaciones oficiales de sus países por primera vez e incluso la delegación del Vaticano estuvo encabezada por una mujer, una importante jurista de Estados Unidos, Mary Ann Glendon.

Fueron esas dos conferencias mundiales, la de El Cairo y la de Beijing, las que cambiaron el discurso público en torno al aborto, que pasó a ser una cuestión de salud, y al derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo. Los gobiernos fueron obligados a comprometerse a cumplir lo acordado en ambas reuniones internacionales en relación a la salud reproductiva de las mujeres. Si bien es cierto que ya desde la década del setenta la Iglesia católica se opuso a la liberalización del aborto, es a partir de la reunión de El Cairo que comienza a sensibilizar a la opinión pública en relación a la devastación que provoca a la familia el individualismo y el materialismo de la modernidad. Reafirma su idea en relación a la maternidad como rol “natural” de la mujer, condena el control de la natalidad y cualquier intervención que altere el proceso de la vida. La teóloga norteamericana Frances Kissling, en su libro “Disidencia católica basada en la conciencia” analiza todo el proceso que atravesó la Iglesia católica en relación al aborto desde 1973, cuando en los Estados Unidos la Corte Suprema de Justicia declaró que la interrupción de un embarazo era una decisión íntima de las mujeres que el Estado no debía obstaculizar. Ese fallo impulsó la alianza anticomunista entre el Papa Karol Wojtyla y el presidente Ronald Reagan. En Polonia, la tierra de Juan Pablo II, el aborto era un derecho de las mujeres y el pontífice decidió que había que impedir esa práctica en “el mundo libre”, vinculando la sexualidad como una contraposición entre comunistas y católicos. Contrarias a esa postura asumida por la Iglesia, muchas religiosas dejaron los hábitos -tal como Kissling- y fundaron la organización “Católicas por el Derecho a Decidir”, que puso el tema de los derechos de las mujeres en el interior mismo de la Iglesia Católica, al condenar la discriminación histórica de las mujeres. Una tensión que vivieron todos los

países en los que paulatinamente se fue liberalizando la penalización del aborto, aun en aquellos con una tradición católica afianzada. Fue el caso de Italia, donde desde mediados de la década del setenta el aborto es un derecho de las mujeres. Un proceso que demoró mucho más en América Latina por el atraso en la región para instaurar la democracia. En ninguna parte del mundo existe un consenso total en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, pero se constata que en los países con mayor tradición democrática y respeto a los derechos humanos hay mayor acuerdo en relación a la despenalización del aborto, especialmente en cuestiones terapéuticas, cuando se debe salvar la vida o la salud de la mujer; éticas, por causa de una violación; y eugenésicas, cuando se detectan malformaciones irreversibles. Con consentimiento de la madre en todos los casos.

En la década de los noventa, el entonces presidente Carlos Menem aceptó la sugerencia del Vaticano y en la IV Cumbre Iberoamericana propuso a sus colegas del continente la condena explícita del aborto. Como no tuvo eco y su propuesta fue rechazada insistió con la sugerencia de que se instaure el 25 de marzo, día de la Anunciación a la Virgen, como el “Día del niño por nacer”, que se conmemora en Salvador, Costa Rica, Chile, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana y Argentina.

En nuestro país, la evolución de los derechos es una consecuencia directa del proceso democrático. En tanto en el mundo occidental los años setenta fueron la década del movimiento feminista, cuando las mujeres tiraban los corpiños en las plazas en signo de rebeldía, en Argentina ingresábamos al período más oscuro de nuestra historia. La misma fecha del 8 de marzo, instituida como Día Internacional de la Mujer por Naciones Unidas en 1975, fue vaciada de su significado de lucha y sólo recién en la última década, asociada al movimiento “Ni Una Menos”, se tornó una fecha de conmemoración masiva, como sucedió este año. Todavía iniciada la democracia, la palabra “feminista” cargaba con una connotación negativa; las reivindicaciones de igualdad se vincularon más a las demandas políticas de mayor representatividad, que derivaron en la llamada “Ley de cupo”, mientras que los “temas de género” continuaron limitados a los medios académicos, sin ningún interés para los medios de comunicación o la gran prensa. Los debates vinculados a la llamada “ideología de género”, el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, la autonomía femenina, en parte derivaron del protagonismo que adquirió en la agenda pública la violencia contra las mujeres. Ese sufrimiento silencioso, confinado a las alcobas, interpretado hasta hace no poco tiempo como cuestiones domésticas en las que el Estado no debía inmiscuirse. Sin embargo, desde que la vida

privada se hizo pública y ganaron lugar en los medios, primero como “crímenes pasionales” y hoy nombrados como lo que son -femicidios-, las cuestiones de género han ganado ese espacio público con las denuncias y la reivindicación de derechos. Si la violencia permaneció oculta, amparada por una cultura patriarcal que confinaba a las mujeres al hogar, la crianza y el cuidado de los hijos, la creciente autonomía de las mujeres y la conciencia del derecho a decidir, ya no tan sólo sobre su cuerpo sino sobre la maternidad misma, han puesto en debate los roles tradicionales. Surgieron los llamados “grupos de interés” para presionar por la igualdad de derechos en la esfera jurídica o asociaciones civiles para asistir a las mujeres en esa transformación social, especialmente en los barrios más humildes. Sin embargo, a pesar del impulso de las integrantes de la organización “Católicas por el derecho a decidir”, de una decena de dirigentes políticas y otras tantas líderes feministas, la discusión en relación al aborto debió esperar.

Más cercano en el tiempo, y por eso fácil de reconocer, el surgimiento del movimiento “Ni Una Menos” para denunciar la violencia contra las mujeres tomó las banderas tradicionales del feminismo, asociado también al surgimiento generacional de jóvenes y adolescentes, nietas de “las brujas que no pudieron quemar”, como cantan hoy en las plazas. Aquellas jóvenes simbolizan la continuidad o actualización de las reivindicaciones de la década del setenta; una profunda ruptura cultural en relación al papel tradicional de la mujer, que encontró espacio en los medios de comunicación, donde habían persistido los mitos, silencios y prejuicios que a lo largo de más de tres décadas de vida democrática impidieron un debate maduro, respetuoso, en torno a la salud reproductiva de las mujeres y postergaron la difusión de la información científica necesaria para sacar de la clandestinidad ya no tan sólo su práctica sino el mismo debate.

La conversación sobre el aborto ganó interés público; la polémica fue, en general, respetuosa y enriquecida con datos y argumentos de todos los sectores. Sin embargo, esto no alcanza si la discusión parlamentaria no va más lejos, si no se nutre de los argumentos de los expertos, de los avances de la ciencia y la bioética guiados por los principios de laicidad, científicidad y pluralismo democrático.

En todas las sociedades donde se debatió la despenalización del aborto se reconocen los mismos dilemas filosófico-jurídicos. Los avances científicos y tecnológicos han facilitado la autonomía de las mujeres para que ellas decidan sobre su propio cuerpo y su vida. Una transformación cultural que ha tenido su impacto simbólico sobre el debate que hoy asumimos. Lo que ha cambiado es la forma de pensar y vivir la maternidad y la paternidad. El enfoque moderno al que acompaña la normativa internacional de derechos

humanos, especialmente la que consagra la igualdad, conceptualizan la penalización del aborto y la falta de acceso adecuado a los servicios para la interrupción de un embarazo no deseado como una discriminación basada en el sexo, en contravención del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ratificado por la Argentina en 1986, y de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, ratificado también por nuestro país en 1985. Esa penalización, nos advierte el “Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica” de Naciones Unidas, además constituye una violación de la obligación estatal de hacer efectivo el derecho de las mujeres y niñas al nivel más alto posible de salud contenida en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por la Argentina en 1986. En algunos casos, precisan los expertos, también es una violación al derecho a la vida consagrado en el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El Grupo de Trabajo también recuerda al Estado argentino que “de acuerdo al derecho internacional de los derechos humanos, no son permisibles los argumentos religiosos para impedir la adopción de proyectos de ley porque esto violaría el derecho humano a la libertad religiosa”.

En este sentido, el proyecto en tratamiento intenta reparar los daños de la práctica clandestina e ilegal, por eso riesgosa, del aborto a la que acuden tantas mujeres en nuestro país. Resta un desafío estructural: modificar los hábitos, los mitos y los esquemas tradicionales que impiden la realización efectiva de los derechos reproductivos de las mujeres, que demandan una real y efectiva educación sexual integral que incluya la responsabilidad amorosa.

Al ingresar en la cuarta década democrática, el debate actual nos ha puesto a prueba como sociedad y a nuestra capacidad para administrar las diferencias con respeto y racionalidad, es decir, a nuestro desarrollo democrático. Para lograr compatibilizar la democracia y los derechos humanos, nos dice Ignatieff, la política debe poner más énfasis no sólo en la democracia sino también “en el constitucionalismo, el afianzamiento del equilibrio de poderes, el control judicial de las decisiones ejecutivas y la salvaguarda de los derechos de las minorías”.

En tanto el debate legislativo acerca de la interrupción voluntaria del embarazo se enmarca dentro de la normativa internacional de los derechos humanos, suscripta por nuestro país, ponemos a disposición de los senadores una información que estimamos útil para el debate. No pretendemos hacer un abordaje estrictamente jurídico, que de manera profusa y enriquecedora ya se ha expuesto desde diferentes corrientes de la doctrina.

Hemos intentado compilar brevemente en qué términos los principales instrumentos de derechos humanos se han referido a los derechos que se perciben en tensión y de qué manera la filosofía de los tratados, su evolución, nos fijan las pautas necesarias para intentar alcanzar los principios que los inspiran: la igualdad y la libertad. Con la confianza y la recomendación de un auténtico debate democrático, en el que jueguen los argumentos y se cancelen los estigmas, en beneficio de la rehabilitación de la política y las instituciones que la expresan.

NORMA MORANDINI

Directora

Observatorio de Derechos Humanos

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La interrupción voluntaria del embarazo, los alcances del derecho a la vida, el concepto de desarrollo progresivo, así como las aristas propias de los dilemas que entrañan han sido materia del derecho internacional de derechos humanos, de los órganos de tratados e incluso de los propios tribunales internacionales. El derecho internacional basado en una lógica contractual impone a los Estados que así lo han consentido derechos y obligaciones recíprocas. Esa voluntad que arraiga a los Estados a la comunidad internacional se expresa en la normativa que se deriva de su adhesión a los diferentes instrumentos internacionales, tanto como en la manera en que éstos encarnan en prácticas políticas. Aquella lógica, sin embargo, sobre todo al promediar el siglo XX, fue dando lugar a una transición entre el llamado “derecho de los Estados” a un nuevo “derecho de gentes”, por el cual gana terreno la titularidad jurídica internacional de la persona humana; los individuos ya no son concebidos como meros receptores de derechos concedidos por el Estado sino que ejercen derechos emanados del derecho internacional, que los reconoce como inherentes a la persona. De allí que la acción de su protección no pueda, de modo alguno, limitarse a la acción del Estado. La denominada “constitucionalización” del derecho internacional de derechos humanos forjó un orden público en el que hoy gravitan los órganos de tratados y los tribunales internacionales, intérpretes necesarios y responsables de determinar el carácter y la intensidad de las obligaciones asumidas por los Estados, así como de vigilar su cumplimiento y señalar aquellas violaciones que generan responsabilidad.

Reglas de interpretación

La Convención sobre el Derecho de los Tratados (1969), o Convención de Viena, aprobada por la República Argentina en 1972 mediante la Ley N° 19.865, codificó las reglas de interpretación de los tratados internacionales. Su **artículo 31** establece, en primer lugar, que “un tratado deberá interpretarse de buena fe conforme al sentido corriente que haya de atribuirse a los términos del tratado en el contexto de éstos y teniendo en cuenta su objeto y fin”, al tiempo que advierte que “se dará a un término un sentido especial si consta que tal fue la intención de las partes”.

A los efectos de la interpretación se comprenderá, además del texto, su preámbulo y anexos, todo acuerdo que se refiera al tratado y haya sido concertado entre todas las

partes con motivo de su celebración, así como todo instrumento formulado por una o más partes con motivo de la celebración del tratado y aceptado por las demás como instrumento referente al tratado. Definido el contexto en su dependencia lógica, habrá de tenerse en cuenta:

- “a) Todo acuerdo ulterior entre las partes acerca de la interpretación del tratado o de la aplicación de sus disposiciones;
- b) Toda práctica ulteriormente seguida en la aplicación del tratado por el cual conste el acuerdo de las partes acerca de la interpretación del tratado;
- c) Toda norma pertinente de derecho internacional aplicable en las relaciones entre las partes”.

En el mismo sentido, la Convención de Viena incorpora medios complementarios de interpretación en su **artículo 32**: “Se podrá acudir a medios de interpretación complementarios, en particular a los trabajos preparatorios del tratado y a las circunstancias de su celebración, para confirmar el sentido resultante de la aplicación del artículo 31, o para determinar el sentido cuando la interpretación dada de conformidad con el artículo 31:

- a) Deje ambiguo u oscuro el sentido; o
- b) Conduzca a un resultado manifiestamente absurdo o irrazonable”.

La jurisprudencia de la Corte Internacional de Justicia avala expresamente lo asentado por la Convención de Viena. En su opinión consultiva sobre la Competencia de la Asamblea General para la admisión de un Estado en las Naciones Unidas, la Corte expresó la regla básica de interpretación:

“La primera obligación de un tribunal al que incumba interpretar y aplicar las disposiciones de un tratado es tratar de darles efecto conforme a su sentido natural y corriente en el contexto en que aparecen. Si las palabras pertinentes, cuando se les atribuye su significado natural y corriente, tienen sentido en su contexto no hay que investigar más. Por el contrario, si las palabras, cuando se les atribuye su significación natural y ordinario, son equívocas o conducen a resultados irracionales, es entonces -solamente entonces- cuando la Corte debe buscar, a través de otros métodos, lo que en realidad las partes tenían en mente cuando se sirvieron de la terminología consagrada en el tratado”. (Corte Internacional de Justicia, sentencia sobre el “Asunto Ambatielos”, Recueil, La Haya, 1952).

El aborto en el derecho internacional de derechos humanos

La interrupción voluntaria del embarazo, como tal, no se menciona de manera explícita en los tratados internacionales de derechos humanos. Sin embargo, de ningún modo puede interpretarse que se trata de una materia extraña a ese corpus jurídico. Por el contrario, la consagración del derecho a la vida y a la salud, así como los derechos de las mujeres, conforman puntos neurálgicos de los principales instrumentos de derechos humanos, interpretados -ya sí en situaciones concretas- por los órganos de tratados y por los tribunales internacionales.

Luego de la Reforma de 1994, Argentina otorgó status constitucional (art. 75; inciso 22) y por tanto la máxima jerarquía normativa a los Tratados Internacionales de Derechos Humanos. Así lo ha reafirmado la Corte Suprema de Justicia al señalar que “la armonía o concordancia entre los tratados y la Constitución es un juicio constituyente”, y por consiguiente “que, de tal modo, los tratados complementan las normas constitucionales sobre derechos y garantías (parte dogmática), y lo mismo cabe predicar respecto de las disposiciones contenidas en la parte orgánica de la Constitución (...). Por el contrario, debe interpretarse que las cláusulas constitucionales y las de los tratados tienen la misma jerarquía, son complementarias y, por lo tanto, no pueden desplazarse o destruirse recíprocamente”¹.

SISTEMA UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

Considerado como uno de los pilares del moderno sistema universal de derechos humanos, la DUDH establece en su artículo 1º que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. En su artículo 3 se manifiesta de manera taxativa el derecho a la vida del individuo:

Artículo 3.

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

¹ Sentencias CSJN "Monges", cit., considerando 22 del voto de la mayoría, y "Ministerio de Cultura y Educación de la Nación", cit., considerando 23, párrs. 2º y 3º, del voto de la mayoría, entre otras.

Los trabajos preparatorios de la Declaración anticiparon debates como el vigente en relación al momento en que se inviste de dignidad y derechos al ser humano. ¿Es el nacimiento el hecho que así lo impone o, por el contrario, el reconocimiento de derechos lo precede? Efectivamente, en aquel momento se discutió la inclusión de la voz “nacen”; sin ahondar en las diferentes argumentaciones éstas giraron en torno a quienes propugnaban el carácter innato de los derechos y quienes pretendían excluir la alusión al “nacimiento” en esos términos a fin de establecer que los derechos comenzaban desde la concepción. Esta propuesta, que le reconocería el trato de persona al no nacido, fue finalmente rechazada.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)

Aprobado por nuestro país mediante Ley N° 23.313, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) replica la cuestión del comienzo de la persona humana. En su artículo 6.1 dice:

“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

También en este caso, durante los trabajos preparatorios se propuso incluir que el derecho a vida se reconocía desde el momento de la concepción; sin embargo, como sucedió en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la enmienda no prosperó². En el mismo sentido se ha interpretado que en tanto el artículo 6.5 del Pacto dispone la prohibición de ejecutar a mujeres en estado de gravidez, la protección de la vida del artículo 6.1 no incluye al no nacido porque si así fuera carecería de sentido, por redundante, esa prohibición.

Respecto del derecho a la vida, el Comité de Derechos Humanos en su “**Observación General N°. 6**” advierte que “ha sido con mucha frecuencia interpretado en forma excesivamente restrictiva. La expresión ‘el derecho a la vida es inherente a la persona humana’ no puede entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas”.

² Copelon, R., Zampas, C., Brusie, E., Devore, J. 2005. Human Rights Begin at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights. *Reproductive Health Matters*, 13(26): 120-129. BCN. (2015a). El aborto en el derecho internacional de los derechos humanos. Elaborado por Matías Meza- Lopehandía. Disponible en: <http://bcn.cl/1y3nb> (octubre, 2016).

En concreto, en relación al aborto, es necesario revisar cómo se ha expresado en este sentido y a lo largo del tiempo el Comité de Derechos Humanos, en tanto órgano responsable de vigilar la aplicación del Pacto. Así, puede leerse en su **Observación General N° 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres**, que se insta a los Estados, “al presentar informes sobre el derecho a la vida, amparado en el artículo 6” (...), a proporcionar información sobre las medidas que hubiesen adoptado para ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida”.

A fin de evaluar los efectos de las leyes y prácticas que obstaculicen el ejercicio de la vida privada de las mujeres en pie de igualdad con los hombres se afirma que constituye un ejemplo de esta situación, entre otras, “cuando se tiene en cuenta la vida sexual de una mujer al decidir el alcance de sus derechos y de la protección que le ofrece la ley, incluida la protección contra la violación” o “cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos”.

En sus **Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de la Argentina**, en el año 2016, el Comité de Derechos Humanos expresó respecto a la interrupción voluntaria del embarazo:

“11. El Comité nota con satisfacción la decisión de la Corte Suprema de Justicia (caso F., A.L. s/ medida autosatisfactiva, 2012) en que se reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley incluyendo cuando el embarazo es producto de una violación sexual, sin importar la capacidad intelectual o psicosocial de la mujer. Al Comité le preocupa, sin embargo, que la aplicación de dicha decisión no sea uniforme en el Estado parte y que el aborto legal resulte, muchas veces, inaccesible por la falta de instrumentación de protocolos médicos, del ejercicio individual de objeción de conciencia por parte de los trabajadores de la salud u otros obstáculos de facto. El Comité expresa su preocupación por el ‘caso de Belén’, en que se utilizó la figura del delito de homicidio agravado para una supuesta alegación de aborto ilegal y por que la acusada esté todavía privada de libertad. El Comité también está preocupado por los altos índices de abortos clandestinos que han resultado en

mortalidad materna, así como por los embarazos de adolescentes (arts. 3, 6, 7 y 17)”.

En el mismo informe, el Comité insta a nuestro país a revisar la legislación en los siguientes términos:

“12. El Estado parte debe revisar su legislación sobre el aborto, incluyendo su legislación criminal, en particular mediante la introducción de excepciones adicionales a la prohibición del aborto, inclusive cuando el embarazo es producto de una violación sexual, sin importar la capacidad intelectual o psicosocial de la mujer. El Estado parte debe, asimismo, asegurar que todas las mujeres y niñas puedan acceder a los servicios de salud reproductiva en todas las regiones del país y que las barreras legales, el ejercicio de objeción de conciencia por parte de los trabajadores de la salud y la falta de protocolos médicos no obliguen a las mujeres a recurrir al aborto clandestino que pone su vida y su salud en riesgo. El Estado debe revisar el ‘caso de Belén’, a la luz de los estándares internacionales en la materia, con miras a su inmediata liberación, y a la luz de este caso, considerar la descriminalización del aborto. Asimismo, el Estado parte debe multiplicar y asegurar la aplicación de programas de educación y sensibilización a nivel formal (escuelas y colegios públicos y privados) e informal (medios de comunicación y otros) sobre la importancia del uso de anticonceptivos y los derechos a la salud sexual y reproductiva”.

Así, el Comité reiteraba el criterio expresado en las **Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Argentina**, presentado en 2010, en el que había manifestado “su preocupación por la legislación restrictiva del aborto contenida en el artículo 86 del Código Penal, así como por la inconsistente interpretación por parte de los tribunales de las causales de no punibilidad contenidas en dicho artículo (arts. 3 y 6 del Pacto)”.

En relación a las obligaciones del Estado decía:

“El Estado parte debe modificar su legislación de forma que la misma ayude efectivamente a las mujeres a evitar embarazos no deseados y que éstas no tengan que recurrir a abortos clandestinos que podrían poner en peligro sus

vidas. El Estado debe igualmente adoptar medidas para la capacitación de jueces y personal de salud sobre el alcance del artículo 86 del Código Penal”.

Diez años antes, frente al tercer informe periódico y en particular respecto de los derechos relacionados con la salud reproductiva, el **órgano internacional había expresado**:

“Preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite, por ejemplo, cuando existe un claro riesgo para la salud de la madre o cuando el embarazo resulta de la violación de una mujer con discapacidad mental. El Comité expresa también su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado. El Comité recomienda que el Estado Parte tome medidas para aplicar la Ley de salud reproductiva y procreación responsable de julio de 2000, gracias a la cual se dará asesoramiento sobre planificación familiar y se dispensarán contraceptivos con objeto de ofrecer a la mujer verdaderas alternativas. El Comité recomienda además que se reexaminen periódicamente las leyes y las políticas en materia de planificación familiar. Las mujeres deben poder recurrir a los métodos de planificación familiar y al procedimiento de esterilización y, en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención. Se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación”.

En esta línea retrospectiva, al desandar las Observaciones del Comité de Derechos Humanos en virtud de los informes periódicos presentados por nuestro país, puede advertirse no sólo la reiteración de las recomendaciones -lo que denota su incumplimiento- sino incluso de qué manera las más recientes ya no sólo se restringen a exigir que el Estado garantice las condiciones para que se concrete la interrupción del embarazo en los casos previstos en el Código Penal sino que avanzan en la necesidad de que Argentina revise su legislación a fin de evitar embarazos no deseados y a considerar la descriminalización del aborto.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Argentina aprobó mediante Ley N° 23.313, en el año 1986, junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con jerarquía constitucional. En particular, en su artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales precisa en sus **Observación General N° 14**: “El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”. Respecto de la disposición relativa a la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños (art. 12.2) “se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información”.

Del mismo modo, y en relación a la mujer, el Comité enfatiza: “Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante

adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos”.

En diferentes Observaciones finales el Comité ha advertido que las legislación restrictiva an materia de aborto se encuentra vinculada a las altas tasas de mortalidad materna. Al examinar el informe presentado por Argentina en 2011, reiteró su preocupación por “la insuficiencia de los servicios de salud reproductiva para las jóvenes y las mujeres en el Estado parte, lo que ha dado lugar a tasas de mortalidad materna elevadas y en general a altas tasas de embarazo en la adolescencia (E/C.12/1/Add.8, párr. 24). Además, observa en particular grandes disparidades entre las distintas provincias. El Comité también observa con preocupación que los abortos no medicalizados siguen siendo una de las principales causas de la mortalidad materna (arts. 10 y 12)”. En estos términos emitió, entonces, su recomendación:

“El Comité insta al Estado parte a velar por que la Ley sobre la salud sexual y reproductiva se aplique en todas las provincias y por que se garantice a todas las personas, especialmente a los adolescentes, acceso a educación y servicios completos de salud sexual y reproductiva, con el fin de, entre otras cosas, reducir las elevadas tasas de mortalidad materna. El Comité recomienda que el Estado parte ponga en marcha programas para mejorar la sensibilización de la población a la salud sexual y reproductiva. También recomienda al Estado parte que adopte las medidas necesarias para garantizar el acceso al aborto legal, a fin de reducir el número de muertes maternas evitables, y que garantice el acceso a instalaciones, suministros y servicios de salud para reducir los riesgos previos y posteriores al aborto”.

Convención de Derechos del Niño (1989)

La Convención de Derechos del Niños es el primer tratado internacional, de carácter universal, que se refiere expresamente al deber de proteger a un ser humano aun antes del nacimiento. En su preámbulo establece que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”.

El sentido literal expuesto, sin embargo, no ha resultado inequívoco. Por tal razón es necesario, para ser reafirmado, que se contraste tanto con los trabajos preparatorios de la

Convención como con las interpretaciones suscriptas por su órgano rector, el Comité de los Derechos del Niño.

Respecto de los trabajos preparatorios, la bibliografía da cuenta de que la frase incorporada en el Preámbulo, a instancias de la Santa Sede, fue alentada por diferentes países que contaban en sus legislaciones nacionales con preceptos que incluían la protección de los nonatos. No obstante, esos países advirtieron que esa cláusula no implicaba la prohibición absoluta del aborto, sobre todo considerando que muchos de ellos lo habían previsto cuando, por ejemplo corría peligro, la salud de la madre. La definición del concepto de “niñez” se enmarca en esa discusión, entre aquellos que postulaban la idea de que ésta comenzaba desde la concepción y quienes, por el contrario, señalaban su inicio en el nacimiento. El artículo 1 de la Convención revela que esa tensión permaneció irresuelta, en tanto se definió como “niño” a “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

Al incorporarse aquel concepto en el Preámbulo el Grupo de Trabajo responsable de redactar el proyecto de Convención insertó en los trabajos preparatorios la siguiente declaración:

“Al aprobar este párrafo del preámbulo, el Grupo de Trabajo no pretende dar un juicio previo sobre la interpretación del artículo 1 o de cualquier otra disposición de la Convención por los Estados Partes (CDH, 1989: párr. 43)”.

Esta neutralidad que parece haberse impuesto en la redacción de la Convención respecto de la posibilidad del aborto se ratifica al leer al artículo 24.d) que obliga a los Estados Partes a asegurar la plena aplicación del derecho a la salud y, en particular, a adoptar las medidas apropiadas para: “Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres”. Se elude así atribuir de manera directa el derecho al nonato sino que su salud es protegida a través de la atención prenatal a la madre. De todas maneras, ese carácter neutral ha sido relativizado por aquellos expertos en derecho que interpretan que el lenguaje preambular no puede imponerse sobre el lenguaje operativo del artículo 1 y, por tanto, consideran que la protección legal del ser humano empieza con un nacimiento vivo³.

³ Cook y Dickens, “Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform,” p. 24.

A fin de esclarecer si la protección del feto en tanto niño por nacer implica necesariamente una prohibición absoluta del aborto debe indagarse las observaciones generales y las recomendaciones específicas emitidas por el Comité de Derechos del Niño.

En su **Observación General N° 4 (2003)**, sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, el Comité expresó:

“31. Los niños y adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes. Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo. El Comité insta a los Estados Partes a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y c) elaborar políticas que permitan continuar su educación”.

En esta Observación, el Comité de Derechos del Niño deja en evidencia que no concibe una protección absoluta del feto. De otro modo no podría instar a los Estados a garantizar “prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley”. Resta en este sentido precisar la opinión del Comité cuando aquellas prácticas no son legales y qué causales deberían ser incorporadas en el ordenamiento jurídico. Entre los países de la región puede citarse el caso de Chile, que ha recibido sucesivas advertencias del Comité respecto de la incidencia del aborto ilegal de adolescentes en la mortalidad materna. En 2007, luego de examinar el segundo informe periódico de ese país, el Comité exhortó “al Estado Parte a revisar su postura de penalización de la interrupción del embarazo en toda circunstancia, incluso en los casos de violación, incesto y situaciones en que corre peligro la vida de la madre”. En el mismo sentido se expresó respecto de Nicaragua, en

el año 2010: “58. Al Comité le preocupan profundamente los elevados índices de malos tratos y descuido de niños, incluidos los abusos sexuales, y de violencia doméstica y de género denunciados a las Comisarías de la Mujer, Niños y Adolescentes. Le inquieta en particular el gran número de casos de violaciones y abusos sexuales de niñas por familiares y que el Código Penal haya eliminado la posibilidad de abortar, en particular a las niñas embarazadas víctimas de violación e incesto”. En esa línea instó al Estado a que “derogue los artículos del Código Penal que penalizan el aborto y garantice que las niñas no estén sujetas sanciones penales por tratar de abortar o abortar en ninguna circunstancia”.

El Comité de Derechos del Niño también manifestó su preocupación en relación a la salud de los adolescentes en Costa Rica, luego de evaluar en 2011 su cuarto informe periódico, al señalar “la falta de acceso al aborto legal, la carencia de directrices para informar a los médicos acerca de cuándo pueden practicar legalmente un aborto, la elevada tasa de abortos practicados en condiciones de riesgo y la falta de atención adecuada después de un aborto”. En sus recomendaciones el Comité solicitó que el Estado Parte: “c) Adopte directrices en que se informe a los médicos cuándo pueden practicar legalmente un aborto en caso de riesgo para la vida y la salud de la madre y se les aclare que la excepción al artículo 121 del Código Penal relativa a la salud se aplica, entre otras cosas, a los embarazos resultantes de la violencia sexual y a los embarazos en que el feto tenga malformaciones graves, y garantice el derecho de las mujeres y adolescentes embarazadas a recurrir las decisiones de los médicos; d) Amplíe el aborto legal a los casos de violación y violencia sexual intrafamiliar y mejore en los hospitales públicos la disponibilidad y la calidad de la atención posterior al aborto”.

Se advierte en los sucesivos informes del Comité de Derechos del Niño su recomendación explícita de legalizar el aborto para casos de violación, incesto, y peligro para la salud de la progenitora, en especial atención a la integridad física y psíquica de las niñas y adolescentes.

Respecto de **Argentina**, al examinar en el año 2010 los informes periódicos tercero y cuarto combinados que presentó nuestro país, el Comité expresó su preocupación “por el elevado porcentaje de mortalidad materna, especialmente de adolescentes, causada por un aborto (28,31% en 2005) y por los prolongados procedimientos de interrupción legal del embarazo resultante de una violación, prevista en el artículo 86 del Código Penal”.

En relación al aborto, recomendó al Estado que: “d) Adopte medidas urgentes para reducir la mortalidad materna relacionadas con el aborto, en particular velando por que la profesión médica conozca y practique el aborto no punible, especialmente en el caso de las niñas y mujeres víctimas de violación, sin intervención de los tribunales y a petición de ellas; e) Enmiende el artículo 86 del Código Penal en el ámbito nacional para prevenir las disparidades en la legislación provincial vigente y en la nueva en lo que respecta al aborto legal; y f) Solicite asistencia técnica al UNICEF y a la Organización Mundial de la Salud, entre otras entidades”.

Este año, el Comité debió revisar los quinto y sexto informes periódicos presentados por nuestro país. En el proceso de evaluación, distintas organizaciones de la sociedad civil⁴ elevaron un Informe conjunto sobre “El acceso al aborto en Argentina”, en el que se expone, con datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en base a egresos hospitalarios por diagnóstico de 2013, que ese año se registraron 48.701 egresos por aborto. Sólo 362 se codificaron como abortos legales, menos del 1%. Del total, alrededor del 18% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años y alrededor del 46% a mujeres de entre 20 y 29 años. En la última década, la mortalidad por aborto aumentó en las mujeres menores de 15 años y las mujeres muertas por abortos fueron más jóvenes que quienes fallecieron por otras causas vinculadas a la maternidad. Al no disponer de un sistema de estadística de abortos legales se advierte que “las limitaciones de esta fuente están dadas por su temporalidad, porque sólo incluye las niñas, adolescentes y mujeres que fueron internadas, por las previsiones que toman los equipos de salud al registrar dadas las sanciones sociales, entre otras”. También con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, el informe de las organizaciones advierte que “desde 1980, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa individual de mortalidad materna y, desde la recuperación de la democracia, han muerto 3030 mujeres por esta causa. Considerando las estadísticas oficiales, el número de mujeres fallecidas por abortos inseguros en el quinquenio 2011-2015 asciende a 254 lo que implica un promedio de 51 mujeres fallecidas por esta causa por año. Estos datos muestran que el 18% del total de muertes maternas entre 2011 y 2015 derivaron de abortos inseguros.

⁴ Asociación Católicas por el Derecho a Decidir- Argentina (CDD), Asociación Lola Mora, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Centro de la Mujer (CEDEM), Centro Intercambio y servicios Cono Sur Córdoba (CISCOSA), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM-Argentina), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, Mujeres por Mujeres, Mujeres Autoconvocadas de Trelew.

Además, la Argentina ha reconocido que ‘la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción’, por lo que incluso sus cifras oficiales no representan el total de mujeres y niñas que han perdido la vida”.

Examinada la presentación de Argentina y ponderados los aportes de las organizaciones de la sociedad civil con sus denominados “informes sombra” -como el citado-, el Comité de Derechos del Niño expresó respecto de las barreras para acceder a la educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva, en un contexto de altos índices de mortalidad materna entre las adolescentes, que el Estado debe asegurar la obligatoriedad de la educación sexual integral en las escuelas, con especial atención en la prevención del embarazo precoz y de las infecciones de transmisión sexual. En esa línea, se insta al Estado argentino a que “garantice el acceso a servicios de aborto seguro y atención post-aborto para adolescentes, garantizando que sus opiniones sean siempre escuchadas y se tengan debidamente en cuenta como parte del proceso de toma de decisiones”.

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)

Adoptada en diciembre de 1979 por Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) reafirma los derechos civiles y políticos de las mujeres y establece las obligaciones de los Estados para garantizar la plena igualdad de derechos y su ejercicio efectivo en todos los ámbitos de la vida pública y privada, a fin de desterrar la discriminación estructural e histórica que atenta contra esa igualdad. Entre los derechos de las mujeres enunciados en su artículo 16 inciso e) se cuenta el de “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”. Al respecto, en las **Recomendaciones Generales adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer** en su 13º período de sesiones, 1994, afirma:

“21. Las obligaciones de la mujer de tener hijos y criarlos afectan a su derecho a la educación, al empleo y a otras actividades referentes a su desarrollo personal, además de imponerle una carga de trabajo injusta. El número y espaciamiento de los hijos repercuten de forma análoga en su vida y también afectan su salud física y mental, así como la de sus hijos. Por estas razones, la mujer tiene derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos que tiene.

22) En algunos informes se revelan prácticas coercitivas que tienen graves consecuencias para la mujer, como el embarazo, el aborto o la esterilización forzados. La decisión de tener hijos, si bien de preferencia debe adoptarse en consulta con el cónyuge o el compañero, no debe, sin embargo, estar limitada por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno. A fin de adoptar una decisión con conocimiento de causa respecto de medidas anticonceptivas seguras y fiables, las mujeres deben tener información acerca de las medidas anticonceptivas y su uso, así como garantías de recibir educación sexual y servicios de planificación de la familia, según dispone el inciso h) del artículo 10 de la Convención.

23) Hay amplio acuerdo en que cuando se dispone libremente de medidas apropiadas para la regulación voluntaria de la fecundidad, mejoran la salud, el desarrollo y el bienestar de todas las personas de la familia. Además, estos servicios mejoran la calidad general de la vida y la salud de la población, y la regulación voluntaria del crecimiento demográfico ayuda a conservar el medio ambiente y a alcanzar un desarrollo económico y social duradero”.

En su **Recomendación General Nº 19**, en relación a la “Violencia contra la Mujer” el Comité manifiesta la necesidad de que “los Estados Partes aseguren que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad”. En el mismo sentido, en su **Recomendación General Nº 24** insta a los Estados a: “Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el

aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue suscripta por nuestro país el 17 de julio de 1980, aprobada por Ley N° 23.179 y goza de jerarquía constitucional luego de la reforma de 1994 (art. 75 inc. 22). En marzo de 2007, Argentina depositó ante la ONU el instrumento de ratificación de la Ley N° 26.171, por la que se aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Examinados, en el año 2002, los cuartos y quintos informes periódicos de **Argentina**, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer expresaba ya entonces su preocupación por “la alta tasa de mortalidad materna y que, con el creciente deterioro de los servicios de salud, las mujeres, y en particular las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, se vean desprotegidas de su derecho a la atención integral a la salud, en particular, la salud sexual y reproductiva. (...) El Comité recomienda que el Estado parte garantice el acceso de las mujeres a los servicios de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y que adopte las medidas necesarias para reducir la alta tasa de mortalidad materna. El Comité le recomienda también que preste especial atención a la prevención del VIH/SIDA y a la lucha contra él”.

Dos años después, en virtud del informe de seguimiento del quinto informe periódico presentado por nuestro país, el Comité reiteró su preocupación en estos términos: “Si bien celebra el establecimiento del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, al Comité le preocupa la falta de información sobre los esfuerzos del Estado Parte por evaluar la eficacia de dicho Programa. El Comité expresa también su preocupación por la elevada tasa de embarazo de adolescentes, por la elevada tasa de mortalidad materna, la tercera parte de la cual se debe a los abortos ilegales, y por el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Al Comité también le preocupa que la crisis esté teniendo una incidencia negativa en el acceso de las mujeres y las adolescentes a servicios completos de salud, en particular en lo tocante a la salud reproductiva y sexual. El Comité insta al Estado Parte a que vele por asegurar que en el momento actual se garantice a las mujeres y las adolescentes el acceso a los servicios de salud, en particular de salud reproductiva y sexual. Exhorta al Estado Parte a asegurar que en todas las escuelas se imparta educación en materia de

salud sexual y reproductiva. Asimismo insta al Estado Parte a que tome todas las medidas necesarias para reducir la elevada tasa de mortalidad materna, así como la tasa de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, entre las mujeres. El Comité pide al Estado Parte que en su próximo informe periódico incluya información completa sobre la evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”.

En su sexto informe periódico presentado por Argentina en el año 2008, en virtud del artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, nuestro país informaba respecto del período 2004-2007 que: “La puesta en marcha de la Ley Nacional N° 25.673 que crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y del Decreto Reglamentario N° 1.282/2003, del Poder Ejecutivo Nacional, representa un adelanto efectivo en la consecución del respeto a los derechos humanos de las personas, promoviendo la disminución de la mortalidad materna, el número de hospitalizaciones por aborto y la tasa de fecundidad adolescente. Su importancia reside en enfatizar el cuidado de la salud basándose en la prevención, el abastecimiento de manera gratuita y universal de métodos anticonceptivos, el acceso a la información y a la consejería a nivel nacional y provincial, la detección precoz del cáncer de cuello uterino y de mama, el estímulo a la participación femenina en las decisiones concernientes a su salud, a la calidad de la atención y de su cobertura”. En el marco del Programa se destaca la distribución de la “Guía Técnica para la Atención de los Abortos No Punibles” al sector salud, que indica los procedimientos clínicos y quirúrgicos recomendados por la OMS para la interrupción de un embarazo, incluido el aborto con medicamentos. “El documento apunta a clarificar la aplicación de la Ley (artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal), ‘no es necesaria la autorización judicial’ en los casos en que las mujeres solicitan un aborto en los términos permitidos por la ley”, se especifica. Respecto a la mortalidad materna y en base a las Estadísticas Vitales publicadas por el Ministerio de Salud, Argentina advertía que “el grupo de las causas obstétricas directas representan al 52% (entre las que se incluyen: trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto, hemorragia postparto, sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio y otras causas directas). La tercera parte tiene como causa el aborto (29%). Las causas indirectas, por su parte, representan al 19% de los casos. Las causas obstétricas directas están estrechamente relacionadas con el embarazo y el parto y obedecen a problemas ligados a la cobertura

de la atención y a la calidad de los servicios de salud: la planificación familiar, la atención prenatal y la capacidad resolutoria de los servicios para las hemorragias, las sepsis y las complicaciones de abortos.”

En sus Observaciones finales sobre dicho Informe, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer expresó que “si bien aprecia la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, de ámbito nacional, y la publicación, en el marco de ese programa, de la ‘Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles’ destinada a clarificar algunos aspectos del artículo 86 del Código Penal, observa que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva sigue constituyendo un grave problema para las mujeres argentinas. El Comité manifestó además su preocupación por la elevada tasa de embarazos entre las adolescentes y la elevada tasa de mortalidad materna, que en una tercera parte tiene como causa el aborto ilegal”. En sus recomendaciones: **“El Comité insta al Estado parte a que asegure el acceso de las mujeres y las adolescentes a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, y a que vele por que se imparta educación sobre la salud sexual y reproductiva en todas las escuelas a todos los niveles, según corresponda. El Comité insta también al Estado parte a que adopte todas las medidas necesarias para reducir aún más la elevada tasa de mortalidad materna. El Comité insta además al Estado parte a que revise la legislación vigente que penaliza el aborto, que tiene graves consecuencias para la salud y la vida de las mujeres. El Estado parte debe asegurarse de que la “Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles”, se aplique en todo el país de manera uniforme de modo que exista un acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir el embarazo”.**

En el año 2015, al presentar su séptimo informe periódico nuestro país hizo alusión directa a la cuestión del aborto al citar, entre las prioridades del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación la prevención del embarazo no planificado; la disminución de los egresos hospitalarios por aborto, especialmente en la población adolescente; y la reducción de la morbilidad materna por aborto. Al respecto citó el Informe Argentino 2012 sobre Objetivos de Desarrollo del Milenio, elaborado por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, dependiente de Presidencia de la Nación, en el que se afirmaba que “la tasa de mortalidad materna (TMM) constituye un indicador clave para evaluar el nivel de equidad y desarrollo humano de una sociedad. Ello se debe, en buena medida, a la confluencia de una multiplicidad de factores que deben ocurrir para garantizar a las

mujeres una maternidad segura. Entre estos factores puede mencionarse el acceso a una atención médica de calidad en las distintas etapas vitales, el mantenimiento de una adecuada nutrición y el acceso a métodos seguros y efectivos de regulación de la fecundidad⁵. (...) Las causas históricas más relevantes en Argentina se vinculan a condiciones de pobreza que determinan la falta de acceso a métodos anticonceptivos e insuficiente información sobre salud sexual y procreación. El aborto se destaca como una de las principales causas de muerte materna, representando el 21,0% del total de las defunciones registradas en el año 2010. Este fenómeno se agrava en los sectores de bajos recursos, en los cuales este procedimiento resulta más riesgoso, debido a las precarias condiciones en las que se los realiza”.

Al evaluar el Informe, el Comité reiteró en sus Observaciones finales su beneplácito por las medidas adoptadas en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; sin embargo, advirtió: “Preocupa profundamente al Comité el estancamiento de la tasa de mortalidad materna, debido, entre otras cosas, a los abortos practicados en condiciones de riesgo; el limitado acceso al aborto legal, en contravención de la legislación y de la decisión adoptada por la Corte Suprema de Justicia en 2012; la frecuente negativa de médicos a practicar un aborto por razones de conciencia; y los casos de enjuiciamientos contra las mujeres que se han sometido a abortos”. Por tales razones, el Comité insta al Estado parte a que:

- “a) Reduzca la tasa de mortalidad materna, garantizando que las mujeres tengan acceso a servicios apropiados (incluidos servicios obstétricos de urgencia) en relación con el embarazo, como atención prenatal, de maternidad y postnatal, y aumente las partidas presupuestarias para la prestación de servicios ginecológicos y obstétricos en las zonas rurales y apartadas;**
- b) Inicie procedimientos de rendición de cuentas para velar por que todas las provincias aprueben protocolos sobre la práctica del aborto no punible, en consonancia con la decisión de la Corte Suprema de Justicia de 2012 y el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo;**
- c) Vele por que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto legal y sin riesgo y de atención posterior al aborto, y defina y aplique requisitos estrictos de justificación para prevenir el uso general de la objeción de conciencia por**

⁵ Fuente: <http://www.politicassociales.gov.ar/odm/PDF/IP2012.pdf>.

los médicos que se niegan a practicar abortos, considerando en particular los casos de embarazo temprano como consecuencia de violación o incesto que pueden equivaler a tortura;

d) Acelere la aprobación del proyecto de ley relativo a la interrupción voluntaria del embarazo aumentando el acceso legal al aborto, no solo en los casos de violación y de riesgo para la vida o la salud de la madre, sino también en otras circunstancias, como en los casos de incesto y riesgo de graves malformaciones del feto”.

Al revisar las recomendaciones y observaciones del Comité CEDAW, no sólo respecto de nuestro país sino de otros Estados de la región, se advierte que si bien no hay una definición expresa o literal respecto del aborto como un derecho, sí se registra con claridad su especial atención al grado de incidencia de los abortos clandestinos o realizados en situación de riesgo en los altos índices de mortalidad materna. Se trata, en la perspectiva expuesta por el Comité, de una vulneración del derecho de las mujeres a la vida. Se reitera en sus informes su preocupación respecto de las barreras impuestas a las mujeres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva eficientes y se insta a los Estados a revisar la legislación restrictiva en esta materia, en tanto aquella que no admite causal alguna para acceder a un aborto seguro obliga a las mujeres a recurrir a servicios ilegales que ponen en riesgo su vida. Particularmente respecto de los casos de violación, incesto y riesgo para la salud o vida de la madre, el Comité ha recomendado explícitamente se garantice a todas las mujeres el servicio de aborto seguro.

Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes (1984)

Adoptada en 1984, en vigor desde el año 1987 y ratificada por nuestro país mediante Ley N° 23.338, la Convención protege el derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, tal como lo establece el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El Comité contra la Tortura, en tanto órgano de supervisión, ha expresado que la penalización del aborto puede conducir a situaciones incompatibles con el derecho protegido por la Convención. El maltrato y la humillación en entornos institucionales; las esterilizaciones y abortos forzosos; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, así como las

denuncias a mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto son violaciones del derecho a no ser sometido a torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, expresaba en el Informe presentado en el marco del 31º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, en 2016:

“El aborto practicado en condiciones de riesgo ocupa el tercer lugar entre las principales causas de muerte materna en todo el mundo⁶. Cuando el aborto está restringido por ley, la mortalidad materna aumenta, pues las mujeres se ven obligadas a someterse a abortos clandestinos en condiciones peligrosas y antihigiénicas. También aparecen consecuencias físicas y psicológicas a corto y largo plazo cuando las mujeres se someten a abortos en condiciones de riesgo y cuando se ven obligadas a llevar el embarazo a término contra su voluntad (A/66/254). Estas políticas restrictivas tienen unas repercusiones desproporcionadas en las mujeres y niñas marginadas y desfavorecidas. La existencia de leyes muy restrictivas, que prohíben los abortos incluso en casos de incesto, violación, deficiencia fetal o cuando está en riesgo la vida o la salud de la madre, vulneran el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tortura o malos tratos (A/HRC/22/53 y CEDAW/C/OP.8/PHL/1). Sin embargo, algunos Estados siguen restringiendo con prohibiciones absolutas del aborto el derecho de las mujeres a abortar de manera legal y sin riesgos. Restringir el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo provoca muertes innecesarias de mujeres (CAT/C/PER/CO/4). En otros casos, las mujeres y las niñas se enfrentan a considerables dificultades para acceder a los servicios de aborto legal por las trabas administrativas y burocráticas, la negativa por parte de los profesionales sanitarios a respetar los protocolos médicos que garantizan los derechos jurídicos, así como por las actitudes negativas y la incompetencia o el desinterés oficiales (A/HRC/22/53). Denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres y niñas a actitudes humillantes y sentenciosas en esas situaciones de extrema vulnerabilidad y en las que es esencial

⁶ Guttmacher Institute y Organización Mundial de la Salud, Facts on Induced Abortion Worldwide (2012).

acceder en el plazo debido a la asistencia sanitaria equivale a tortura y malos tratos. Los Estados tienen la obligación afirmativa de reformar las leyes restrictivas sobre el aborto que perpetúan la tortura y los malos tratos al negar a las mujeres el acceso al aborto y la asistencia en condiciones de seguridad”.

En el mismo Informe, el Relator recomienda a los Estados despenalizar el aborto y garantizar el acceso al aborto legal y seguro como mínimo en los casos de violación, incesto y deficiencia fetal grave o mortal, y cuando la vida o la salud física o mental de la madre esté en peligro; establecer pautas claras sobre la aplicación de las leyes internas relativas al aborto y velar porque se interpreten en un sentido amplio; y controlar la aplicación práctica de las leyes para que las personas ejerzan su derecho de acceso a los servicios jurídicos.

SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

Convención Americana de Derechos Humanos

Principal instrumento de carácter regional, la Convención Americana de Derechos Humanos, en vigencia desde el año 1978, establece en su artículo 4.1:

“1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”

En esta disposición se asienta en gran medida la argumentación de que el llamado “Pacto de San José de Costa Rica” reconoce personalidad jurídica al nonato y, por tanto, de esa afirmación se deriva la prohibición de la interrupción voluntaria del embarazo. Como en el caso de los tratados del sistema universal de derechos humanos es necesario revisar los trabajos preparatorios de la Convención así como su jurisprudencia a fin de ponderar el carácter taxativo de esa afirmación. La bibliografía especializada⁷ refiere que fue la

⁷ Paul, Á. (2012). Estatus del No Nacido en la Convención Americana: Un ejercicio de interpretación. *Ius et Praxis*, 18(1): 61–112. Disponible en: <http://bcn.cl/1y4hs> (octubre, 2016).

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) la que propuso agregar la frase “en general” al texto original redactado antes de la formulación “desde el momento de la concepción”, a fin de no contrariar las legislaciones nacionales que ya preveían el aborto en determinadas circunstancias. Durante la tramitación de la Convención, Brasil y Estados Unidos argumentaron que la expresión “en general, a partir del momento de la concepción” no sería efectiva para evitar que los Estados legalizaran el aborto y que debía eliminarse con el propósito de que los Estados dictaran las normas sobre el aborto que estimaran adecuadas. Por el contrario, Ecuador y Venezuela solicitaron mantener el texto original, sin la frase “en general”, a fin de consolidar la prohibición del aborto. Esa propuesta no logró imponerse y, finalmente, el texto final aprobado fue el propuesto por la CIDH, que agregaba la voz “en general” al articulado y así es como se adoptó.

Los casos “Baby Boy vs. EE.UU” (1981) y “Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica” (2012) resultan antecedentes insoslayables a la hora de analizar si efectivamente es correcta aquella interpretación emanada de los trabajos preparatorios respecto a que la redacción vigente fue adoptada para permitir excepciones al mandato general de protección de la vida humana en gestación.

“Baby boy vs EEUU”. En el año 1976 una Corte de Massachusetts halló culpable de homicidio sin premeditación a un médico que, previa solicitud de la madre, practicó el aborto “de un niño que reunía las condiciones relativas a la ‘excepción protegible’ (más de seis meses después de la concepción y/o vivo fuera del vientre) señalada por la Corte Suprema de los Estados Unidos en las causas de Wade y Bolton”. La Corte Suprema Judicial de Massachusetts anuló esa sentencia aduciendo, entre otras causas, prueba insuficiente de vida fuera del vientre de la madre y error de procedimiento. Los peticionarios, ligados al grupo llamado “Catholics for Christian Political Action” (Católicos por la Acción Política Cristiana) consideraron que esta decisión violaba la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y acudieron a la CIDH. Si bien Estados Unidos no había ratificado la Convención, en tanto miembro de la Organización de Estados Americanos, está obligado a respetar la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

En su resolución, la CIDH advierte que la interpretación de los peticionarios “respecto a encontrar en la Convención elementos para interpretar la Declaración, requiere también un estudio de los motivos que prevalecieron en la Conferencia de San José al adoptarse la definición del derecho a la vida”. En ese sentido la Comisión, luego de recordar que los

países signatarios en Bogotá en 1948 rechazaron cualquier redacción que extendiera el derecho a la vida a los que están por nacer, y de repasar también las diferentes instancias que atravesó la redacción del artículo 4.1 de la Convención concluye:

“A la luz de los antecedentes expuestos, queda en claro que la interpretación que adjudican los peticionarios de la definición del derecho a la vida formulada por la Convención Americana es incorrecta. La adición de la frase ‘en general, desde el momento de la concepción’ no significa que quienes formularon la Convención tuviesen la intención de modificar el concepto de derecho a la vida que prevaleció en Bogotá, cuando aprobaron la Declaración Americana. Las implicaciones jurídicas de la cláusula ‘en general, desde el momento de la concepción’ son substancialmente diferentes de las de la cláusula más corta ‘desde el momento de la concepción’, que aparece repetida muchas veces en el documento de los peticionarios”. Se ratificaba así el argumento expuesto por los Estados Unidos respecto de que la redacción del artículo incluyó la cláusula “en general” en virtud, como se ha reseñado, de que diferentes países ya contaban, o podrían contar en el futuro, con ordenamientos internos que admitieran el aborto legal en determinadas circunstancias.

Por el voto de la mayoría de sus miembros, con dos disidencias, la Comisión resolvió que “la decisión de la Corte Suprema de Estados Unidos y de la Corte Suprema Judicial de Massachusetts, así como los demás hechos establecidos en la petición, no constituyen violación de los artículos I, II, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre”.

“Artavia Murillo y otros vs Costa Rica”. En este caso la petición inicial fue presentada ante la CIDH, que aprobó un Informe en el cual realizaba una serie de recomendaciones al Estado y, luego de conceder tres prórrogas a Costa Rica para su cumplimiento, decidió someter el caso a la Corte Interamericana. La Comisión indicó que el caso se relacionaba con alegadas violaciones de derechos humanos que habrían ocurrido como consecuencia de la presunta prohibición general de practicar técnicas de fecundación in vitro (en adelante “FIV”), vigente en Costa Rica desde el año 2000, tras una decisión emitida por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de dicho país. Entre otros aspectos, se alegó que esta prohibición absoluta constituía una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada y familiar y a formar una familia. Asimismo, los peticionarios alegaron que la prohibición constituía una violación del derecho a la igualdad de las víctimas, en tanto que el Estado les impedía así el acceso a un tratamiento que les hubiera permitido superar su situación de desventaja respecto de la posibilidad de tener hijas o hijos

biológicos. Además, se argumentaba que este impedimento habría tenido un impacto desproporcionado en las mujeres.

En su sentencia, en particular respecto de la interpretación del artículo 4.1 de la Convención Americana en lo relevante para el caso, la Corte abordó la interpretación de tres conceptos fundamentales: el de “persona”, el de “concepción”; y el de protección “en general”. Así, ha dicho:

“En el presente caso, la Corte observa que el concepto de ‘persona’ es un término jurídico que se analiza en muchos de los sistemas jurídicos internos de los Estados Parte. Sin embargo, para efectos de la interpretación del artículo 4.1, la definición de persona está anclada a las menciones que se hacen en el tratado respecto a la ‘concepción’ y al ‘ser humano’, términos cuyo alcance debe valorarse a partir de la literatura científica. (...) La Corte considera que es procedente definir, de acuerdo con la Convención Americana, cómo debe interpretarse el término ‘concepción’. Al respecto, la Corte resalta que la prueba científica concuerda en diferenciar dos momentos complementarios y esenciales en el desarrollo embrionario: la fecundación y la implantación. El Tribunal observa que sólo al cumplirse el segundo momento se cierra el ciclo que permite entender que existe la concepción. Teniendo en cuenta la prueba científica presentada por las partes en el presente caso, el Tribunal constata que, si bien al ser fecundado el óvulo se da paso a una célula diferente y con la información genética suficiente para el posible desarrollo de un ‘ser humano’, lo cierto es que si dicho embrión no se implanta en el cuerpo de la mujer sus posibilidades de desarrollo son nulas. Si un embrión nunca lograra implantarse en el útero, no podría desarrollarse pues no recibiría los nutrientes necesarios, ni estaría en un ambiente adecuado para su desarrollo (supra párr. 180)”.

Hasta aquí, con la conclusión de que el momento de la concepción sería posterior a la implantación y no anterior, la Corte no dirimió la discusión sobre el comienzo de la vida, pero sí delimitó el momento en que comienza la protección legal del feto ordenada por la Convención. A partir de esta afirmación, la Corte analiza cuál es la intensidad de la protección prevista en la Convención:

“Por otra parte, respecto a la expresión ‘en general’, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española señala que significa ‘en común, generalmente’ o

'sin especificar ni individualizar cosa alguna'. Según la estructura de la segunda frase del artículo 4.1 de la Convención, el término 'en general' se relaciona con la expresión 'a partir de la concepción'. La interpretación literal indica que dicha expresión se relaciona con la previsión de posibles excepciones a una regla particular. Los demás métodos de interpretación permitirán entender el sentido de una norma que contempla excepciones. Teniendo en cuenta lo anterior, el Tribunal entiende el término 'concepción' desde el momento en que ocurre la implantación, razón por la cual considera que antes de este evento no procede aplicar el artículo 4 de la Convención Americana. Asimismo, la expresión 'en general' permite inferir excepciones a una regla, pero la interpretación según el sentido corriente no permite precisar el alcance de dichas excepciones”.

Con el propósito de determinar esas excepciones, la Corte alude a los trabajos preparatorios de la Convención y advierte por qué razón no prosperaron las propuestas de eliminar la fórmula “en general”.

La interpretación sistemática de la Convención Americana y de la Declaración Americana llevan a la Corte a concluir lo siguiente:

“La expresión ‘toda persona’ es utilizada en numerosos artículos de la Convención Americana y de la Declaración Americana. Al analizar todos estos artículos no es factible sostener que un embrión sea titular y ejerza los derechos consagrados en cada uno de dichos artículos. Asimismo, teniendo en cuenta lo ya señalado en el sentido que la concepción sólo ocurre dentro del cuerpo de la mujer (supra párrs. 186 y 187), se puede concluir respecto al artículo 4.1 de la Convención que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de la protección de la mujer, como se desprende del artículo 15.3.a) del Protocolo de San Salvador, que obliga a los Estados Parte a ‘conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto’, y del artículo VII de la Declaración Americana, que consagra el derecho de una mujer en estado de gravidez a protección, cuidados y ayudas especiales. Por tanto, la Corte concluye que la interpretación histórica y sistemática de los antecedentes existentes en el Sistema Interamericano, confirma que no es procedente otorgar el estatus de persona al embrión”.

En la instancia de interpretación teleológica, que implica analizar el propósito de las normas involucradas, para lo cual es pertinente analizar el objeto y fin del tratado mismo, la Corte manifestó:

“Los antecedentes que se han analizado hasta el momento permiten inferir que la finalidad del artículo 4.1 de la Convención es la de salvaguardar el derecho a la vida sin que ello implique la negación de otros derechos que protege la Convención. En ese sentido, la cláusula ‘en general’ tiene como objeto y fin el permitir que, ante un conflicto de derechos, sea posible invocar excepciones a la protección del derecho a la vida desde la concepción. En otras palabras, el objeto y fin del artículo 4.1 de la Convención es que no se entienda el derecho a la vida como un derecho absoluto, cuya alegada protección pueda justificar la negación total de otros derechos. En consecuencia, no es admisible el argumento del Estado en el sentido de que sus normas constitucionales otorgan una mayor protección del derecho a la vida y, por consiguiente, procede hacer prevalecer este derecho en forma absoluta. Por el contrario, esta visión niega la existencia de derechos que pueden ser objeto de restricciones desproporcionadas bajo una defensa de la protección absoluta del derecho a la vida, lo cual sería contrario a la tutela de los derechos humanos, aspecto que constituye el objeto y fin del tratado. Es decir, en aplicación del principio de interpretación más favorable, la alegada ‘protección más amplia’ en el ámbito interno no puede permitir, ni justificar la supresión del goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidas en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella”.

En síntesis, luego de acudir a diversos métodos de interpretación, la Corte concluyó que el embrión no puede ser entendido como persona a efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana; que la “concepción” en el sentido del mencionado artículo tiene lugar desde el momento en que el embrión se implanta en el útero; y que es posible concluir de las palabras ‘en general’ que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos fue aprobada por nuestro país en el año 1984, mediante Ley N° 23.054, y goza de jerarquía constitucional.

CONCLUSIONES

- Los órganos de supervisión de los tratados internacionales de derechos humanos se han expresado en reiteradas oportunidades respecto de la vinculación del acceso al aborto seguro y legal y el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres a la vida, la salud, la integridad física, la autonomía y la privacidad, entre otros.
- Han manifestado su preocupación por la vigencia de legislaciones restrictivas en materia de aborto y han instado a los Estados a revisar sus disposiciones a fin de abolir las medidas punitivas y las condiciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres por prácticas clandestinas, así como a multiplicar y asegurar la aplicación de programas de educación y sensibilización a nivel formal e informal sobre la importancia del uso de anticonceptivos y de los derechos a la salud sexual y reproductiva.
- Han reafirmado 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. En el mismo sentido, se afirma que cuando se dispone libremente de medidas apropiadas para la regulación voluntaria de la fecundidad mejoran la salud, el desarrollo y el bienestar de todas las personas de la familia.
- El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha manifestado su preocupación por las altas tasas de mortalidad materna vinculadas con la realización de abortos en condiciones de riesgo, clandestinos e ilegales. En sus últimas Observaciones dirigidas a nuestro país insta al Estado argentino a acelerar la aprobación del proyecto de ley relativo a la interrupción voluntaria del embarazo, aumentando el acceso legal al aborto, no sólo en los casos de violación y de riesgo para la vida o la salud de la madre, sino también en otras circunstancias, como en los casos de incesto y riesgo de graves malformaciones del feto.
- El Comité de Derechos del Niño ha recomendado a los Estados adoptar medidas que reduzcan la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosos. En sus últimas Observaciones insta al Estado argentino a que garantice el acceso a servicios de aborto

seguro y atención post-aborto para adolescentes, garantizando que sus opiniones sean siempre escuchadas y se tengan debidamente en cuenta como parte del proceso de toma de decisiones.

● La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido en su interpretación del artículo 4.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos que la protección del derecho a la vida no es absoluta sino gradual e incremental según su desarrollo y que la alegada “protección más amplia” en el ámbito interno no puede permitir ni justificar la supresión del goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella.

● El Comité contra la Tortura ha expresado que la penalización del aborto puede conducir a situaciones incompatibles con el derecho de las mujeres a no ser sometidas a torturas o tratos crueles, inhumanos y degradantes. El Relator Especial ha advertido que los Estados tienen la obligación afirmativa de reformar las leyes restrictivas sobre el aborto que perpetúan la tortura y los malos tratos al negar a las mujeres el acceso al aborto y la asistencia en condiciones de seguridad.

El MAPA sobre la legalización del aborto en el mundo puede consultarse [AQUÍ](#).
Fuente: Center for Reproductive Rights.

CASO F.A.L.

En marzo del año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió el denominado “Fallo F.A.L.”, por el que fijó las pautas de interpretación del Artículo 86 del Código Penal de la Nación y ratificó el derecho de toda mujer a interrumpir su embarazo cuando éste ha sido producto de una violación, sin importar la capacidad esa mujer.

CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN

Capítulo I - Delitos contra la vida

(...)

ARTICULO 85

El que causare un aborto será reprimido:

1º Con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

2º Con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena se elevará a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

ARTICULO 86

Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

El 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.

ARTICULO 87

Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que 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.

ARTICULO 88

Será reprimida con prisión de uno a cuatro años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible.

En su fallo, la Corte advierte que no es posible derivar de la normativa internacional de derechos humanos a la que nuestro país ha adherido mandato alguno para interpretar restrictivamente la norma establecida en el Código Penal, sino que, inversamente, se arriba a la conclusión contraria. En síntesis, se resuelve que el permiso para el aborto procede en todos los casos de violación y que toda mujer que se encuentre esa situación “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”.

En el mismo sentido, agrega la Corte:

“... corresponde exhortar a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos. En particular, deberán: contemplar pautas que garanticen la información y la confidencialidad a la solicitante; evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencia para la salud de la solicitante, los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida. Por otra parte, deberá disponerse un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca 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”.

ABORTO

Los órganos de derechos humanos han entregado una orientación clara sobre cuándo se requiere despenalizar el aborto y han puesto énfasis en que el acceso al aborto es un asunto de derechos humanos. Asegurar el acceso a estos servicios, de conformidad con los estándares de derechos humanos, es parte de las obligaciones del Estado para eliminar la discriminación en contra de las mujeres y garantizar el derecho de éstas a la salud, así como a otros derechos humanos fundamentales.

La mayoría de los países en el mundo establecen ciertas instancias en las cuales el aborto es legal.¹ Unos pocos países han promulgado una prohibición total del aborto. En otros Estados, el aborto está altamente restringido, pero generalmente existe una excepción para el procedimiento, por ejemplo, con el fin de salvar la vida de una mujer, o en casos de violación, incesto o malformación fetal. La mayoría de los países poseen leyes más tolerantes sobre el aborto, permitiendo el procedimiento sin restricción o con restricciones que toman en cuenta la salud física y mental de la mujer, así como también las razones económicas o sociales.²

Los órganos internacionales de derechos humanos han calificado las leyes que penalizan el aborto como discriminatorias y como un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a atención médica. Han recomendado que los Estados eliminen todas las disposiciones punitivas hacia las mujeres que se han sometido a abortos. Estos organismos también han solicitado que los Estados permitan el aborto en ciertos casos³. La jurisprudencia de los órganos creados en virtud de tratados ha indicado claramente que negar el acceso al aborto a las mujeres cuando existe una amenaza a la vida o salud de la mujer, o cuando el embarazo es el resultado de una violación o de incesto, viola los derechos a la salud,⁴ a la privacidad⁵ y, en ciertos casos, a ser libres de tratos crueles, inhumanos y degradantes.⁶

Que el aborto legal debe ser seguro y accesible también es una postura apoyada por compromisos políticos asumidos por los Estados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo en 1994. En dicha Conferencia, los Estados reconocieron el aborto en condiciones de riesgo como una importante preocupación de salud pública y se comprometieron a reducir la necesidad de abortos a través de servicios de planificación familiar más amplios y mejores, a la vez que reconocieron que, en los casos en que el aborto no fuera contrario a la ley, éste debía practicarse en condiciones adecuadas.⁷ La Plataforma de Acción de Beijing, que fue acordada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, también afirmó esto.⁸ La revisión y evaluación de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la implementación de la CIPD en 1999 acordó asimismo que,

“en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer.”⁹

TEMAS CLAVE

1 LA PENALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ÚNICAMENTE PARA LAS MUJERES, INCLUIDO EL ABORTO, ES UNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN EN CONTRA DE LAS MUJERES

Los mecanismos de derechos humanos han expresado regularmente su preocupación acerca de la penalización de las mujeres que se someten a abortos.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer especifica que “la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria”¹⁰. Establece, además que “las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones,”¹¹ constituyen un obstáculo para el acceso de las mujeres a la atención de salud. Más recientemente, el Comité ha solicitado a los Estados “eliminar las medidas punitivas para las mujeres que se someten a un aborto”.¹²

De la misma manera, el Relator Especial sobre el derecho a la salud ha argumentado que las leyes que penalizan el aborto “atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva.”.¹³ Hace un llamado a los Estados a “despenalizar el aborto”¹⁴ y “a considerar, como medida provisional, la posibilidad de que las autoridades competentes formulen políticas y protocolos que impongan una moratoria a la aplicación de las leyes penales relativas al aborto”.¹⁵

La penalización de los médicos que entregan estos servicios viola los derechos de las mujeres.

Los órganos de derechos humanos han expresado su preocupación por la penalización de los servicios de atención médica que ofrecen servicios de aborto. El Comité de Derechos Humanos ha establecido que imponer “a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos”, no respeta el derecho de las mujeres a la privacidad.¹⁶

2 ASEGURAR LOS DERECHOS DE LA MUJER EXIGE EL ACCESO AL ABORTO EN CASOS EN QUE EXISTA UNA AMENAZA PARA LA VIDA O SALUD DE LA MUJER, O CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA VIOLACIÓN O INCESTO

Los mecanismos de derechos humanos han solicitado a los Estados la legalización del aborto en ciertas circunstancias.

En su jurisprudencia, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha solicitado a un Estado que “revise su legislación con miras a la despenalización del aborto cuando el embarazo sea el resultado de un violación o de abuso sexual”.¹⁷ El Comité de Derechos Humanos también ha solicitado a los Estados que entreguen información sobre el acceso a abortos sin riesgos para mujeres que han quedado embarazadas como resultado de una violación.¹⁸ En sus observaciones finales, los órganos creados en virtud de tratados también han recomendado que los Estados revisen su legislación y despenalicen el aborto cuando el embarazo ponga en peligro la vida o la salud de un mujer,¹⁹ y en casos de embarazos como consecuencia de una violación o incesto.^{20,21} Los órganos creados en virtud de tratados también han recomendado asegurar el acceso a servicios de aborto en casos de malformación fetal,²² a la vez que se ponen en

práctica medidas para garantizar la eliminación de la discriminación contra de las personas con discapacidad.²³

En lo que respecta a las excepciones a la prohibición del aborto para proteger la vida o la salud de la mujer, la salud de la mujer ha sido entendida ampliamente para incluir la salud mental. En el caso de una niña menor de edad con una discapacidad intelectual, que había quedado embarazada producto de la violación por parte de su tío, el Comité de Derechos Humanos concluyó que el sufrimiento mental causado a la víctima al forzarla a continuar con un embarazo no deseado equivalía a un trato cruel e inhumano.²⁴ En otro caso, el Comité concluyó de manera similar que negar un aborto a una mujer, sabiendo que su bebé moriría poco después de nacer, le provocó sufrimiento mental, lo que constituye un trato cruel e inhumano.²⁵

3 LOS SERVICIOS DE ABORTO LEGAL DEBEN SER SEGUROS, ACCESIBLES, ECONÓMICOS Y DE BUENA CALIDAD

En los países donde el aborto sea legal, se debe poner en práctica los procedimientos para hacer que estos servicios sean seguros y accesibles a las mujeres sin discriminación.

El Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido que el derecho a la salud - que incluye la salud sexual y reproductiva – exige servicios de salud, incluidos los servicios de aborto legal, que estén disponibles y que sean accesibles, aceptables y de buena calidad.²⁶ El Comité de los Derechos del Niño ha recomendado que “los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es en sí legal.”²⁷

En muchos países, las leyes sobre el aborto han sido liberalizadas, pero la liberalización no va acompañada de reglamentos claros para implementar la ley. En esas circunstancias, los servicios de salud algunas veces se niegan a proporcionar servicios legales. Por lo tanto, la reforma legal por sí sola no es suficiente para cumplir con las obligaciones en materia de derechos humanos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación en contra de las Mujeres ha explicado que el marco legal para el acceso al aborto debe “contemplar un mecanismo de toma de decisiones de manera rápida, con miras a limitar al máximo los posibles riesgos para la salud de la mujer embarazada, que la opinión

de esta sea tenida en cuenta, que la decisión sea debidamente motivada y que se tenga derecho a recurrirla".²⁸

Los Estados deben tomar medidas para eliminar los obstáculos para la prestación de servicios de aborto.

Las disposiciones sobre la autorización por parte de terceros son particularmente comunes en lo que se refiere al aborto y a otros servicios de la salud sexual y reproductiva. El Comité de los Derechos del Niño ha puesto especial énfasis en el derecho del niño, según la evolución de sus capacidades, al asesoramiento confidencial y al acceso a la información sin el consentimiento de sus padres o tutores. También ha recomendado que "los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad".²⁹

La objeción de conciencia no puede impedir que las mujeres y niñas adolescentes tengan acceso a servicios de salud.

Los Estados deben organizar los servicios de salud para asegurar que el "ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud no impida que las mujeres obtengan acceso a los servicios de salud".³⁰ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha establecido que "si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios".³¹ El Comité de los Derechos del Niño también ha solicitado que los Estados deben velar por que no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva como consecuencia de objeciones de conciencia de los proveedores".³²

4 LOS ESTADOS SIEMPRE DEBEN PROPORCIONAR SERVICIOS MÉDICOS POSTERIORES AL ABORTO

Se debe disponer de servicios médicos posteriores al aborto, los cuales debe ser seguros y accesibles.

El Alto Comisionado ha explicado que “independientemente de la legalidad del aborto, deben prestarse servicios posteriores a él, entre ellos, los de asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados”.³³ El Relator Especial sobre la tortura exhorta a “los Estados a que velen por que las mujeres tengan acceso a la atención médica de emergencia, incluidos los cuidados posteriores al aborto, sin temor a sanciones penales o represalias”.³⁴ De manera significativa, el Comité contra la Tortura, en sus Conclusiones y Recomendaciones ha exhortado a los Estados a que “eliminen la práctica de extraer confesiones a efectos de enjuiciamiento de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de abortos clandestinos”.³⁵

LOS ESTADOS TIENEN LA OBLIGACIÓN DE RESPETAR, PROTEGER Y CUMPLIR CON LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE ABORTO

RESPETAR Los Estados deben eliminar las disposiciones legales que castigan a las mujeres que se han sometido a un aborto o a los médicos que ofrecen estos servicios.

PROTEGER Los Estados deben organizar su sistema de salud para garantizar que el ejercicio de objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud no impida a las mujeres el acceso a servicios de salud. Por ejemplo, en lugares donde el aborto es legal, si un médico se niega a realizarlo, el sistema de salud debe derivar a la mujer a un servicio de atención médica alternativo.

CUMPLIR Los Estados deben tomar medidas para asegurar el acceso de las mujeres a servicios de atención médica adecuados y “eliminar esos obstáculos que se oponen a la prestación de servicios de aborto y que obligan a las mujeres a recurrir a abortos en condiciones de riesgo, incluida la eliminación de los retrasos inaceptables en la prestación de atención médica”.³⁶



NOTAS

1 División de Población de Naciones Unidas, Políticas del Aborto en el Mundo 2013 (entrega una tabla con las políticas de aborto en todos los países del mundo).

2 Ibid.

3 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales sobre Perú, CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014), párr. 36; Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: Revisión del CIPD Más allá del 2014 (2014).

4 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, L.C. v. Perú, CEDAW/C/50/D/22/2009, párr. 8.15.

5 Comité de Derechos Humanos, K.L. v. Perú, CCPR/C/85/D/1153/2003, párr. 6.4; V.D.A. v. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007, párr. 9.3.

6 K.L. v. Perú, párr. 6.3; V.D.A. v. Argentina, párr. 9.2.

7 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción (1994), párr. 8.25.

8 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Plataforma de Acción (1995), párr. 106(k).

9 Resolución S-21/2 de la Asamblea General, Acciones clave para la ulterior implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, A/RES/S-21/2 (1999), párr. 63(iii).

10 Recomendación General 24 (1999) sobre la mujer y la salud, párr. 11.

11 Ibid. párr. 14.

12 Observaciones Finales sobre Perú, CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014), párr. 36; Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: Revisión del CIPD Más allá del 2014 (2014).

13 A/66/254, párr. 21.

14 Ibid., párr. 65(h).

15 Ibid. párr. 65(i).

16 Observación General 28 (2000) sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, párr. 20.

17 L.C. v. Perú, párr. 9(b)(i).

18 Observación General 28, párr. 11.

19 Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales sobre Chad, CRC/C/15/Add.107 (1999), párr. 30.

20 Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales sobre Guatemala, CCPR/C/GTM/CO/3 (2012), párr. 20; Panamá, CCPR/C/PAN/CO/3 (2008), párr. 9; Comité contra la Tortura, Observaciones Finales sobre Perú, CAT/C/PER/CO/4 (2006), párr. 23; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales sobre Sri Lanka, A/57/38 (2002), párr. 283.

21 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales sobre Angola, CEDAW/C/AGO/CO/6 (2013), párr. 32(g); Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales sobre República Dominicana, CCPR/C/DOM/CO/5 (2012), párr. 15; Filipinas, CCPR/C/PHL/CO/4 (2012), párr. 13; Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales sobre Chile, CRC/C/CHL/CO/3 (2007), párr. 56; Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones Finales sobre Costa Rica, E/C.12/CRI/CO/4, (2008), párr. 46; Chile, E/C.12/1/Add.105 (2004), párr. 53; Nepal, E/C.12/1/Add.66 (2001), párr. 55.

22 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales sobre República Dominicana, CEDAW/C/DOM/CO/6-7 (2013), párr. 37(c); Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales sobre Costa Rica, CRC /C/CRI/CO/4 (2011), párr. 64(c); Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones Finales sobre el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, E/C.12/GBR/CO/5 (2009), párr. 25.

23 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observaciones Finales sobre Austria, CRPD/C/AUT/CO/1 (2013), párrs. 14-15.

24 V.D.A. v. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007, párr. 9.2.

25 K.L. v. Perú, CCPR/C/85/D/1153/2003, párr. 6.3.

- 26 Observación General 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 8, 12.
- 27 Observación General 15 (2013) sobre el derecho de niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 70.
- 28 L.C. v. Perú, CEDAW/C/50/D/22/2009, párr. 8.17 (haciendo referencia a Tysiac vs. Polonia, Corte Europea de Derechos Humanos).
- 29 Observación General 15, párr. 31.
- 30 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Prácticas para la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad materna evitables, A/HRC/18/27 (2011), párr. 30. 31
- Recomendación General 24, párr. 11.
- 32 Observación General 15, párr. 69.
- 33 A/HRC/18/27, párr. 29.
- 34 A/HRC/22/53 (2013), párr. 90.
- 35 Observaciones Finales sobre Chile, CAT/C/CR/32/5 (2004), párr. 7(m).
- 36 A/HRC/18/27, párrs. 29-30.

El presente documento puede consultarse en [AQUÍ](#).-

AGENDA 2030

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los 193 Estados Miembros que la suscribieron, entre ellos la República Argentina. Sus Objetivos y Metas deberán guiar las decisiones que adopten los Estados durante los próximos años.

En particular, el Objetivo 3 propone **“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”**.



La meta **3.7** establece:

De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

El Objetivo 5 está encaminado a: **“Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”**.



Destacamos, a efectos del presente análisis, las siguientes metas:

5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de

la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

Nota del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica



PALAIS DES NATIONS • 1211 GENEVA 10, SWITZERLAND
www.ohchr.org • TEL: +41 22 917 9543 / +41 22 917 9738 - FAX: +41 22 917 9008 • E-MAIL: registry@ohchr.org

Mandato del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica

REFERENCIA:
OL ARG 3/2018

13 de junio de 2018

Excelencia,

Tenemos el honor de dirigirnos a Usted en nuestra calidad de Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, de conformidad con la resolución 32/4 del Consejo de Derechos Humanos.

Le escribimos para felicitar a su legislatura por su consideración de un proyecto de ley que despenaliza la interrupción del embarazo en las primeras catorce semanas, y para instar a que aprueben dicho proyecto. Acogemos con beneplácito la importante medida que se está tomando para garantizarle a las mujeres todos sus derechos humanos, incluidos los derechos a la igualdad, dignidad, autonomía, información e integridad corporal y respeto a la vida privada y al más alto nivel posible de salud, incluida la salud sexual y reproductiva sin discriminación, así como el derecho a una vida libre de violencia y a no sufrir tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

A este respecto, recordamos que la penalización del aborto y la falta de acceso adecuado a los servicios para la interrupción de un embarazo no deseado constituyen discriminación basada en el sexo, en contravención del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR por sus siglas en inglés), ratificado por la Argentina el 8 de agosto de 1986 y el artículo 2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, ratificado por Argentina el 15 de julio de 1985. Esa penalización también constituye una violación de la obligación estatal de hacer efectivo el derecho de las mujeres y niñas al nivel más alto posible de salud contenida en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por la Argentina el 8 de agosto de 1986. En algunos casos, esa penalización también es una violación al derecho a la vida consagrado en el artículo 6 del ICCPR. Nos permitimos recordar además, que todos estos tratados internacionales tienen rango constitucional de conformidad con la reforma de 1994. También nos permitimos

recordar que de acuerdo al derecho internacional de los derechos humanos, no son permisibles los argumentos religiosos para impedir la adopción de proyectos de ley porque esto violaría el derecho humano a la libertad religiosa.

En su informe al Consejo de Derechos Humanos sobre la salud y la seguridad de las mujeres (A/HRC/32/44 párrafos 79-80), el Grupo de Trabajo enfatizó que penalizar la interrupción del embarazo instrumentaliza los cuerpos de las mujeres, niega su autonomía y pone en peligro sus vidas y su salud. El tratamiento del aborto como una cuestión penal a menudo produce consecuencias colaterales dañinas, incluido el encarcelamiento de mujeres que han tenido abortos espontáneos, así como la estigmatización de la mujer lo que a su vez produce más discriminación y abuso. Además, la prohibición del aborto auto inducido causa aún más daño a las mujeres económicamente desfavorecidas, cuyos recursos limitados incrementan sus posibilidades de embarazos no deseados, les impiden acceder a cualquier método de aborto seguro ni a buscar tratamiento por complicaciones que puedan sobrevenir lo que a su vez las pone en más riesgo de ser procesadas criminalmente.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Comentario General 35 sobre la violencia de género contra la mujer, ha reconocido que violaciones al derecho a la salud así como a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son formas de violencia de género que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante (párrafo 18), y ha identificado las normas sociales que subyacen a la criminalización del aborto, como aquellas que imponen roles de género o castigan lo que se considera un comportamiento femenino inaceptable, como una de las causas de la violencia de género (párrafo 19).

Hemos llamado repetidamente a los Estados a que deroguen leyes y políticas restrictivas sobre el aborto, debido a que tienen impactos discriminatorios y niegan a las mujeres tomar sus propias decisiones sobre sus cuerpos y vidas. También hemos enfatizado repetidamente que el derecho de una mujer o niña a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y sus funciones reproductivas es la esencia de su derecho fundamental a la igualdad y a la privacidad, y que establecer la igualdad de derechos y autonomía de la mujer dentro de la familia provee una base crucial para garantizar la igualdad de derechos en la sociedad en general.

Damos la bienvenida al proyecto de ley actualmente en el Congreso argentino y urgimos al Congreso aprobar el proyecto de ley para garantizar que los derechos de las mujeres y las niñas estén garantizados en Argentina. Este proyecto de ley acercaría más la legislación argentina en materia de aborto al cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos en lo que respecta al derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, la integridad física y la no discriminación. Sería un precedente bienvenido para otros estados en la región y una señal esperanzadora de que la muy necesaria reforma puede y debe iniciarse.

La Sra. Alda Facio, miembro de nuestro Grupo de Trabajo de la región de América Latina, queda a disposición de su Gobierno para cualquier asistencia técnica que pueda ser de utilidad en este asunto.

Nos gustaría informarle que esta comunicación se pondrá a disposición del público en la página web del Grupo de Trabajo y se incluirá en los informes periódicos de comunicaciones de los Procedimientos Especiales al Consejo de Derechos Humanos. Cualquier correspondencia del Gobierno de Vuestra Excelencia relacionado con esta carta también se dará a conocer de la misma manera.

Mientras esperamos una respuesta, instamos a que se tomen todas las medidas provisionales necesarias para garantizar la igualdad de derechos de las mujeres y las niñas a la salud, incluida la salud reproductiva, y la integridad física.

Acepte, Excelencia, la expresión de mi más distinguida consideración.



Ivana Radacic

Presidenta-Relatora del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica

Nota dirigida al Sr. Jorge Marcelo Faurie, Ministro de Relaciones Exteriores y Culto.-

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD

- Entre 2010 y 2014 hubo en el mundo un promedio anual de 56 millones de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin ellas).
- Hubo 35 abortos provocados por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad.
- Un 25% de los embarazos acabaron en aborto provocado.
- La tasa de abortos fue mayor en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas.
- Según los cálculos, cada año hubo en el mundo unos 25 millones de abortos sin condiciones de seguridad, casi todos ellos en países en desarrollo (1).
- De ellos, 8 millones fueron practicados en las condiciones que menos seguridad ofrecen, o condiciones peligrosas.
- En Asia se concentraron más de la mitad del total estimado de abortos sin condiciones de seguridad que hubo en el mundo.
- 3 de cada 4 abortos practicados en África y América Latina discurrieron sin condiciones de seguridad.
- El riesgo más elevado de morir a consecuencia de un aborto sin condiciones de seguridad se situaba en África.
- Entre un 4,7% y un 13,2% de la mortalidad materna anual puede atribuirse a un aborto sin condiciones de seguridad (2).
- En los países en desarrollo, cada año hay alrededor de 7 millones de mujeres que son hospitalizadas a consecuencia de un aborto sin condiciones de seguridad (3).
- Se calcula que el costo anual del tratamiento de las principales complicaciones resultantes de un aborto sin condiciones de seguridad asciende a \$553 millones⁴.

- **Los abortos seguros deben ser practicados o secundados por una persona debidamente formada que aplique métodos recomendados por la OMS acordes con el tiempo de embarazo de la paciente.**
- **Es posible prevenir casi todos los casos de muerte o discapacidad a consecuencia de un aborto mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, la práctica de abortos provocados legales y seguros y la atención a tiempo de las complicaciones.**

El aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.

Las personas, capacidades y normas médicas consideradas seguras para realizar un aborto son diferentes para el aborto médico (que se realiza sólo con medicación) y del aborto quirúrgico (que se realiza con una aspiradora manual o eléctrica). La capacitación y las normas médicas requeridas para realizar un aborto seguro también varían en función de la duración del embarazo y de los cambiantes progresos científicos y técnicos.

Las mujeres, incluidas las adolescentes, con embarazos no deseados suelen recurrir al aborto peligroso si no pueden acceder al aborto seguro. Los obstáculos para acceder al aborto seguro incluyen:

- legislación restrictiva;
- poca disponibilidad de servicios;
- costos elevados;
- estigmatización;
- objeción de conciencia del personal sanitario;
- requisitos innecesarios tales como:
 - períodos de espera obligatorios
 - asesoramiento obligatorio
 - suministro de información engañosa
 - autorización de terceros
 - pruebas médicas innecesarias que retrasan la atención.

Alcance del problema

Según los cálculos de la OMS para 2008, anualmente se realizan 22 millones de abortos peligrosos, de los cuales 47.000 provocan defunciones y más de 5 millones conllevan complicaciones,³ entre ellas:

- aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios);
- hemorragias (sangrado abundante);
- infección;
- perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y
- daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano.

Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo, y a 520 muertes por cada 100.000 abortos peligrosos en el África subsahariana.

Las tasas de mortalidad relacionadas con el aborto peligroso afectan desproporcionadamente a las mujeres de África. En ese continente, la proporción de abortos peligrosos es del 29%, pero las defunciones relacionadas con el aborto peligroso ascienden al 62%.

¿Quién está en riesgo?

Toda mujer con un embarazo no deseado y sin acceso a servicios de aborto seguro está en riesgo de aborto peligroso. Las mujeres pobres tienen más probabilidades de someterse a un aborto peligroso que las mujeres más acomodadas. Las defunciones y los traumatismos son más probables cuando se practican abortos en una fase avanzada del embarazo. La tasa de abortos peligrosos es más alta cuando el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y a servicios de aborto seguro es limitado o inexistente.

Complicaciones del aborto peligroso que requieren atención de emergencia

Las principales complicaciones del aborto peligroso que ponen en peligro la vida son las hemorragias, las infecciones y los traumatismos del tracto genital y los órganos internos.

Signos y síntomas

Es preciso realizar una evaluación inicial exacta para asegurar el tratamiento adecuado y el envío rápido de casos de aborto peligroso con complicaciones. Los signos y síntomas críticos de las complicaciones que exigen atención inmediata incluyen:

- sangrado vaginal anormal;
- dolor abdominal;
- infección; y
- choque (colapso del sistema circulatorio).

Las complicaciones derivadas del aborto peligroso pueden ser difíciles de diagnosticar. Por ejemplo, una mujer con un embarazo extrauterino o ectópico (desarrollo anormal de un cigoto fuera del útero) puede tener síntomas similares a los de un aborto incompleto. Por consiguiente, es esencial que el personal sanitario esté preparado para realizar envíos de pacientes y disponer lo necesario para su traslado a un centro en el que se pueda realizar un diagnóstico definitivo y dispensar rápidamente la atención apropiada.

Tratamiento y atención

Los tratamientos para complicaciones surgidas de un aborto inseguro incluyen:

- Hemorragia: el tratamiento oportuno de las pérdidas de sangre abundantes es crítico, dado que las demoras pueden ser fatales.
- Infección: tratamiento con antibióticos, junto con la pronta remoción de cualquier tejido embrionario que hubiese quedado en el útero.
- Traumatismos del tracto genital y/o de órganos internos: si se sospechara la existencia de traumatismos, es esencial el rápido envío de la paciente a un centro de atención sanitaria del nivel apropiado.

Acceso al tratamiento por complicaciones del aborto

Los dispensadores de atención de salud tienen la obligación de prestar asistencia médica vital a toda mujer que sufra complicaciones relacionadas con un aborto, incluido el tratamiento de las complicaciones derivadas de un aborto peligroso, independientemente de las normas jurídicas relativas al aborto. No obstante, en algunos casos, ese tratamiento sólo se administra a condición de que la mujer proporcione información sobre las personas que realizaron el aborto ilegal.

La práctica de extraer información de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de un aborto ilegal, y la exigencia legal que obliga a médicos y otro personal sanitario a notificar los casos de mujeres que se han sometido a un aborto, demoran la atención y aumentan los riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Las normas de derechos humanos de las Naciones Unidas piden a todos los países que proporcionen tratamiento inmediato y sin reservas a toda persona que solicite atención médica de emergencia.⁴

Prevención y control

El aborto peligroso se puede evitar por medio de:

- la buena educación sexual;
- la prevención de los embarazos no deseados mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces, incluidos los anticonceptivos de emergencia; y
- la prestación de servicios legales de aborto seguro.

Además, las defunciones y discapacidades derivadas de los abortos peligrosos se pueden limitar mediante el oportuno tratamiento de emergencia de las complicaciones.

Repercusiones económicas

Además de las defunciones y discapacidades derivadas del aborto peligroso existen importantes costos sociales y financieros para las mujeres, las familias, las comunidades y los sistemas de salud. Según estimaciones, en 2006 se gastaron \$680 millones para tratar graves consecuencias de abortos peligrosos.² Asimismo, se precisarán otros \$370 millones para satisfacer plenamente las necesidades de tratamiento de complicaciones derivadas de abortos peligrosos.²

En su informe “**Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud**” (2012), la Organización Mundial de la Salud concluye que “las restricciones legales al aborto no dan como resultado menor cantidad de abortos ni aumentos importantes en los índices de nacimiento. Por el contrario, las leyes y políticas que facilitan el acceso al aborto sin riesgos no aumentan el índice o el número de abortos. El efecto principal es cambiar los procedimientos que anteriormente eran clandestinos e inseguros a procedimientos legales y sin riesgos. La restricción del acceso legal al aborto no disminuye la necesidad del aborto, sino que probablemente aumente el número de mujeres que buscan abortos ilegales e inseguros, lo que conduce a una mayor morbilidad y mortalidad”.

¹ Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition; 2011. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.

² Vlassoff et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).

³ L Haddad. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009 Spring; 2(2): 122–126.

⁴ Comité de Derechos Humanos; Comité contra la Tortura; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

ARGENTINA

CANTIDAD DE EGRESOS HOSPITALARIOS DEL SECTOR PÚBLICO POR EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO, SEGUN JURISDICCION DE OCURRENCIA Y GRUPOS DE EDAD

Las estadísticas disponibles de egresos hospitalarios por aborto que utiliza el Ministerio de Salud y en particular el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable son elaboradas por la **Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud** (DEIS). La DEIS procesa datos relacionados a interrupciones del embarazo a partir de la información general sobre egresos hospitalarios en hospitales del subsistema público de salud, entre los cuales figuran los egresos hospitalarios por aborto. La identificación del tipo de aborto se realiza de acuerdo a los parámetros establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud y ésta no especifica la categoría “aborto terapéutico” ni tampoco ILE o ANP (abortos no punibles). AÑO 2014:

Jurisdicción de ocurrencia	Grupo de edad		
	10 a 14	15 a 19	20 a 24
Total	446	7.561	11.839
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	8	289	817
Buenos Aires	108	2.260	3.591
Catamarca	7	135	241
Córdoba	23	373	582
Corrientes	20	251	329
Chaco	25	340	421
Chubut	12	134	202
Entre Ríos	34	313	384
Formosa	25	281	353
Jujuy	15	288	423
La Pampa	3	84	114
La Rioja	2	36	69
Mendoza	26	377	660
Misiones	18	313	358
Neuquén	2	81	164
Río Negro	6	136	245
Salta	42	693	1.029
San Juan	4	64	118
San Luis	5	122	201
Santa Cruz	9	76	153
Santa Fe	15	359	475
Santiago del Estero	8	84	115
Tucumán	26	434	715
Tierra del Fuego	3	38	80

■ Del total de egresos hospitalarios por aborto, 8.007 fueron de mujeres menores de 20 años y representa el 17,0% del total de egresos hospitalarios por aborto. Las provincias con mayor porcentaje de egresos por aborto de mujeres menores de 20 años son Chaco y Entre Ríos (22,9% y 22,2% respectivamente).

CANTIDAD DE MUERTES POR EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO Y MORTALIDAD PROPORCIONAL SEGÚN TIPO DE ABORTO

Tipo de Aborto	2016	
	Casos	Porcentajes
Total	43	100,0
Embarazo ectópico	6	14,0
Mola hidatiforme	0	0,0
Otros productos anormales de la concepción	3	7,0
Aborto espontáneo	3	7,0
Aborto médico	0	0,0
Otro aborto	14	32,6
Aborto no especificado	16	37,2
Intento fallido de aborto	1	2,3

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

Grupos de edad	Defunciones maternas por aborto
15 a 19	4
20 a 24	12
25 a 29	8
30 a 34	11
35 a 39	6
40 a 44	2
Total	43

Fuente: DEIS. MSAL. Año 2016

RESPUESTAS DEL SR. JEFE DE GABINETE EN SU INFORME N° 108 A LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS sobre la implementación del Programa de Educación Sexual Integral (ESI) del Ministerio de Educación de la Nación (14/03/18).

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación entiende que el aborto es un tema de salud sexual y salud reproductiva, concentra todos sus esfuerzos en orientar sus estrategias, desarrollar sus acciones en pos de garantizar el acceso a la salud sexual y salud reproductiva incluyendo el acceso y la atención de las interrupciones del embarazo y o abortos conformes al marco legal vigente. La política nacional de salud sexual y salud reproductiva que este PNSSYPR conduce, y que complementa la estrategia de atención de las interrupciones legales del embarazo, es la cobertura y provisión de métodos anticonceptivos como parte de la estrategia de atención post aborto. Asimismo, constituyen componentes de la política pública el monitoreo y evaluación de las prestaciones; la provisión y aseguramiento de insumos, la capacitación y sensibilización de los equipos de salud y efectores, la articulación con referentes provinciales de salud sexual y salud reproductiva, y la difusión y comunicación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, incluyendo la interrupción legal del embarazo o aborto no punible.

La implementación de ESI garantiza el aprendizaje de saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y de los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes de todo el país. ESI se conforma de cinco ejes: reconocer la perspectiva de género, cuidar el cuerpo y la salud, respetar la diversidad sexual, ejercer los derechos sexuales y valorar la afectividad. Desarrollamos estas temáticas en el marco de la ley de Educación Sexual Integral: N° 26.150 sancionada en 2006 y el Programa Nacional de Educación Sexual Integral creado en 2008. Trabajamos en capacitación docente virtual. Venimos desarrollando propuestas virtuales para docentes, y futuros docente, Es fundamental lograr que los docentes se capaciten cada vez mejor en esta temática. En 2017 se elaboró el curso “Embarazo, maternidades y paternidades en la adolescencia”. En 2018 se diseña e implementa el curso “Embarazo no intencional en la adolescencia”. A la fecha han participado de este tipo de acciones más de 30.000 docentes. Trabajamos en capacitación docente presencial. Aspiramos a poder llegar a todas las escuelas del territorio. En cada jurisdicción, las Jornadas de Formación se desarrollan durante tres días. Hasta la fecha, se han capacitado a más de 166.000 docentes, y se han distribuido materiales en casi 45.000 escuelas. Elaboramos materiales de apoyo a la tarea docente relativo a la Ley de Educar en Igualdad N° 27.234, como por ejemplo las más de 100.000 cartillas “Educar en igualdad, prevención y erradicación de la violencia de género”, que se repartieron en todo el país entre 2016 y 2017, proponiendo actividades didácticas para trabajar en las escuelas antes, durante y después de las

jornadas. Desarrollamos actividades de acompañamiento y prevención en las escuelas. Se realizaron distintas encuestas como parte del acompañamiento y desarrollo de distintas estrategias en el marco de las Jornadas Educar en Igualdad. El objetivo de estas jornadas es prevenir y erradicar la violencia de género en las escuelas de todos los niveles. Por otra parte, se realizan mesas de trabajo en el Consejo Federal de Educación para la elaboración de protocolos de detección y actuación en casos de violencia de género, tales como: Discriminación u hostigamiento por orientación sexual o por identidad de género y situaciones de violencia de género en el noviazgo. En articulación con el Ministerio de Desarrollo Social y Salud, estamos poniendo en marcha el Plan ENIA. Desde el gobierno, con carácter federal, queremos dar respuesta a uno de los problemas determinantes del aborto inseguro, que es el embarazo no intencional y que afecta particularmente en forma gravosa a las niñas y adolescentes. Estamos trabajando en Entre Ríos, Misiones, Jujuy, Corrientes, Salta, Tucumán, La Rioja, Catamarca, Formosa, Santiago del Estero, Chaco, Buenos Aires. Algunos de los datos que nos motivan a emprender esta labor:

- Un 30% de las adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años que abandonó el secundario lo hizo por embarazo o maternidad.
- El 15% del total de nacidos vivos por año corresponde a niñas y adolescentes menores de 20 años.
- 7 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años que tiene un hijo/a reporta que ese embarazo no fue buscado.
- Gran parte de los embarazos en la adolescencia de niñas menores de 15 años son fruto y producto de situaciones de abuso sexual y violación, y esto tiene riesgos sobre la salud de las niñas ya que su interrupción muchas veces se hace en condiciones inseguras. El objetivo Plan ENIA es ayudar a las niñas y adolescentes a prevenir un embarazo no intencional, y con eso, potencialmente un aborto inseguro.

El presupuesto devengado para el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR) en el año 2016 ha sido de \$136.991.296 y en el año 2017 ha sido de \$223.598.811. Ese presupuesto incluye la compra y distribución de métodos anticonceptivos para todo el país, la elaboración e impresión de materiales gráficos y las capacitaciones a las provincias en diversas temáticas relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva. Por otro lado, en 2017 se aprobó el Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia por resolución ministerial 2017-1790-APN-MDS de fecha 10 de agosto de 2017 (si usted desea profundizar en el

mismo se sugiere revisar las las preguntas 927 y 929 del presente informe). El Plan tiene comprometido un presupuesto de 2 mil millones de pesos hasta el 30 de junio de 2020.

Sobre el Protocolo para la Atención de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo:

El Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSYPR) publicó en 2015 el protocolo para la Atención de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, destinada a los equipos de salud. Este documento reúne los lineamientos para la atención de los abortos no punibles, conforme a los estándares de salud que indica la Organización Mundial de la Salud y diversas sociedades científicas que conciben el derecho a la salud desde una perspectiva integral conforme al marco internacional de derechos humanos. En esa línea la indicación de tratamientos con misoprostol y mifepristona son parte de los contenidos de dicho Protocolo, sin perjuicio de que aún no se cuente con la cobertura universal de estos tratamientos medicamentosos en forma sistemática y eficaz.

PROYECTO DE LEY CON MEDIA SANCIÓN DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN

CD-22/28

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

TÍTULO I

Modificación del Código Penal

ARTÍCULO 1º- Sustitúyese el artículo 85 del Código Penal el que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 85.- El que causare un aborto será reprimido:

- 1) Con prisión de tres (3) a diez (10) años si obrare sin consentimiento de la mujer o persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer o persona gestante. Los médicos, cirujanos, parteros, farmacéuticos u otros profesionales de la salud que causaren el aborto o cooperaren a causarlo sin consentimiento de la mujer o persona gestante sufrirán, además, inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena;
- 2) Con prisión de tres (3) meses a un (1) año si obrare con el consentimiento de la mujer o persona gestante y el aborto se produjere a partir de la semana quince (15) del proceso gestacional, siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86 del presente Código.

ARTÍCULO 2º- Incorpórase como artículo 85 bis del Código Penal el que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 85 bis: Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena la autoridad de un establecimiento de salud o profesional de la salud que dilatare

injustificadamente, obstaculizare o se negare a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

La pena se elevará de uno (1) a tres (3) años si, como resultado de la conducta descrita en el párrafo anterior, se hubiera generado perjuicio en la vida o la salud de la mujer o persona gestante.

ARTÍCULO 3º- Sustitúyese el artículo 86 del Código Penal el que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 86.- No es delito el aborto realizado con consentimiento de la mujer o persona gestante hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

En ningún caso será punible el aborto practicado con el consentimiento de la mujer o persona gestante:

- a) Si el embarazo fuera producto de una violación, con el solo requerimiento y la declaración jurada de la mujer o persona gestante ante el profesional de salud interviniente;
- b) Si estuviera en riesgo la vida o de la salud la mujer o persona gestante, considerada como derecho humano;
- c) Si se diagnosticara la inviabilidad de vida extrauterina del feto.

ARTÍCULO 4º- Sustitúyese el artículo 88 del Código Penal el que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 88.- Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año la mujer o persona gestante que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare cuando el mismo fuera realizado a partir de la semana quince (15) del proceso gestacional y no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86 del presente Código. La tentativa de la mujer o persona gestante no es punible.

El juez podrá disponer que la pena se deje en suspenso en atención a los motivos que impulsaron a la mujer o persona gestante a cometer el delito, su actitud posterior, la naturaleza del hecho y la apreciación de otras

circunstancias que pudieren acreditar la inconveniencia de aplicar la pena privativa de la libertad en el caso.

TÍTULO II

Interrupción voluntaria del embarazo

ARTÍCULO 5°- Objeto. Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho de las mujeres o personas gestantes a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con las disposiciones de la misma.

ARTÍCULO 6°- Derechos protegidos. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos en la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial, los derechos a la dignidad, la vida, la autonomía, la salud, la integridad, la diversidad corporal, la intimidad, la igualdad real de oportunidades, la libertad de creencias y pensamiento y la no discriminación. En ejercicio de estos derechos, toda mujer o persona gestante tiene derecho a decidir la interrupción voluntaria de su embarazo de conformidad a lo establecido en la presente ley.

ARTÍCULO 7°- Supuestos. Se garantiza el derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo con el solo requerimiento de la mujer o persona gestante hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto, se garantiza el derecho de la mujer o persona gestante a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en los siguientes casos:

- a) Si el embarazo fuera producto de una violación, con el solo requerimiento y la declaración jurada de la mujer o persona gestante ante el/la profesional de la salud interviniente;
- b) Si estuviera en peligro la vida o la salud de la mujer o persona gestante, considerada como derecho humano;
- c) Si se diagnosticara la inviabilidad de vida extrauterina del feto.

ARTÍCULO 8°- *Consentimiento informado.* Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en los casos previstos en la presente ley, se requiere el consentimiento informado de la mujer o persona gestante expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 y concordantes y el artículo 59 del Código Civil y Comercial. Ninguna mujer o persona gestante puede ser sustituida en el ejercicio de este derecho.

ARTÍCULO 9°- *Personas menores de edad.* Si se tratara de una adolescente, niña o persona gestante menor de dieciséis (16) años, la interrupción voluntaria del embarazo se debe realizar con su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial, en concordancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley 26.061 y el artículo 7° de su decreto reglamentario 415/06. En particular, debe respetarse el interés superior del/a niño/a o adolescente y su derecho a ser oído.

ARTÍCULO 10- *Personas con capacidad restringida.* Si se tratara de una mujer o persona gestante con capacidad restringida por sentencia judicial y la misma no impidiere el ejercicio del derecho que otorga la presente ley, ella debe prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna.

Si la sentencia de restricción a la capacidad impide el ejercicio del derecho previsto en la presente ley o la persona ha sido declarada incapaz, el consentimiento informado debe ser prestado con la correspondiente asistencia prevista por el sistema de apoyos del artículo 32 del Código Civil y Comercial o con la asistencia del representante legal, según corresponda. En ambos supuestos, ante la falta o ausencia de quien debe prestar el asentimiento, puede hacerlo un allegado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 59 del Código Civil y Comercial.

ARTÍCULO 11- *Plazo.* La mujer o persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en el sistema de salud en un plazo máximo

de cinco (5) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que determina la presente ley, la Ley 26.529 y concordantes.

ARTÍCULO 12- *Consejerías.* Realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo, el establecimiento de salud debe garantizar a aquellas mujeres o personas gestantes que lo requieran:

- a) Información adecuada;
- b) Atención previa y posterior a la interrupción voluntaria del embarazo de carácter médica, social y psicológica, con el objeto de garantizar un espacio de escucha y contención integral; y
- c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y confiable sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos en el Plan Médico Obligatorio y en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable establecidos por la Ley 25.673 o la normativa que en el futuro los reemplace.

La atención y acompañamiento previstos en este artículo deben basarse en los principios de autonomía, libertad, intimidad y confidencialidad, desde una perspectiva de derechos que favorezca la autonomía en la toma de decisiones.

Cuando las condiciones del establecimiento de salud no permitiesen garantizar la atención prevista en el inc. b, la responsabilidad de brindar la información corresponde al/la profesional de la salud interviniente.

ARTÍCULO 13- *Responsabilidad de los establecimientos de salud.* Las autoridades de cada establecimiento de salud deben garantizar la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en los términos establecidos en la presente ley y con los alcances del artículo 40 de la Ley 17.132 y el artículo 21 de la Ley 26.529 y concordantes.

La interrupción voluntaria del embarazo establecida en la presente ley se debe efectivizar sin ninguna autorización judicial previa. No pueden imponerse requisitos de ningún tipo que dificulten el acceso a las prestaciones vinculadas

con la interrupción voluntaria del embarazo, debiendo garantizarse a la mujer o persona gestante la utilización de la mejor práctica disponible según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y una atención ágil e inmediata que respete su privacidad durante todo el proceso y garantice la reserva de la información aportada.

En el caso excepcional de ser necesaria la derivación a otro establecimiento, la interrupción voluntaria del embarazo debe realizarse en el plazo establecido en el artículo 11° y las demás disposiciones de la presente ley, siendo responsable de la efectiva realización el establecimiento derivante.

ARTÍCULO 14- *Acceso.* La interrupción voluntaria del embarazo debe ser realizada o supervisada por un/a profesional de la salud.

El mismo día en el que la mujer o persona gestante solicite la interrupción voluntaria del embarazo, el/la profesional de la salud interviniente debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la prosecución de la práctica y los riesgos de su postergación.

La información prevista debe ser clara, objetiva, comprensible y acorde a la capacidad de comprensión de la persona. En el caso de las personas con discapacidad, se debe proporcionar en formatos y medios accesibles y adecuados a sus necesidades. En ningún caso puede contener consideraciones personales, religiosas o axiológicas de los/as profesionales de la salud ni de terceros/as.

Se deben establecer mecanismos efectivos para garantizar el cumplimiento del plazo y condiciones establecidas en la presente ley a las mujeres o personas gestantes privadas de su libertad.

Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa derivada de su cumplimiento, sin perjuicio de los casos de imprudencia, negligencia e impericia en su profesión o arte de curar o inobservancia de los reglamentos y/o apartamiento de la normativa legal aplicable.

ARTÍCULO 15- *Objeción de conciencia.* El/la profesional de la salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción voluntaria del embarazo tiene la obligación de garantizar el acceso a la práctica y no puede negarse a su realización.

El/la profesional mencionado/a en el párrafo anterior sólo puede eximirse de esta obligación cuando manifestare su objeción previamente, de manera individual y por escrito, y la comunicare a la máxima autoridad del establecimiento de salud al que pertenece.

La objeción puede ser revocada en iguales términos, y debe mantenerse en todos los ámbitos, públicos o privados, en los que se desempeñe el/la profesional.

El/la profesional no puede objetar la interrupción voluntaria del embarazo en caso de que la vida o la salud de la mujer o persona gestante estén en peligro y requieran atención médica inmediata e impostergable.

Cada establecimiento de salud debe llevar un registro de los profesionales objetores, debiendo informar del mismo a la autoridad de salud de su jurisdicción.

Queda prohibida la objeción de conciencia institucional y/o de ideario.

ARTÍCULO 16- *Cobertura.* El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en las Leyes 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por Ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidas en la Ley 26.682 de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del Decreto 1993/2011, las obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la Ley 24.741 de Obras Sociales Universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliadas o beneficiarios independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), como así también las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

ARTÍCULO 17- *Registro estadístico.* Créase un registro de estadísticas, monitoreo y evaluación de la interrupción voluntaria del embarazo, a efectos de generar información actualizada relativa a la implementación de la presente ley.

La autoridad de aplicación, en articulación con las jurisdicciones provinciales, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios, debe arbitrar los medios a fin de llevar un registro estadístico en todo el territorio nacional de:

- a) Las consultas realizadas a los fines de acceder a lo dispuesto por la presente ley;
- b) Las interrupciones voluntarias del embarazo efectuadas, indicando el plazo y cuál de los supuestos del artículo 3° de la presente ley hubiera sido invocado;
- c) La información de los registros de objetores previstos en el art. 15 de la presente ley;
- d) Todo dato sociodemográfico que se estime pertinente para evaluar en forma anual los efectos de la presente ley, así como los indicadores de seguimiento que pudieren realizarse.

En todos los casos se tomarán los recaudos necesarios para salvaguardar el anonimato y la confidencialidad de los datos recabados.

ARTÍCULO 18- *Definiciones.* A los efectos de la presente ley, interrupción voluntaria del embarazo y aborto son considerados términos equivalentes y salud se entiende conforme a la definición que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

TÍTULO III

Políticas de salud sexual y reproductiva. Educación sexual integral.

ARTÍCULO 19- *Políticas de salud sexual y reproductiva. Educación sexual integral.* El Estado Nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de establecer políticas activas para la prevención de embarazos no deseados, y la promoción y el fortalecimiento de la

salud sexual y reproductiva de la población. Estas políticas deberán estar enmarcadas en los objetivos y alcances establecidos en las Leyes 25.673, 26.150, 26.485 y 26.061, además de las leyes citadas anteriormente en la presente ley. Deberán además capacitar en perspectiva de género a todos/as los/las profesionales y personal de la salud a fin de brindar una atención, contención y seguimiento adecuados a las mujeres que deseen realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley.

El Estado debe asegurar la educación sexual integral, lo que incluye la procreación responsable, a través de los programas creados por las Leyes 25.673 y 26.150. En este último caso, deben incluirse los contenidos respectivos en la currícula obligatoria de todos los niveles educativos, independientemente de la modalidad, entorno o ámbito de las distintas instituciones educativas, sean éstas de gestión pública o privada, lo que deberá hacerse efectivo en todo el territorio nacional a partir del próximo ciclo lectivo.

La educación sexual integral es un derecho y deberá impartirse en todo el sistema educativo sin excepción, y con especial referencia y atención a las comunidades más vulnerables y a la diversidad e identidad de los pueblos originarios.

ARTÍCULO 20- *Comisión Bicameral de Seguimiento de la normativa sobre salud reproductiva y educación sexual.* Créase la Comisión Bicameral de Seguimiento de la normativa sobre salud reproductiva y educación sexual, la que tendrá las siguientes funciones:

- a) Solicitar informes de las autoridades de los ámbitos nacional, provincial y municipal referidos a la implementación de las medidas contenidas en las leyes 25.673, 26.061, 26.150 y 26.485 y concordantes, así como de entidades privadas que trabajen en la materia.
- b) Receptar denuncias y/o informes provenientes de miembros de la comunidad educativa sobre la falta u obstrucción de la aplicación efectiva de la ley.
- c) Convocar a funcionarios encargados de la aplicación del Programa de Educación Sexual Integral para que informen acerca de la implementación efectiva de la ley.

- d) Promover reuniones científicas que ofrezcan alternativas para la más eficaz aplicación de la normativa en cuestión.
- e) Impulsar, a partir de la evaluación que formule, la sanción de nuevas normas o reformas a las existentes con el fin de remover los obstáculos que se hayan presentado y favorezcan el logro de los objetivos propuestos.
- f) Presentar un informe anual circunstanciado del estado de aplicación de las normas en la materia.

La Comisión establecerá su estructura interna y dictará su propio reglamento de funcionamiento.

ARTÍCULO 21- *Composición.* La Comisión Bicameral prevista en el artículo anterior estará integrada por siete (7) diputados/as y siete (7) senadores/as nacionales, respetando la proporcionalidad de cada representación legislativa y será presidida, anualmente, y en forma alternativa por cada Cámara.

TÍTULO IV

Disposiciones finales

ARTÍCULO 22- *Autoridad de aplicación.* La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

ARTÍCULO 23- *Orden público.* Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

ARTÍCULO 24- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

Las versiones taquigráficas de las exposiciones realizadas en la H. Cámara de Diputados en el marco del tratamiento de los proyectos sobre “Interrupción Voluntaria del Embarazo” pueden consultarse [AQUÍ](#).



Observatorio de Derechos Humanos

H. Senado de la Nación

Directora: Norma Morandini

H. Yrigoyen 1710, 9° piso, of 909

(011) 28223970 / 3972

observatorioddhh@senado.gov.ar

observatddhh@gmail.com

Julio 2018.-