

CLACAI - La salud reproductiva es vital

Regulaciones de aborto tras la pandemia en América Latina

Informe nacional - Argentina

El presente informe nacional fue elaborado por el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) en el marco de la iniciativa *La salud reproductiva es vital* del Grupo Jurídico de CLACAI - Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. En este se realiza un análisis acerca del marco regulatorio del derecho al aborto en Argentina luego de la pandemia por COVID-19 a la luz de estándares internacionales de protección de derechos humanos y pautas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

I. Metodología

A fin de sistematizar la información disponible se recurrió a una metodología que consistió en el relevamiento de normas jurídicas de alcance general (fuentes primarias) vinculantes y vigentes en todo el territorio del país. De este modo, se utilizaron la Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Decreto N° 516/2021 (reglamentación de la Ley N° 27.610) y los artículos 86, 87 y 88 del Código Penal de la Nación (CP). Además, se recurrió de forma complementaria a la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, a la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales, a la Ley N° 27.553 de Recetas Electrónicas o Digitales, a la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y a los artículos 26 y 59 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN).

Sumado a esto, la matriz de carga fue completada utilizando la información contenida en el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo" (Edición 2021) aprobado por Resolución 1531/2021 del Ministerio de Salud de la Nación (en adelante, "el Protocolo"). Este protocolo, a diferencia de las normas mencionadas anteriormente y debido al carácter federal de la República Argentina, no resulta vinculante por sí mismo para todas las jurisdicciones del país. El

Protocolo funciona como una guía para los equipos de salud y las provincias no se encuentran obligadas a aplicarlo en su territorio. Sin perjuicio de esto, muchas provincias lo aplican dentro de su jurisdicción, tal como la Provincia de Neuquén y la Provincia de La Rioja. Otras han dictado sus propias normas locales, entre las que podemos mencionar la *“Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires”*.

En cuanto al análisis del contexto regulatorio de dos jurisdicciones locales, corresponde aclarar que la Ley N° 27.610 tiene carácter de orden público y se aplica por igual en todo el territorio nacional, por lo que no existen diferencias normativas en cuanto a la regulación del aborto en las distintas provincias. Sin perjuicio de esto, existen diferencias significativas en cuanto a su implementación y a las rutas de atención disponibles. En el tercer apartado de este informe se realizará un análisis comparativo del grado de implementación de la Ley N° 27.610 en las provincias de **Buenos Aires (PBA)** y **Santa Cruz** en base a la información proporcionada por estas dos jurisdicciones y la recabada por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

II. Contexto regulatorio

II. A. Enfoque de derechos humanos

La Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo fue sancionada el día 30 de diciembre de 2020 y entró en vigencia el día 15 de enero de 2021. Esta refiere al aborto como un derecho y lo enmarca dentro de la obligación de cumplimiento de *“los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible”*. Además, la ley hace expresa mención a que sus disposiciones se encuentran enmarcadas en los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de

Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y su Protocolo Facultativo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PICCP), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDD), la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

En cuanto al abordaje de interseccionalidad contemplado en la ley, esta no hace referencia expresa a este concepto, más allá de establecer en su artículo 3 que la ley se enmarca en virtud de la protección que los instrumentos internacionales de derechos humanos otorgan “(...) a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos (...)”. Además de esto, su texto encuentra apoyatura en el modelo social de discapacidad y tiene especial consideración por los derechos de niñas y adolescentes en la atención de su salud.

El derecho a la salud es abordado desde una perspectiva de derechos humanos, indicando la norma que deben garantizarse los derechos a recibir un trato digno, a la privacidad, a la confidencialidad, a la autonomía de la voluntad, al acceso a la información y a la atención de calidad durante la práctica y en la atención postaborto.

A su vez, la Ley N° 27.610 hace mención en distintas ocasiones a las definiciones y estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así, refiere a la OMS cuando describe el derecho a la calidad en la atención de la salud y al indicar que la cobertura de la IVE/ILE debe ser prevista “en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda”. Sumado a esto, menciona de forma expresa el derecho a gozar de los avances científicos.

En cuanto al derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar, la ley adopta un modelo de regulación mixto consistente en el derecho a decidir y acceder a una interrupción del embarazo hasta la semana catorce, inclusive, del proceso gestacional. Fuera

de este plazo, la norma establece que se podrá acceder a la práctica si el embarazo fuere resultado de una violación o si estuviere en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

Con relación al deber de confidencialidad y de resguardo del secreto profesional, la norma identifica el derecho a la privacidad y el deber de confidencialidad como derechos que deben ser garantizados en la atención del aborto y postaborto. Asimismo, establece de forma expresa que la persona con capacidad de gestar debe ser protegida de cualquier injerencia ilegítima por parte de terceros.

Por otro lado, el Decreto Reglamentario 516/21 agrega que, en el marco del deber de guardar secreto profesional, el personal de salud se encuentra vedado de entregar información sanitaria de la persona gestante, salvo autorización de la paciente o existencia de una orden judicial que lo/a releve de este deber.

Con relación a la obligación de los equipos de salud de realizar denuncias en caso de tomar conocimiento de interrupciones del embarazo realizadas por fuera de los supuestos previstos en la ley, si bien la norma no hace expresa mención a este supuesto los/as profesionales de la salud tienen el deber de guardar el secreto profesional y no pueden violar esta obligación, la cual además se encuentra contemplada en la Ley N° 25.326 de “Protección de Datos Personales” y en la Ley N° 26.529 de “Derechos del Paciente”. Además, el artículo 177 del Código Procesal Penal de la Nación (CPPN) dispone que los/as profesionales de la salud tienen la obligación de denunciar los delitos contra la vida y contra la integridad física salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional. Sobre esta cuestión se expidió la Cámara Nacional de Casación Penal en el Plenario “Natividad Frías” (1966) en el cual dispuso que la denuncia realizada por el/la profesional no puede dar lugar a la persecución penal de la mujer que haya causado su propio aborto si tomó conocimiento de esto en el ejercicio de su profesión.

Sumado a esto, la Ley N° 27.610 dispone que las mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a acceder a la atención postaborto sin perjuicio de que la interrupción

se haya realizado por fuera de los casos legalmente habilitados, sin que puedan ser perseguidas penalmente por ello.

El derecho a la información también se encuentra contemplado en la ley, la cual establece que la persona con capacidad de gestar tiene derecho a recibir información adecuada sobre su salud y a que el personal de salud le garantice una escucha activa y respetuosa. La información que le debe ser suministrada tiene que abarcar los distintos métodos de interrupción, el procedimiento, sus alcances y sus posibles consecuencias, así como los cuidados posteriores que requiere. La información debe ser accesible, actualizada científicamente y adecuada.

Por último, la norma no contempla la obligación del Estado o de otros actores de difundir información acerca de los derechos y obligaciones contempladas en ellas, pero sí prevé el deber de los/as profesionales de la salud de capacitarse en los contenidos de la ley. Tampoco crea mecanismos de rendición de cuentas sobre su implementación, sin perjuicio de que los/as profesionales de la salud pueden ser responsables civil, penal y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión. La ley tampoco incluye instancias de participación de la sociedad civil en la implementación de las políticas públicas.

II.B Enfoque de salud

La aprobación de la Ley N° 27.610 supuso un cambio de paradigma para Argentina vinculado a la forma en la que se abordaba el derecho al aborto. La norma abandona un enfoque basado principalmente en la penalización del aborto para pasar a una regulación que, sosteniendo la reserva penal para los casos que no se encuentran amparados por la norma, reconoce el aborto como un derecho y, por consiguiente, obliga al Estado a garantizar su acceso. Así, dispone lineamientos para políticas públicas sanitarias que garanticen el acceso a la práctica a todas las personas que lo soliciten. La Ley 27.610 modifica distintos artículos del Código Penal de la Nación y penaliza el aborto llevado a cabo sin consentimiento de la persona con capacidad de gestar y el realizado luego de las semanas 14 de gestación

cuando no mediaren causales, sea este causado por la propia persona gestante o por otra persona. Además, crea el artículo 85 bis, el cual penaliza la dilación injustificada, la obstaculización o denegación del aborto en los casos legalmente autorizados. Sin perjuicio de estas disposiciones penales, la norma se centra principalmente en establecer el piso mínimo de garantía del acceso al derecho al aborto en el sistema de salud.

El aborto autogestionado, o fuera del sistema de salud, se encuentra permitido por la norma. El Protocolo hace expresa mención a esta práctica, destacando la importancia de proporcionar información sobre la forma de realizar el tratamiento de forma ambulatoria y los posibles signos de alarma a los que se deberá prestar especial atención, como fiebre y dolor abdominal intenso. No se reconoce el acompañamiento como una opción segura ni se contempla ningún tipo de asistencia, capacitación o promoción de organizaciones que realicen acompañamientos de abortos.

La norma no prevé la ampliación de profesionales o personal sanitario habilitado para realizar la práctica. Esto se encuentra definido en las leyes de incumbencias profesionales vigentes en cada jurisdicción del país dado el federalismo sanitario argentino. Sin embargo, la norma utiliza el término “profesional de la salud” en un sentido amplio y no lo restringe a especialistas o médicas/os por lo que, eventualmente, podrían ampliarse incumbencias de profesionales de la salud que incluyan garantizar el acceso al aborto.

Con relación a las causales habilitadas para abortos legales, el ordenamiento jurídico reconoce su interpretación amplia para la interrupción legal del embarazo. En el caso de una violación, la persona gestante mayor de 13 años deberá completar una declaración jurada y no se le podrá solicitar ningún otro requisito, autorización o trámite. Además, el Protocolo indica que *“aún ante la duda sobre la veracidad de la violación, es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso a la ILE”*.

En cuanto a la causal peligro para la vida o salud, el Protocolo establece que este deberá ser *“evaluado y establecido por el personal de salud interviniente en el marco de la relación médico-paciente, y conforme los derechos a la salud, al trato digno, al acceso a la*

información y a la autonomía de las gestantes”, teniendo presente que “La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr es el factor determinante para la configuración de la causal”. Además, utiliza la definición que brinda la OMS, indicando que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Por último, la Ley N° 27.610 no impone ningún requisito que no sea estrictamente necesario para la realización de la práctica. De este modo, no incluye mención a ecografías obligatorias, periodos de reflexión, tiempos de espera, denuncia previa en casos de violencia sexual ni residencia en el país o domicilio del efector.

II. C. Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Tanto la Ley N° 27.610 como el Protocolo incorporan los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la provisión de abortos seguros. La Ley N° 27.610, en su artículo 5 inciso f, establece que *“El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada”*. Asimismo, en su artículo 12 señala que los tres subsistemas de salud (público, privado y de la seguridad social) *“deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo (...) en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda”*.

Por su parte, el Protocolo hace expresa referencia a las definiciones proporcionadas por la OMS, así como a sus estadísticas, indicaciones y recomendaciones. De este modo, se refiere a la combinación del uso de misoprostol y mifepristona como *“La medicación de elección recomendada por la OMS”*. Además, el Protocolo cuenta con un cuadro titulado *“Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2014)”* en donde se describen los distintos procedimientos que debe seguir el personal médico para la realización de la práctica.

III. Análisis de implementación en jurisdicciones locales

Como se mencionó en el apartado de “Metodología”, no existen diferencias a nivel regulatorio en las provincias con relación a la práctica de interrupción del embarazo ya que las disposiciones de la Ley N° 27.610 son de aplicación obligatoria en todo el país. La única diferencia que podemos marcar a nivel regulatorio es la libertad que tiene cada jurisdicción de adherirse al Protocolo nacional, sancionar sus propios protocolos y/o guías de atención o limitarse a cumplir con directivas que prevé la ley nacional.

En esta ocasión se seleccionaron la Provincia de Buenos Aires (PBA), ubicada en el centro del país, y la Provincia de Santa Cruz, ubicada en el sur del país. En el caso de la Provincia de Buenos Aires, como fue mencionado anteriormente, se sancionó una “Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires” que se encuentra vigente desde enero de 2021 y recepta los principios contenidos en la ley y en el protocolo nacional. Sumado a esto, la PBA habilitó un espacio en la página web de su Ministerio de Salud especialmente destinado a ofrecer información sobre cómo acceder a una interrupción del embarazo en la provincia.¹ Dentro de esta página se puede encontrar un mapa de la red de acceso al aborto en la provincia que contiene información acerca de cada uno de los hospitales y centros de salud que se encuentra garantizando la práctica en esta jurisdicción y a los que las mujeres y personas gestantes pueden acudir. Este sitio también permite descargar un listado de efectores que se encuentra dividido por localidad y contiene su información de contacto y su dirección. Del listado surge que la PBA cuenta con un total de 479 efectores de salud que garantizan la práctica actualmente, incluyendo centros de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención.

Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, surge de la información publicada que hay localidades de la provincia que cuentan con sólo uno o dos centros de salud que garantizan la práctica, como Coronel Suárez y Quequén y que, además, localidades como San Miguel no

¹ El sitio se encuentra disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/>

cuentan con ningún efector de salud provincial que garantice la práctica de interrupción del embarazo.

Por otro lado, la Provincia de Santa Cruz no ha sancionado al día de la fecha protocolos o guías propias para la atención de la práctica de interrupción del embarazo. No obstante, cuenta con la Resolución Ministerial N° 0550, sancionada en abril de 2022, que instruye a las direcciones hospitalarias de la provincia la creación de consultorios especializados en salud sexual integral con perspectiva de género y diversidad en el ámbito del sistema local de salud, así como a la inclusión de, al menos, un/a referente en la materia en cada centro de salud, incluidos centros de atención primaria.

No surge de la página web del Ministerio de Salud y Ambiente de la Provincia de Santa Cruz que cuenten con listados de efectores o información pública disponible acerca de cómo acceder a la práctica en la provincia. La única información disponible se encuentra en una cuenta de la aplicación Instagram² en la cual se informa a través de un *reel* de fecha 24 de junio de 2022 que *“todas las localidades de [la Provincia de Santa Cruz] ya cuentan con su Consultorio de Salud Sexual Integral con Perspectiva de Género y Diversidad”* donde *“se hacen acompañamientos de interrupción del embarazo”*. También se informa a través de esta plataforma que se realizó un cambio en la forma de acceder a la IVE/ILE en la provincia a través de la Caja de Servicios Sociales, por lo que a partir del día 30 de mayo de 2022 se puede acceder a la compra de misoprostol en farmacias con receta y credencial de la obra social, sin necesidad de auditoría previa.³

En cuanto a datos oficiales disponibles de implementación de la Ley 27.610, según el informe *“ImplementAR”*⁴ elaborado por la DNSSyR se realizaron un total de 64.164⁵ interrupciones del embarazo en todo el país durante el año 2021. De estas, 26.500 pertenecen

² Disponible en: <https://www.instagram.com/saludsexualsantacruz/>

³ Disponible en: <https://css.gov.ar/la-css-cambio-la-modalidad-de-auditoria-del-programa-anticoncepcion-e-ile/>

⁴ Este informe contiene información acerca del grado de implementación de la Ley N° 27.610 en las provincias del país durante el año 2021.

⁵ Corresponde realizar la aclaración que los números que surgen de este informe corresponden a la cantidad de Misoprostol que recibió cada jurisdicción del país por parte de la DNSSyR durante el año 2021.

a la Provincia de Buenos Aires y 250 a la Provincia de Santa Cruz.⁶ Además de esto, la DNSSyR también informó que durante el año 2021 realizaron 41 asistencias técnicas a la Provincia de Buenos Aires y 11 a la Provincia de Santa Cruz. Al día de la fecha, no se cuenta con información acerca del grado de implementación de la Ley N° 27.610 durante el año 2022.

IV. Conclusión

La sanción de la Ley N° 27.610 refleja un avance significativo en la ampliación de derechos de las mujeres y personas gestantes en Argentina. Tanto la norma como el Protocolo nacional adoptaron un enfoque de derechos humanos y salud en el abordaje de la práctica y se apoyaron en las recomendaciones e indicaciones de la OMS sobre la materia.

Sin perjuicio de esto, observamos con preocupación la disparidad que existe en el acceso a la práctica en las distintas jurisdicciones del país. Si bien la Provincia de Buenos Aires cuenta con información adecuada y accesible acerca de cómo acceder a la práctica, varias de sus jurisdicciones municipales no parecen brindar atención suficiente para garantizar este derecho. En el caso de la Provincia de Santa Cruz, notamos que recientemente ha comenzado a adoptar medidas tendientes a la implementación de la Ley N° 27.610, cuando la ley se encuentra en vigencia hace ya más de un año. Además, no se cuenta con información acerca de en cuántas localidades de esta provincia se encuentran efectivamente realizando interrupciones del embarazo y con cuántos efectores de salud se cuenta por municipio.

La disparidad en el acceso a las prestaciones de salud contempladas en la Ley N° 27.610 trae como consecuencia la creación de situaciones de desigualdad entre mujeres y personas con capacidad de gestar que se encuentran residiendo en las distintas jurisdicciones del país. De este modo, la heterogeneidad en el grado de implementación de la norma representa una barrera arbitraria e injustificada al acceso al aborto legal, obligando a las mujeres y personas gestantes a trasladarse a otras localidades para ejercer los derechos

⁶ La Provincia de Buenos Aires cuenta con 16,66 millones de habitantes y la Provincia de Santa Cruz con 320.469 habitantes según datos del año 2015.



garantizados en la ley, vulnerando de este modo su derecho al pleno goce de su salud reproductiva en condiciones de igualdad y no discriminación.

El acceso a la interrupción del embarazo de las mujeres y personas gestantes debe garantizarse teniendo en miras las obligaciones internacionales que recaen sobre el Estado y de conformidad con los estándares de derechos humanos en la materia, los cuales demandan la adopción de acciones para eliminar todo tipo de barrera normativa o fáctica que dificulte el acceso de las mujeres y personas gestantes a un aborto seguro y a su prestación oportuna.