

Decisión prohibida

Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina

I. Resumen.....	1
II. Recomendaciones	6
Al gobierno de Argentina	6
A los donantes	9
A la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.....	9
III. Marco general y antecedentes.....	10
La condición política, económica y social de la mujer	10
Nacionalismo y el rol procreador de la mujer	12
La oposición de la Iglesia Católica a los derechos reproductivos.....	18
IV. Obstáculos generalizados en el acceso a los anticonceptivos.....	22
Violencia doméstica y sexual.....	23
Información tendenciosa, incorrecta, o incompleta	28
Restricciones económicas	32
V. Ligadura tubaria voluntaria: Un estudio de caso sobre la denegación de acceso a anticonceptivos	36
La ligadura tubaria y la ley.....	37
Decisiones de la mujer sujetas a la autoridad masculina	39
Decisiones de la mujer sujetas a veto médico arbitrario	41
El dinero supera la necesidad médica: Acceso disponible en clínicas privadas.....	44
El requisito de la autorización judicial	45
VI. Obstáculos al derecho a decidir en asuntos relacionados con el aborto.....	49
Incumplimiento de la ley.....	50
Abortos ilegales y poco seguros.....	52
Métodos comunes para inducir el aborto en Argentina.....	54
Consecuencias para la salud	55
Ausencia de responsabilidad médica.....	57
Atención post aborto inadecuada o inhumana.....	59
Obligación de denunciar a las mujeres a las autoridades	65
Condenadas a prisión por aborto	66
VII. Derecho internacional de derechos humanos y aborto	68
Derecho a la no discriminación y a la igualdad	70
Derechos a la salud y a la atención médica	73
El derecho a la vida.....	77
El derecho a la libertad.....	83

El derecho a la privacidad y el derecho a decidir el número de hijos e intervalo entre los nacimientos.....	84
El derecho a la libertad de conciencia y religión	86
VIII. Conclusión	86
IX. Agradecimientos.....	87

I. Resumen

Las decisiones sobre anticoncepción y aborto son difíciles, sumamente personales y a veces dolorosas. En Argentina, a las mujeres se les impide sistemáticamente tomar tales decisiones. A pesar de los notables avances recientes en el área de la participación política e independencia económica de la mujer, médicos y cónyuges siguen manteniendo control sobre la salud reproductiva de las mujeres a través de leyes y prácticas que someten el proceso de toma de decisiones de la mujer a interferencia arbitraria externa. Históricamente, varios gobiernos han legislado en materia de anticoncepción y aborto como si las mujeres fueran instrumentos reproductivos y no seres humanos en igualdad de condiciones, contribuyendo de este modo a una arraigada sensación entre proveedores de salud y políticos de que el control de la natalidad y la salud reproductiva de alguna manera son conceptos ilegítimos, amorales, e inclusive ilegales. Las consecuencias para la salud y vidas de las mujeres son nefastas, y, en ocasiones, mortales.

Mientras que el actual gobierno argentino ha dado pasos importantes para confrontar varios de los abusos expuestos en este informe, sus esfuerzos hasta la fecha continúan siendo minados por funcionarios de la salud pública que se oponen a la reforma, algunos de los cuales temen ser objeto de represalias por parte de poderes locales.

Este informe detalla las restricciones y los importantes—a veces insuperables—obstáculos que enfrentan las mujeres que quieren usar anticonceptivos. Estas barreras incluyen la violencia doméstica y sexual a manos de sus parejas íntimas: un problema que las autoridades no buscan prevenir y remediar con la suficiente efectividad. Otra barrera es la información evidentemente inadecuada o tendenciosa proporcionada por los trabajadores del sistema de salud pública. Una tercera barrera es que muchas mujeres simplemente no pueden pagar por los métodos anticonceptivos, y las promesas de asistencia por parte del gobierno frecuentemente no llegan a las más necesitadas.

Algunas mujeres nos contaron que sus parejas o cónyuges abusivos sabotean a propósito su intento de acceder a anticonceptivos. “El siempre me decía: ‘Yo te voy a llenar de hijos y no vas a irte de mi lado,’” dijo Gladis Morello, de treinta y dos años y madre de ocho hijos de la provincia de Buenos Aires. Otros declararon que los funcionarios de salud pública a veces les proporcionan información incorrecta o que hacían poco esfuerzo para combatir la desinformación distribuida, porque se oponen a la anticoncepción y al aborto. Paola Méndez, de treinta y cinco años y madre de diez hijos de la provincia de Buenos Aires, dijo: “Yo me quise colocar el DIU [dispositivo

intrauterino], pero ... [el] médico mismo me ... explicó, que la mayoría [de los neonatos de mujeres que tienen DIUs], casi siempre nacen con el DIU en la cabeza”. Esta aserción no tiene base en la experiencia médica científica.

El acceso de las mujeres al método anticonceptivo de su elección también es sujeto a restricciones legales. En el derecho argentino, el acceso voluntario a la esterilización quirúrgica—una de las formas más efectivas de anticoncepción—está seriamente limitado. Muchos hospitales públicos, en una violación de los estándares internacionales de derechos humanos sobre privacidad, no discriminación y salud, requieren que la mujer obtenga el consentimiento de su cónyuge para la operación, que tenga por lo menos tres hijos vivos, y que tenga más que treinta y cinco años, para que pueda ser candidata al procedimiento quirúrgico. Más aún, a algunas mujeres se les exige autorización judicial para acceder a la ligadura tubaria, aún cuando cumplan con todos los otros requisitos.

Cuando una mujer no puede o no quiere continuar con un embarazo no deseado, la única opción para muchas es un aborto ilegal y por lo tanto en muchas ocasiones inseguro. El costo para la salud y las vidas de las mujeres es inmenso: estos abortos son la principal causa de muerte materna en el país, responsable de un tercio de estas muertes.

“La misma desesperación te agarra”, dijo Paola Méndez. “Buscás un montón de vueltas, pastillas, lo que fuera. Pero si no hay salida, agarrás un cuchillo o una aguja de tejer”. En Argentina, aproximadamente el 40 por ciento de todos los embarazos termina en abortos ilegales, un claro indicador de que las mujeres no están en condiciones de controlar su propia salud y fertilidad. Aunque el número de mujeres presas en Argentina por haberse practicado un aborto o por haber consentido a un aborto es mínimo comparado con el número estimado de abortos realizados, la amenaza de pena de prisión por someterse a un aborto es real y es percibida como tal por las mujeres que Human Rights Watch entrevistó. Muchas mujeres con embarazos no deseados apuntan directamente al aborto ilegal e inseguro, aun cuando su vida o salud corre peligro por el embarazo, porque tienen miedo de las consecuencias legales.

Human Rights Watch también descubrió que algunas mujeres recibieron un trato inhumano o a veces extremadamente inadecuado al solicitar asistencia médica por abortos incompletos o infecciones causadas por abortos inseguros. Una trabajadora social de la provincia de Santa Fe nos dijo: “Una mujer [con la que trabajamos] llega al hospital en muy mal estado con un aborto que se había infectado y con hemorragia. La

empezó a revisar un médico, cuando la empieza a ver y se da cuenta, tiró las herramientas al suelo. Dijo: ‘Eso es un aborto, ¡moríte!’”

En el año 2003 el gobierno comenzó a implementar un muy necesitado programa nacional sobre salud reproductiva. La intención de este programa es abordar los obstáculos económicos de las mujeres pobres al acceso a los anticonceptivos a través de la distribución gratuita de algunos métodos anticonceptivos en el sector de salud pública. Otra intención es enfrentar las diferencias en acceso a los anticonceptivos entre las provincias, ya que el gobierno nacional se compromete a través del programa a proveer todos los métodos anticonceptivos necesarios y aprobados por el mismo a las provincias que se subscriben.

Ante presión continua por parte de la sociedad civil, y como resultado de su compromiso anteriormente articulado, el gobierno lanzó en abril de 2005 una campaña pública para informar a la población en general sobre los servicios de salud reproductiva que son accesibles a través del programa nacional, calificando de derecho legal el acceso a los anticonceptivos y a la consejería. Anteriormente, en octubre de 2004, los ministerios provinciales de salud se habían comprometido a reducir la mortalidad materna en el país a través de la provisión de atención post-aborto humanizada, rápida y efectiva, y garantizando a las mujeres el acceso a un aborto seguro donde éste no esté penalizado por la ley. En el momento en que este informe fue a imprenta, el gobierno nacional estaba por publicar una guía de atención humanizada post-aborto, a ser distribuida a los jefes de maternidades en los hospitales públicos.

Sin embargo, la voluntad explícita del gobierno de facilitar que la mujer tome sus propias decisiones en materia de reproducción y salud hasta ahora no ha logrado beneficiar a las mujeres más necesitadas. Las razones son múltiples. Primero, las autoridades no han dedicado la atención debida a las barreras enfrentadas por las mujeres que quieren usar anticonceptivos, como por ejemplo la violencia doméstica. Segundo, varias leyes y políticas esenciales no están siendo implementadas. Algunos funcionarios de salud pública siguen cobrándoles a las mujeres por métodos anticonceptivos que, de acuerdo a la ley, deberían ser gratuitos, y las mujeres tienen un acceso seriamente limitado al aborto que no es sujeto a penalización: cuando la vida o la salud de la mujer embarazada corre peligro, y cuando el embarazo es fruto de la violación de una mujer mentalmente discapacitada. Tercero, las leyes actuales limitan de manera arbitraria el control de la mujer de su propia fertilidad y desalientan la atención médica necesaria, incluyendo la limitación del acceso a la ligadura tubaria voluntaria y al aborto, y obligando a los profesionales de salud a denunciar a las mujeres que solicitan la atención post aborto que les puede salvar la vida. Mientras que el efectivo cumplimiento de las leyes y políticas y la puesta en práctica de programas existentes constituiría una contribución importante al

abordaje de los daños concretos descritos en este informe, a largo plazo la reforma legal es esencial.

Ciertos opositores a la anticoncepción y al aborto en Argentina sostienen que el derecho internacional de derechos humanos, tal como se integra en la Constitución de Argentina, protege el “derecho a la vida” del feto y por lo tanto requiere la penalización del aborto. Esto no es así. Los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Argentina garantizan los derechos de las mujeres a la vida, a la integridad física, a la salud, a la no discriminación, a la privacidad, a la información, a la libertad religiosa y de conciencia, a la protección igual bajo la ley, y a tomar decisiones independientes sobre el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. Tomado como un todo, este cuerpo de derecho, incluyendo las interpretaciones directamente relevantes emitidas al respecto por las entidades autorizadas de las Naciones Unidas, lleva a la conclusión que la mujer tiene el derecho a decidir en asuntos relacionados con el aborto. El único instrumento de derechos humanos que explícitamente posibilita la aplicación del derecho a la vida desde el momento de la concepción—la Convención Americana sobre Derechos Humanos—contiene lenguaje específico con la intención explícita de sus fundadores, incluyendo Argentina, de que permita legislación doméstica no restrictiva sobre el aborto.

El aborto seguro y legal es esencial para la salud y autonomía de las mujeres, y sería la manera más directa de frenar la pérdida de vidas y otros efectos en la salud que podrían ser prevenidos y que resultan de la práctica del aborto ilegal, inseguro e irreglamentado que se lleva a cabo hoy en la Argentina. Aún las personas que están a favor del actual régimen restrictivo argentino sobre el aborto debieran reflexionar sobre los casos que se reseñan en este informe. Dada la extensión del daño y el número de mujeres cuya salud y vidas son destrozadas por el resultado de las actuales leyes y políticas, Human Rights Watch insta a todas las partes interesadas, sin importar su posición sobre el aborto, a priorizar que se les garantice a las mujeres el control independiente sobre su propia fertilidad a través de la provisión de información anticonceptiva correcta y de una gama completa de métodos anticonceptivos. También debería priorizarse el asegurar que todas las mujeres reciban atención de salud humanizada y adecuada, incluyendo cuando sufren las consecuencias de un aborto ilegal e inseguro.

En Argentina, como en muchos otros países, el debate público sobre el aborto y hasta incluso sobre los anticonceptivos y la educación sexual a veces ha involucrado posturas y acusaciones que no son dignas de una sociedad democrática. Las decisiones relacionadas con los anticonceptivos y el aborto son complicadas y socialmente disputadas. Sin embargo, también son una cuestión de derechos humanos. Es necesario constatar que hace ya casi veinte años desde que Argentina se unió a la comunidad internacional de

estados democráticos después de una dictadura militar dolorosa, y ratificó algunos de los tratados internacionales de derechos humanos más importantes, y hace más de diez años desde que se dio estatus constitucional a estos tratados. Es hora por tanto de tener un debate sobre anticonceptivos y aborto, y de tenerlo de manera civilizada. Human Rights Watch espera que este informe contribuya a tal debate.

A finales de mayo de 2005 cuando este informe estaba siendo finalizado, estaban por comenzar varias reformas importantes, como por ejemplo la distribución y puesta en práctica de una guía nueva sobre la atención humanizada post-aborto. Este informe demuestra la urgencia de estas reformas y resalta la necesidad de acción gubernamental más amplia y sostenida en el área de derechos reproductivos.

Este informe se basa en una investigación de campo realizada en Argentina entre septiembre y octubre de 2004, así como en investigaciones anteriores y posteriores. Una integrante del equipo de Human Rights Watch entrevistó a profundidad a más de cuarenta mujeres y una niña que experimentaron problemas en el acceso a anticonceptivos o que se habían sometido a abortos ilegales y poco seguros. Estas entrevistas se llevaron a cabo en las provincias de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe. Todos los nombres e información que puedan servir para identificarlas han sido cambiados para proteger su privacidad.

Pudimos contactar a estas personas principalmente gracias a la ayuda de ONGs argentinas y organizaciones de base que proveen servicios y apoyo a mujeres de bajos ingresos, mujeres víctimas de violencia familiar y sexual y a mujeres que viven con el VIH/SIDA.

Human Rights Watch también entrevistó a más de setenta representantes de agencias gubernamentales, de las Naciones Unidas y de ONGs especializadas en derechos de la mujer o salud reproductiva; a intelectuales, autoridades religiosas y funcionarios de la salud pública y administradores de hospitales. Parte de la información que pudiera usarse para identificar a los entrevistados ha sido retenida con el fin de proteger su privacidad. Como se indica, todos los documentos citados en este informe están disponibles al público o son parte del archivo de Human Rights Watch.

II. Recomendaciones

Al gobierno de Argentina

Human Rights Watch hace un llamado al gobierno de Argentina a que proteja los derechos humanos de las mujeres a la vida, a la integridad física, a la salud, a la no discriminación, a la privacidad, a la libertad, a la información, a la libertad religiosa y de conciencia, a la igualdad de protección ante la ley y el derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. Para este fin, identificamos como esenciales los siguientes pasos iniciales.

Al Presidente de la República Argentina

- Que continúe apoyando públicamente al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y que abogue por un adecuado financiamiento para este programa dentro del presupuesto del gobierno.
- Que apoye públicamente el derecho de las mujeres a un acceso libre al aborto seguro en los casos que actualmente se exoneran de sanción, y que apoye una reforma legislativa que permita el acceso de las mujeres a un servicio de aborto voluntario y seguro.

Al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

- Hasta que el Congreso argentino despenalice el acceso al aborto, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación debiera crear un marco reglamentario que garantice el acceso a un aborto voluntario y seguro cuando la vida o salud de la mujer embarazada estén en peligro y cuando el embarazo sea el resultado de una violación de una mujer mentalmente discapacitada (“idiota o demente”), como lo estipula la ley. Este marco reglamentario debiera hacer referencia explícita a la definición integral de “salud” internacionalmente aceptada y adoptada por la Organización Mundial de la Salud.
- Que continúe con la distribución de la guía para el mejoramiento de la atención post-aborto, que cree un marco reglamentario para la atención humanizada post aborto, y que exija que todos los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados, otorguen dicho tipo de atención. El ministerio debiera asegurar que todas las mujeres sepan y entiendan que recibirán atención post aborto en centros de salud y en hospitales, privados y públicos.

- Que continúe y amplíe sus esfuerzos para promover y diseminar información completa y correcta respecto a todos los métodos anticonceptivos seguros que han sido identificados como tales por la Organización Mundial de la Salud, inclusive a través de campañas de información pública dirigidas a la población en general.
- Que otorgue acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos en los centros de salud pública y en los hospitales. La mujer debe tomar la decisión sobre qué método usar con base en consejería médica científicamente informada. La completa gama de anticonceptivos seguros debe incluir la anticoncepción quirúrgica, como la ligadura tubaria, y la anticoncepción de emergencia (la “píldora del día después”)
- Que sostenga y amplíe la campaña de información pública sobre los contenidos de la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable y sobre los servicios que se entregan a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Que investigue y sancione a los funcionarios de salud que entreguen, a propósito, información incorrecta o incompleta sobre métodos anticonceptivos, inclusive a los que retengan información sobre métodos anticonceptivos específicos, y a los que no cumplan lo dispuesto por el Ministerio respecto a la forma en que se deben prestar los servicios de salud reproductiva. Las sanciones debieran incluir la suspensión o revocación de la licencia médica cuando se trate de un abuso repetido.
- Que elimine todas las precondiciones discriminatorias para el acceso a la ligadura tubaria voluntaria, incluyendo el consentimiento conyugal, y que desarrolle un marco reglamentario para normatizar el acceso a este tipo de método anticonceptivo que se adecue a los estándares de la Organización Mundial de la Salud.

Al Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología

- Que garantice el acceso a una educación sexual correcta, basada en la ciencia, en la enseñanza primaria y secundaria, tanto pública como privada. La educación sexual—adaptada a la edad y capacidad de los alumnos—debiera incluir información sobre la desigualdad entre hombres y mujeres, factor que atenta contra el derecho de las mujeres a la salud y a la toma de decisiones de manera

independiente en temas de salud sexual y reproductiva. También debiera incluirse información correcta y con fundamento científico sobre la prevención del VIH, incluyendo el uso de condones con este fin.

- Que asegure la inclusión de información completa sobre derechos sexuales y reproductivos en la Universidad y en los currículos de la educación superior de médicos, enfermeras, obstetras y otros profesionales de la salud.

Al Congreso

El Congreso de Argentina debiera sin demora:

- Legalizar y garantizar el acceso a la anticoncepción quirúrgica voluntaria, incluyendo la ligadura tubaria, incluso mediante la revocación de las disposiciones contenidas en la Ley Nacional 17.132/67 (sobre la profesión médica) y el Código Penal que limita dicho acceso. La ley debiera especificar que las mujeres no requieren autorización del cónyuge ni autorización judicial para acceder a cualquier forma de método anticonceptivo.
- Enmendar el Código Penal para penalizar explícitamente la violación conyugal.
- Requerir que los ministerios y las agencias de gobierno pertinentes instruyan a los funcionarios de salud, jueces, magistrados, abogados, policía y funcionarios relevantes sobre las leyes y reglamentos relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La instrucción debe incluir orientación respecto al acceso de las mujeres al aborto no punible y a la ligadura tubaria.
- Requerir que todas las agencias de gobierno pertinentes den capacitación en temas de prevención, investigación y sanción de la violencia en contra de las mujeres, incluyendo la violencia doméstica y sexual, especialmente a funcionarios de salud, jueces, magistrados, policía y funcionarios públicos pertinentes.
- Convocar a audiencias para examinar las fallas en la ejecución de la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable y tomar medidas inmediatas y efectivas para superar cualquier deficiencia.

- Promulgar leyes que permitan a las mujeres el acceso a un aborto legal y seguro. Estas medidas deben incluir la revocación de las disposiciones del Código Penal que penalizan el aborto, especialmente aquellas que castigan a las mujeres que se han sometido a un aborto inducido.
- Despachar con prontitud la ratificación del Protocolo Facultativo a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)

A los donantes

Los donantes y organismos internacionales que financian proyectos de salud sexual y reproductiva en Argentina debieran:

- Involucrarse con el gobierno argentino para asegurar que todas las mujeres tengan acceso a la información, a programas de educación sexual y a una gama completa de anticonceptivos efectivos y seguros.
- Abogar para que Argentina elimine todas las restricciones legales al aborto y asegurar el acceso a un aborto legal y seguro para las mujeres.
- Aumentar el financiamiento para los programas de salud sexual y reproductiva en Argentina. Apoyar las campañas de información del gobierno y las organizaciones no gubernamentales (ONGs) destinadas a educar a las mujeres respecto a sus derechos sexuales y reproductivos y al derecho a acceder a anticonceptivos y al aborto.

A la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) es una organización de la sociedad civil de ginecólogos y obstetras que delinea estándares éticos y presenta recomendaciones sobre prácticas adecuadas a sus miembros. Ya que los médicos y obstetras son los principales actores en la implementación de las políticas públicas y leyes sobre derechos sexuales y reproductivos, su participación y compromiso con el bienestar de las mujeres es esencial. FASGO debiera:

- Desarrollar y promover lineamientos éticos sobre la atención humanizada post aborto, incluyendo la condena explícita de aquellos profesionales de la salud que informen a las autoridades sobre mujeres que han tenido un aborto inducido. FASGO debiera investigar y someter a disciplina a cualquier miembro que realice el procedimiento de legrado sin anestesia.
- Promover que sus miembros alienten a las mujeres a que tomen decisiones informadas respecto a su fertilidad y salud reproductiva, a través de la entrega de información completa y correcta sobre métodos anticonceptivos disponibles.
- Ofrecer cursos regulares sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la escuela de ginecología y obstetricia de FASGO.

III. Marco general y antecedentes

La condición política, económica y social de la mujer

Durante los años ochenta y noventa, el movimiento de las mujeres en Argentina luchó y logró importantes avances en muchas áreas relacionadas a la condición de la mujer y a la participación de la mujer en pie de igualdad con el hombre. En 1991, el Congreso de Argentina—presionado por activistas de derechos de las mujeres que contaban con el apoyo de mujeres políticas—aprobaron una “ley de cupo” que obligaba a los partidos políticos a presentar por lo menos un 30 por ciento de candidatas mujeres a los cargos a elegir y en posiciones donde tuvieran posibilidad de resultar electas¹.

La reforma constitucional de 1994 reforzó estos avances, estableciendo el derecho constitucional a la igualdad de oportunidades en la participación política entre hombres y mujeres, garantizado por medidas concretas². La reforma constitucional también establece el deber general del Congreso de la Nación de “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre los derechos humanos, en particular respecto de ... las mujeres...³”. Estas reformas han cumplido su objetivo en términos de fomentar una

¹ Ley 24.012: Ley de Cupo, aprobada el 6 de noviembre de 1991, artículo 1.

² 1994 Constitución de la República Argentina, artículo 37. El artículo dice: “37. ... La igualdad real de oportunidades entre varones y mujeres para el acceso a cargos electivos y partidarios se garantizará por acciones positivas en la regulación de los partidos políticos y en el régimen electoral.”

³ 1994 Constitución de la República Argentina, artículo 75(23). El artículo dice: “75. Corresponde al Congreso: ... 23. Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de

creciente representación política femenina. En el 2003, las mujeres ocupaban el 31 por ciento de la representación parlamentaria y el 8 por ciento de los ministerios de gobierno, comparado a 6 y 0 por ciento respectivamente en 1990⁴.

Las mujeres en Argentina también se han incorporado a la fuerza laboral formal en mayor número que sus contrapartes, por ejemplo, en el vecino país de Chile. Tanto en Chile como en Argentina las mujeres representaban el 35 por ciento de la mano de obra asalariada no agrícola en 1991. Sin embargo, en el 2001, las mujeres en Argentina ya representaban casi el 43 por ciento de la mano de obra asalariada no agrícola, mientras que en Chile representaban sólo un poco más del 35 por ciento⁵. En mayo de 2003 existía poca diferencia en el acceso a educación promedio en Argentina entre varones y mujeres, o entre niños y niñas⁶, y según cifras de las Naciones Unidas, en 2001 la tasa de alfabetización tanto para hombres como para mujeres era superior al 98 por ciento⁷. Aunque muchas mujeres en Argentina continúan en trabajos temporales sin seguridad laboral, y ganan menos que los hombres por tareas similares, su creciente independencia económica ha sido clave para el avance de sus derechos en general.

La presencia de un fuerte movimiento de mujeres también ha sido un factor central para el desarrollo de los derechos de las mujeres. Por casi dos décadas, mujeres argentinas provenientes de organizaciones de base, ONGs, partidos políticos y juntas de vecinos de diversos intereses e ideologías han confluído en una reunión anual de talleres de trabajo, discusión y coordinación de campaña: el Encuentro Nacional de Mujeres. En el 2004,

trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre los derechos humanos, en particular respecto de ... las mujeres...”

⁴ Social Watch, *Informe 2004, Miedos y miserias: Obstáculos a la seguridad humana* (Montevideo, Uruguay: Social Watch, 2004), p. 101.

⁵ *Ibid.*, pp. 98-99.

⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Seguimiento de los informes periódicos de los Estados Partes: Argentina”, *U.N. Doc. CEDAW/C/ARG/5/Add. 1*, 29 de enero de 2004, p. 60.

⁷ Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO) Instituto de Estadísticas, “UNESCO Institute for Statistics, Country Profile: Argentina” [Instituto de estadísticas de UNESCO, perfil de país: Argentina] (Montreal: UNESCO Institute for Statistics, 2001) [en línea] http://www.uis.unesco.org/countryprofiles/html/EN/countryProfile_en.aspx?code=320.htm (descargado el 10 de febrero del 2005).

este encuentro atrajo a más de 10,000 mujeres a la provincia de Mendoza⁸ y el año anterior un número similar de mujeres se reunió en Rosario, provincia de Santa Fe⁹.

A pesar de los avances en la condición política y económica de la mujer, y pese a los continuos esfuerzos, al movimiento de mujeres argentino le ha tomado décadas conseguir logros mínimos en el derecho de las mujeres al acceso a los métodos anticonceptivos modernos y a la información sobre salud básica. Aunque la tasa de mortalidad materna en Argentina es baja si se compara con el resto de la región, es claramente superior a la de los países vecinos con bienestar económico comparable¹⁰. Aunque otros factores, incluyendo el acceso general a los servicios de salud, juegan un rol importante, la alta tasa de mortalidad materna en Argentina refleja la prevalencia del aborto ilegal, inseguro e irreglamentado, la cual a su vez es un producto de las barreras al acceso a los anticonceptivos y de la falta de control de las mujeres sobre su propia fertilidad y sobre decisiones respecto al número de hijos y al intervalo entre los nacimientos. Desde hace tiempo, el aborto ilegal constituye la principal causa de mortalidad materna en Argentina, provocando un tercio de las muertes maternas¹¹.

Nacionalismo y el rol procreador de la mujer

Históricamente, muchos gobiernos y legisladores de varios países en Sudamérica han declarado su oposición a métodos modernos de control de la natalidad, por lo general

⁸ Claudia Anzorena, "XIX Encuentro Nacional de Mujeres Mendoza 9, 10 y 11 de octubre del 2004", *Rima* (Argentina) sin fecha [en línea] http://www.rimaweb.com.ar/encuentros/mendoza2004/apesardetodo_canzorena.html (descargado el 4 de febrero del 2005).

⁹ Silvia Jayo, "El XVIII Encuentro de Mujeres en Rosario vota un plan de lucha", *Prensa Obrera* (Buenos Aires), 21 de agosto del 2003 [en línea] <http://www.po.org.ar/po/po814/elxviii.htm> (descargado el 4 de febrero del 2005).

¹⁰ La mortalidad materna en Argentina en el 2003 era de 46.1 por cada 100.000 nacimientos vivos, mientras que la cifra era de 230 para Bolivia y de 182.1 para Paraguay. Sin embargo, las tasas de mortalidad materna han sido consistentemente más bajas en Chile y en Uruguay—dos países con ingresos per capita similares a Argentina—aproximando las quince muertes por cada 100.000 nacimientos vivos en los últimos años. Datos de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, Sistema Generador de Tablas de la Organización Panamericana de la Salud [en línea] <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm> (descargado el 2 de diciembre del 2004).

¹¹ Datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación publicados en una presentación en Powerpoint preparada por Inés Martínez, coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, "Salud Reproductiva," 2004, diapositiva 6, en los archivos de Human Rights Watch. En algunas provincias, la proporción de muertes maternas atribuidas a abortos poco seguros es más alta que el promedio nacional. En Tucumán, por ejemplo, se estima que durante el 2003 el 75 por ciento de la mortalidad materna se podía atribuir a las consecuencias de abortos de alto riesgo. "Exhortan a disminuir la mortalidad materna" *El Siglo Web* (Tucumán) [en línea] http://www.elsigloweb.com/nota.asp?id_seccion=11&id_notas=29253 (descargado el 2 de diciembre del 2004).

refiriéndose a la doctrina de la Iglesia Católica¹². Sin embargo, en Argentina el gobierno llegó al extremo de prohibir la venta de todos los métodos anticonceptivos por varias décadas a fines del siglo XX—una demostración extrema de oposición a los métodos de control de natalidad, incluso para estándares de la región.

Esta posición se explica sólo parcialmente a causa de la doctrina de la Iglesia Católica. Históricamente, un componente central de la identidad de las élites políticas en Argentina ha sido su imagen de nación frontera a ser poblada por inmigrantes blancos provenientes de Europa¹³. La más célebre expresión de esta identidad es la frase “gobernar es poblar” atribuida a Bautista Alberdi, figura central de la historia política argentina, conocido como el “padre de la constitución argentina¹⁴”. De hecho, la constitución argentina encarga al gobierno federal la tarea de promover activamente la inmigración europea¹⁵. A través de los años—y más recientemente en 1995 durante un debate en el congreso sobre el acceso legal a los métodos anticonceptivos—la frase “gobernar es poblar” ha sido utilizada por varios actores políticos para justificar las limitaciones a la autonomía y derechos reproductivos de las mujeres, refiriéndose al rol central procreador de la mujer como un instrumento para el crecimiento de la población¹⁶. Este enfoque pro natal ha diferenciado históricamente a la Argentina del resto de Sudamérica, tanto así que Argentina, en 1996, era el único país de la región que no contemplaba ningún tipo de apoyo público al acceso a métodos anticonceptivos y en el 2001 era el único país que no otorgaba apoyo directo¹⁷.

¹² Ver, por ejemplo, “Polémica por píldora del día siguiente en Perú”, *Associated Press*, 14 de junio del 2004. Para más información sobre la influencia de la Iglesia Católica en las políticas públicas en Argentina, ver la siguiente sección de este informe.

¹³ Este sentimiento se reflejó en las políticas migratorias de 1870 en adelante, orientadas a poblar las pampas argentinas con inmigrantes europeos. Ver Susana Novick, *Políticas Migratorias en la Argentina*, Instituto Gino Germani (Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, sin fecha), [en línea] <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/pobmigra/archivos/migrar.pdf> (descargado el 4 de febrero del 2005).

¹⁴ Ver “Juan Bautista Alberdi” (Mendoza (Argentina): Gobierno de Mendoza) [en línea] <http://www.mendoza.edu.ar/efemerid/jalberdi.htm> (descargado el 4 de febrero del 2005).

¹⁵ 1994 Constitución de la República Argentina, artículo 25. El artículo dice “El Gobierno federal fomentará la inmigración europea; y no podrá restringir, limitar ni gravar con impuesto alguno la entrada en el territorio argentino de los extranjeros que traigan por objeto labrar la tierra, mejorar las industrias, e introducir y enseñar las ciencias y las artes”.

¹⁶ Ver Susana Novick, *Democracia y fecundidad: políticas relacionadas con la salud reproductiva y la anticoncepción. Argentina 1983-2001*, Instituto Gino Germani (Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, sin fecha), [en línea] <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/pobmigra/archivos/democracia.pdf> (descargado el 4 de febrero del 2005).

¹⁷ División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, “Fertility, Contraception, and Population Policies” [Fertilidad, Anticoncepción y Políticas Poblacionales] *U.N. Doc. ESA/P/WP.182*, el 25 de abril 2003 [en línea] <http://www.un.org/esa/population/publications/contraception2003/Web-final-text.PDF> (descargado el 18 de marzo del 2005), p 36. El apoyo indirecto al acceso a los anticonceptivos se define como el apoyo económico a organismos no gubernamentales que implementan programas de planificación familiar, en contraposición al apoyo directo a los programas de planificación familiar implementados a través del sistema de salud público.

La oposición del gobierno a la entrega de anticonceptivos e información sobre anticoncepción empezó en 1974, antes de los siete años de dictadura militar en Argentina (1976-1983). Esta postura ganó fuerza durante la dictadura militar y continuaba más de una década después de que el gobierno democrático ratificó los tratados de derechos humanos que protegen los derechos de la mujer a tomar decisiones independientes respecto a su salud y su vida. En 1974 el gobierno de Perón promulgó un decreto prohibiendo la venta de anticonceptivos, así como cualquier actividad relacionada al control voluntario de la natalidad, limitando la posibilidad de entregar servicios e información¹⁸. Estas medidas afectaron principalmente a individuos y familias de bajos ingresos, ya que aquellos con recursos económicos podían tener acceso a estos servicios en otros países. La prohibición siguió en efecto durante el gobierno militar y también después de que la junta militar dejara el poder en 1983. Fue finalmente revocada en 1985, luego de que Argentina ratificara la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)¹⁹. Tendrían que pasar otros diecisiete años hasta que el gobierno argentino pusiera la salud sexual y reproductiva en la agenda política nacional.

El tema del acceso a los anticonceptivos siguió generando controversia en los 1990s. En 1995, un proyecto de ley sobre salud reproductiva y las obligaciones del Estado respecto a la distribución de anticonceptivos fue debatido y aprobado por la Cámara de Diputados, pero el Senado nunca lo debatió, pues aparentemente lo consideró demasiado polémico. En 1999, el presidente Carlos Menem declaró el 25 de marzo como “Día del Niño por Nacer” dando un obvio espaldarazo a los que se oponen a los métodos anticonceptivos y al acceso a un aborto seguro²⁰.

Recién en el 2002 el congreso argentino llevó a cabo una reforma significativa, superando la fuerte oposición de la Iglesia Católica y de varios legisladores conservadores²¹, cuando aprobó la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable²². Aunque la ley tiene sus defectos y ha sido tildada de minimalista por muchas activistas de

¹⁸ Sandra Cesilini y Natalia Gherardi (eds.), *Los Límites de la Ley: La Salud Reproductiva en la Argentina* (Buenos Aires: Banco Mundial, 2002), p. 29.

¹⁹ *Ibíd.*, p. 30. La CEDAW fue ratificada a través de la Ley 23.179 el 8 de mayo de 1985, y fue incorporada en la Constitución argentina en 1994 mediante el artículo 75(22).

²⁰ “Constituyen en Argentina Coordinadora por el Derecho al Aborto” Tertulia/CIMAC/Prensa EcuMénica, 15 de julio de 1999.

²¹ “Polémica en Congreso argentino tras sanción de ley de salud sexual,” Reuters, 19 de abril del 2001; y “Rechaza Iglesia Católica Argentina Nueva Ley de Salud Reproductiva”, Agencia de Noticias de México (NOTIMEX), 21 de octubre del 2002. Ver también a continuación en este documento la discusión de la oposición religiosa a los anticonceptivos en general.

²² Ley Nacional 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 30 de octubre del 2002.

derechos de las mujeres, contiene varias disposiciones importantes para el avance de los derechos y la salud de las mujeres. De hecho, dos objetivos principales de esta ley—garantizar el acceso a la información sobre salud sexual y el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud relacionados para todos²³—podrían lograr, de ser plenamente ejecutados, superar en gran medida algunas de las violaciones documentadas en este informe. Sin embargo, la letra de la ley no se refiere a la negación arbitraria y discriminatoria de la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria), ni se refiere al extremadamente limitado acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro²⁴. El gobierno promulgó regulaciones para la puesta en práctica de la ley en mayo de 2003, la cual por tanto había estado en vigor por poco más de un año cuando Human Rights Watch condujo su investigación para este informe²⁵. Esta ley instala la salud reproductiva y sexual en la agenda política nacional por la primera vez en la historia de Argentina²⁶. La ley igualmente puso a Argentina al mismo nivel que otros países de la región—including Chile y México—donde se habían puesto en práctica programas de salud reproductiva con anterioridad²⁷.

Mientras que las mujeres en Argentina de este modo han visto algunos avances en su acceso a métodos anticonceptivos modernos, el acceso al aborto continúa siendo un tema cerrado, a pesar de los efectos catastróficos de los abortos ilegales e inseguros para la salud y vidas de las mujeres. El aborto desde hace más de cien años constituye un crimen en Argentina. Los legisladores han enmendado el Código Penal en sus

²³ Ley Nacional 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, artículo 2.

²⁴ Para una completa descripción de estos dos temas, ver las secciones V y VI de este documento.

²⁵ Decreto Nacional 1.282/2003, Reglamentación de la Ley Nacional 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 23 de mayo del 2003.

²⁶ Argentina tiene un sistema de gobierno federal y la constitución nacional delega los temas del área salud a la autoridad de los gobiernos provinciales. Constitución de la República Argentina 1994, artículo 121. Algunos gobiernos provinciales habían pasado leyes o implementado políticas sobre salud reproductiva antes de que la ley nacional entrara en vigor. Ver Sandra Cesilini y Natalia Gherardi (eds.), *Los Límites de la Ley: La Salud Reproductiva en la Argentina*. Las políticas y leyes provinciales deben estar de acuerdo con la Constitución Nacional—including sus disposiciones sobre derechos humanos. Constitución de la República Argentina 1994, artículo 5. De acuerdo al derecho internacional de derechos humanos, el gobierno nacional contrae obligaciones para todo el territorio nacional, sin importar el sistema de gobierno. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) establece explícitamente: “Las disposiciones del presente Pacto serán aplicables a todas las partes componentes de los Estados federales, sin limitación ni excepción alguna...” PIDCP, 999 U.N.T.S. 171, en vigor a partir del 23 de marzo de 1976 y ratificado por Argentina el 8 de agosto de 1986, artículo 50.

²⁷ Una publicación del Banco Interamericano de Desarrollo señaló en el año 2001 que hasta esa fecha Argentina era el único país de América Latina y el Caribe que no contaba con un programa nacional de planificación familiar. Ana Langer y Gustavo Nigenda, *Sexual and Reproductive Health and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: Challenges and Opportunities* [Reforma del Sector de Salud Sexual y Reproductiva en América Latina: Desafíos y Oportunidades] (Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001) [en línea] <http://www.iadb.org/sds/doc/SaludSexual.pdf> (descargado el 29 de diciembre del 2004), p. 17, nota 10.

disposiciones relativas al aborto en contadas ocasiones, y cuando eso ha ocurrido, lo han hecho sólo para aumentar o limitar la discreción de los médicos en su decisión de practicar abortos sin riesgo de penas de prisión.

Cuando el actual Código Penal entró en vigor a fines de 1880, el aborto fue incluido como un crimen sin excepciones para efectos de castigo²⁸. En 1922 las disposiciones del Código Penal sobre aborto fueron enmendadas para permitir tres excepciones a la penalización: en tanto que el aborto continuaba siendo ilegal en toda circunstancia, se exoneraba de punición cuando la vida o la salud de la mujer embarazada corriese peligro; cuando el embarazo fuera el resultado de una violación; y cuando la mujer embarazada estuviera mentalmente discapacitada (“idiotas o dementes”). Durante la dictadura de 1976-1983, el Código Penal fue cambiado para incluir nuevas restricciones al aborto, requiriendo peligro “grave” a la vida o salud de las mujeres y, en los casos de violación, el inicio de un proceso penal.

En 1984, luego del retorno a la democracia en Argentina, las disposiciones sobre aborto fueron enmendadas nuevamente para retomar la letra de 1922, con una leve pero sustancial modificación: se eliminó una coma entre la segunda y tercera excepciones a la penalización. El resultado de este cambio fue que aquellas mujeres cuyos embarazos fueran el resultado de una violación, después del cambio de 1984, ya no podrían acceder a un aborto no punible a menos que fueran declaradas mentalmente discapacitadas. En consecuencia, el actual Código Penal contempla sólo dos excepciones a la penalización del aborto: cuando la salud o vida de la mujer corran peligro, o cuando el embarazo sea el resultado de la violación de una mujer mentalmente discapacitada²⁹. Estas restricciones seguían en efecto a la fecha de la redacción de este informe. En el 2004 varios proyectos de ley estaban a la espera de ser considerados por el Congreso, la totalidad de los cuales busca enmendar las actuales disposiciones del código penal para ampliar o limitar las situaciones que exoneran la pena por práctica de aborto³⁰.

A pesar de esta historia, durante el 2004 y 2005 hubo un debate público sin precedentes sobre el tema del aborto, y una voluntad gubernamental, igualmente sin precedentes, para abordar una de las más tristes violaciones reseñadas en este informe: la atención inhumana al aborto incompleto.

²⁸ Marité de Rosario, “Aborto en Argentina—Síntesis de su historia legislativa” [en línea] <http://www.derechoalaborto.org.ar/artic/2004/100359.asp> (descargado el 29 de diciembre del 2004).

²⁹ *Ibid.* Ver las disposiciones completas sobre aborto del Código Penal de 1984, actualmente en vigor, en la nota a pie de página número 166. En este informe, utilizamos la expresión “mujer mentalmente discapacitada” para referirnos al concepto “mujer idiota o demente” en la disposición del Código Penal argentino.

³⁰ “Presentan en Argentina proyecto de Ley para despenalizar aborto,” CIMAC, 8 de septiembre del 2004.

El debate reciente sobre el aborto fue alimentado, entre otras cosas, porque el gobierno en el 2004 nominó a la Corte Suprema a la jueza Carmen Argibay, quien anunció públicamente su apoyo a la despenalización del aborto³¹. El nombramiento de la jueza Argibay a la Corte Suprema fue aprobado por el Senado, a pesar de las protestas de la Iglesia Católica y grupos conservadores, y fue confirmado por el Presidente Néstor Kirchner³². Adicionalmente, el ministro de salud de Argentina, Ginés González García, declaró públicamente que la salud y las vidas de las mujeres probablemente mejorarían si el aborto fuese despenalizado. En respuesta, Kirchner se apresuró en declarar que la posición del gobierno continuaba siendo la de un “claro rechazo a la legalización del aborto³³”. Sin embargo, Kirchner también defendió a su ministro de salud de los ataques subsecuentes de la Iglesia Católica e incluso hizo una petición al Vaticano por el cese de un obispo que sugirió que el ministro de salud debía ser tirado al mar con una piedra colgada en el cuello por sus comentarios³⁴.

Bajo presión continua de parte de activistas pro derechos de las mujeres y la salud pública, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación también lanzó un esfuerzo para garantizar a las mujeres el acceso a una atención post-aborto adecuada y humanizada sin miedo a las consecuencias legales, reconociendo públicamente el costo en la salud y las vidas de las mujeres del aborto ilegal e inseguro. En octubre de 2004, los ministerios provinciales de salud firmaron un compromiso con el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación sobre las medidas que deben tomarse para reducir la mortalidad materna en la Argentina. Este acuerdo incluye un compromiso de asegurar “que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos³⁵”. En mayo de 2005, el gobierno nacional anunció la publicación de una nueva guía destinada a médicos sobre la provisión de tal atención³⁶. El acuerdo firmado por los ministerios provinciales de salud también incluye un compromiso a “garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los Hospitales Públicos dando cumplimiento a lo estipulado en el código

³¹ “Jueza criticada por abortista defiende postulación a Corte Suprema argentina”, *Agence France Presse*, 23 de junio del 2004.

³² “Segunda mujer llega a la Corte Suprema, que completa renovación en Argentina” *Agence France Presse*, 7 de julio del 2004; y “Penalista Carmen Argibay asume como miembro de la Corte Suprema”, *La Nación* (Argentina), 3 de febrero del 2005.

³³ “Polémica por despenalización del aborto llega al más alto nivel argentino”, *Agence France Presse*, 27 de noviembre del 2004.

³⁴ Carlos Ares, “Kirchner pide al Vaticano el cese de un obispo por atacar a un ministro”, *El País* (España), 25 de febrero del 2004. Los comentarios del obispo son particularmente ofensivos en Argentina, pues muchos opositores fueron asesinados de esa manera durante la dictadura de 1976-1983.

³⁵ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, “Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina”, 6 de octubre del 2004, en los archivos de Human Rights Watch.

³⁶ “Los abortos no existen, pero que los hay, los hay”, Página 12 (Argentina), 9 de mayo del 2005. Para más información sobre la atención post-aborto y los derechos humanos de las mujeres, ver capítulo VI abajo.

penal”. No existe una guía ministerial sobre la provisión de los servicios del aborto no punible³⁷.

La oposición de la Iglesia Católica a los derechos reproductivos

En Argentina, las políticas de gobierno y las decisiones personales en temas reproductivos se desarrollan en un contexto que incorpora importantes aportes de las enseñanzas y organismos religiosos, particularmente de la Iglesia Católica. La Iglesia Católica y grupos que se proclaman de inspiración católica han buscado, con distintos niveles de éxito, bloquear los avances en salud reproductiva mediante abogacía ante varios congresos provinciales y ante el Congreso Nacional, mediante órdenes judiciales contra la ejecución de políticas y leyes que avanzan los derechos de las mujeres a la salud y a la no discriminación, y a través de ataques públicos a políticos y representantes de ONGs que apoyan dichos avances.

Todos los representantes de ONGs, autoridades electas y funcionarios de salud que Human Rights Watch entrevistó mencionaron el impacto de los esfuerzos de la Iglesia Católica por obstruir el cumplimiento de políticas y leyes relativas al acceso a anticonceptivos, la información sobre salud reproductiva y la educación sexual. Graciela Rosso, Vice Ministra de Salud, dijo: “el mismo papa ha pedido al gobierno que retire la ley [sobre salud reproductiva]³⁸”. Un miembro de la Cámara de Diputados de la Nación que era miembro del Congreso de la Provincia de Santa Fe cuando se discutió una ley sobre salud sexual declaró a Human Rights Watch que: “Cuando estábamos tratando la ley todos los diputados recibimos una carta del arzobispo y nos amenazaban hasta incluso con la excomunión [si votábamos por la ley]³⁹”.

En octubre y diciembre de 2004, grupos ultra conservadores que auto-identifican con las enseñanzas de la Iglesia Católica, según informes mediáticos, se enfrentaron en violenta oposición a mujeres que manifestaban públicamente su apoyo a los derechos reproductivos⁴⁰. En octubre de 2004, representantes de la Iglesia Católica declararon a

³⁷ Correspondencia electrónica entre Human Rights Watch y Fernando Vallone, director técnico, Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil, 17 de mayo del 2005.

³⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Graciela Rosso, vice ministra, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Buenos Aires, 21 de octubre del 2004. La Iglesia Católica declaró públicamente su rechazo a la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, entre otros, al momento de su aprobación. “Rechaza Iglesia Católica Argentina nueva ley de salud reproductiva”, Agencia Mexicana de Noticias, 31 de octubre del 2002.

³⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Alicia Tate, diputada, Honorable Cámara de Diputados de Argentina, Buenos Aires, 15 de octubre del 2004.

⁴⁰ Cuando un grupo de conservadores cristianos asumió la responsabilidad por los actos de violencia y vandalismo extremo ocurridos durante el Encuentro Nacional de Mujeres de Argentina, en la provincia de Mendoza en el 2004, la publicación en Internet “*Catholic Panorama International*” señaló en una editorial con referencia a estos actos: “Auguramos que este tipo de actitudes valientes y varoniles se repitan con mayor

Human Rights Watch que ellos no aprobaban los actos de violencia y vandalismo ocurridos durante el Encuentro Nacional de Mujeres ese mismo mes y que creían que los actos criminales podrían haber sido llevados a cabo por las mismas organizadoras del evento—en particular las lesbianas y travestís—con el fin de incriminar a la Iglesia Católica⁴¹.

La Iglesia Católica argentina ha enfocado sus actividades de abogacía en tres áreas: una fuerte oposición a casi cualquier método anticonceptivo moderno, a la educación sexual, y al aborto. Detrás de esta oposición subyace una visión sobre el rol de la mujer en la familia y sobre la maternidad y la reproducción como elementos centrales de la identidad femenina⁴². Sin embargo, la Iglesia Católica ha buscado justificar su oposición doctrinaria a la anticoncepción y al aborto en términos cada vez menos dogmáticos y más pragmáticos, tratando, por ejemplo, de asegurar que la evidencia “científica” prueba que los condones no previenen ni los embarazos ni las enfermedades de transmisión sexual⁴³ o recurriendo a argumentos sobre el tamaño y el crecimiento de la población⁴⁴. Horacio Ernesto Benites Astoul, obispo auxiliar de Buenos Aires, dijo a Human Rights

frecuencia en nuestra patria”. “A dos semanas del Encuentro de Mujeres, siguen las agresiones” [en línea] <http://www.sentidog.com/index.php?id=6911&cate=91&page=noticias/cortitas.php> (descargado el 29 de diciembre del 2004), artículo con fecha del 28 de octubre del 2004. Ver también www.panoramacatolicointernacional.com. En diciembre del 2004, grupos que se identifican como católicos iniciaron una ruidosa e injuriante campaña en contra de una doctora holandesa—conocida por su labor en favor del derecho al aborto—que dio una conferencia en Buenos Aires. Los incidentes dejaron a dos personas heridas. “Conferencia pro aborto deja dos heridos tras incidente en Argentina”, *El Nuevo Herald (Miami)*, 12 de diciembre del 2004, p. 2.

⁴¹ Entrevista de Human Rights Watch con Horacio Ernesto Benites Astoul, obispo auxiliar de Buenos Aires, Iglesia Católica, Buenos Aires, 20 de octubre del 2004.

⁴² Ver Cardenal Joseph Ratzinger, ahora el Papa Benedicto XVI, “Carta a los obispos de la Iglesia Católica sobre la colaboración del hombre y la mujer en la iglesia y en el mundo” (Roma: Santa Sede, 31 de mayo del 2004) [en línea] http://www.aica.org/aica/documentos_files/Santa_Sede/Congregaciones/Doctrina_de_la_Fe/doc_Doctrina_Fe_Colaboracion_Hombre_Mujer.htm (descargado el 3 de febrero del 2005).

⁴³ Entrevista de Human Rights Watch con María del Carmen Cartazzo, doctora, Asociación Argentina de Médicos Católicos, 20 de octubre del 2004. Ver también AFP, “Catholic Cardinal suggests health warning on condom packets” [Cardenal Católico recomienda Advertencia de Salud en Envoltorio de Condones], 13 de octubre del 2003; “Why the fuss about condoms?” [¿Qué problema hay con los condones?], *The Tablet*, 1 de febrero del 2003; “Zambia: ‘Luo’s Condom Plan is Killing Our People’ [Zambia: ‘El Plan de Uso de Condón de Luo Está Matando a Nuestra Gente’], *Africa News*, 8 de mayo del 2002 (citando al coordinador pastoral de la Arquidiócesis Católica de Zambia, Fr. Evaristo Chungu, diciendo, “Los mismos científicos están de acuerdo que los condones han estado fallando en prevenir embarazos, y como la cabeza de un espermatozoide es 50 veces más grande que un virus del SIDA de menos de un micrón en tamaño, ninguna persona informada creería que el condón sería más que ocasionalmente efectivo”).

⁴⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Horacio de la Torre, coordinador del Programa de Procreación Responsable del gobierno de la provincia de Santa Fe, 14 de septiembre 14 del 2004.

Watch que él, como nacionalista, no veía la necesidad de frenar el crecimiento de población en Argentina⁴⁵.

Oposición a los métodos anticonceptivos modernos

En Argentina, los funcionarios de la Iglesia Católica no suelen expresar su oposición a todos los métodos anticonceptivos modernos, sino que despliegan una estrategia dual de manifestar su apoyo a los métodos anticonceptivos “de carácter transitorio, reversible y no abortivo⁴⁶”, a la vez que califican los métodos anticonceptivos modernos como no transitorios, irreversibles o equivalentes al aborto⁴⁷. Esta estrategia ha sido bastante exitosa en dos frentes.

En primer lugar, las opiniones de la Iglesia Católica sobre anticoncepción “de carácter transitoria, reversible y no abortiva” ingresaron a los registros del Congreso en el 2001 durante el debate sobre la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, cuando un miembro del congreso leyó al registro una carta de un obispo católico al respecto⁴⁸. Subsecuentemente, la caracterización fue incluida en la ley, que estipula que el sistema de salud pública debe “prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios⁴⁹”.

En segundo lugar, la Iglesia Católica y grupos afines a ella han promovido exitosamente en las cortes la conclusión de que muchos métodos anticonceptivos son abortivos. En el 2002, la Corte Suprema, a raíz de un caso presentado por el grupo Portal de Belén, prohibió la manufactura y venta de “IMEDIAT”, nombre comercial de un

⁴⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Horacio Ernesto Benites Astoul, obispo auxiliar, Iglesia Católica, Buenos Aires, 20 de octubre del 2004.

⁴⁶ Los métodos “transitorios” se refieren a métodos que no son permanentes. Los métodos “reversibles” se refieren a métodos semi-permanentes que podrían revertirse.

⁴⁷ En términos médicos existe una clara diferencia entre la anticoncepción, definida como “el impedimento premeditado del embarazo o concepción por varios métodos” y el aborto opcional, definido como “la interrupción voluntaria del embarazo”. Jerrold B. Leikin MD and Martin S. Lipsky MD (eds.), *American Medical Association: Complete Medical Encyclopedia* [Enciclopedia Médica Completa de la Asociación Médica Estadounidense] (Nueva York: Random House, 2003), pp. 99 y 399. Ver también Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens, y Mahmoud F. Fathalla, *Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho* (Bogotá, Colombia: PROFAMILIA, 2003), p. 24: “Desde el punto de vista médico, la diferencia entre anticoncepción y aborto es clara. El embarazo solamente se considera consumado cuando se completa la implantación del óvulo en la pared del útero. Una mujer con un óvulo fecundado flotando en su trompa de Falopio o en su útero, no está embarazada. Un método que actúa antes de que se complete la implantación es un método de anticoncepción. Un método que actúa después de completada la implantación es un aborto”.

⁴⁸ Expediente del debate, Cámara de Diputados de la Nación, del 18 de abril del 2001, en los archivos de Human Rights Watch.

⁴⁹ Ley Nacional 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 30 de octubre del 2002, artículo 6(b).

anticonceptivo de emergencia. Cinco de los nueve jueces consideraron que la píldora era abortiva y por lo tanto inconstitucional⁵⁰. Varias otras demandas judiciales presentadas por grupos conservadores de inspiración católica se han centrado en la definición de “aborto” y han tratado de cuestionar la constitucionalidad de métodos anticonceptivos específicos, incluyendo los dispositivos intrauterinos (DIUs), los anticonceptivos orales y las inyecciones hormonales⁵¹.

Oposición a la Educación Sexual

La Iglesia Católica y muchos grupos conservadores también han logrado limitar las disposiciones de la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable que alientan al avance en el acceso a la educación sexual y a la información sobre anticoncepción, así como proyectos de leyes y políticas que hubieran expandido tal acceso, sobre todo para adolescentes. Un abogado de la Asociación Argentina de Planificación Familiar, una ONG, se lamentaba: “La oposición [de la iglesia católica] es tan intensa que ni siquiera se puede llegar a tener un debate serio. ... [Las escuelas] dan el tema de anatomía, pero nadie entra más en lo sexual⁵²”.

De hecho, la oposición a la educación sexual ha logrado su cometido. Por ejemplo, en la provincia de Santa Fe una ley que exige la educación sexual en todas las escuelas privadas

⁵⁰ Corte Suprema de Justicia de la Nación, “Portal de Belén c/Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/Amparo. P. 709. XXXVI”, 5 de marzo del 2002. Otras marcas de anticoncepción de emergencia siguen siendo legales en Argentina. Para información al día sobre acceso a anticonceptivos de emergencia en Argentina, ver Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, “Cuadro resumen de la situación actual de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina” [en línea] <http://www.clae.info/paises.html> (descargado 3 de marzo del 2005). La constitución argentina no menciona el aborto. El argumento de que la anticoncepción de emergencia es inconstitucional se basa en una lectura selectiva de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), la cual está incorporada en la Constitución. Ver la discusión sobre las disposiciones relevantes al aborto en el capítulo VII de este documento.

⁵¹ En el 2002, una jueza federal emitió una orden judicial a pedido de un grupo católico, obligando al Ministerio de Salud a detener la implementación de la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable en la Argentina, argumentando que la ley autorizaba la distribución de anticonceptivos abortivos y por lo tanto inconstitucionales. Juzgado No. 3 de Córdoba, “Cuerpo de copias en autos: ‘MUJERES POR LA VIDA – Asociación Civil sin Fines de Lucro c/Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/Amparo”, 30 de diciembre del 2002. El ministerio apeló el caso y la Cámara Federal de Apelaciones revocó la orden judicial en marzo del 2003. Cámara Federal de Córdoba, “Cuerpo de copias en autos: ‘MUJERES POR LA VIDA – Asociación Civil sin Fines de Lucro c/Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/Amparo,” SALA A, 19 de marzo del 2003. En el 2003, la misma jueza federal impuso una medida protectora solicitada por otra organización católica, obligando al gobierno nacional a prohibir la manufactura y venta en todo el país de métodos anticonceptivos que incluyan drogas “abortivas” y de dispositivos intrauterinos (DIU) nuevamente debido a su supuesta inconstitucionalidad. Juzgado No. 3 de Córdoba, “Fundación 25 de Marzo - Asociación Civil sin Fines de Lucro (Filial Córdoba) c/ Estado Nacional – Poder Ejecutivo Nacional – Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/Amparo”, 23 de mayo del 2003. El gobierno apeló esta decisión también y el caso estaba pendiente en febrero del 2005.

⁵² Entrevista de Human Rights Watch con María del Huerto Terceiro, abogada, Asociación Argentina de Planificación Familiar, Buenos Aires, 14 de octubre del 2004.

y públicas fue adoptada en 1992, pero jamás implementada. “Se fue al cajón”, dijo Horacio de la Torre, coordinador del programa de procreación responsable del gobierno de la provincia de Santa Fe. “No se implementó nunca... por razones eclesiásticas⁵³”. La ley todavía estaba en vigor sin ser implementada cuando Human Rights Watch visitó la provincia de Santa Fe en septiembre de 2004, más de diez años después de que la ley había sido adoptada.

Como cualquier entidad de la sociedad civil, la Iglesia Católica tiene derecho a la libertad religiosa y de expresión, sin importar la validez médica o científica de sus afirmaciones. Sin embargo, el gobierno argentino tiene la obligación de asegurar el acceso a información completa y correcta respecto a los problemas de salud existentes, su control y prevención⁵⁴. Cuando información incompleta o incorrecta esta fácilmente disponible en la esfera pública—entre otras razones porque es distribuida por la Iglesia Católica u otra entidad de la sociedad civil en pleno ejercicio de su libertad de expresión—el Estado puede tener la obligación de iniciar una campaña de información pública afirmativa sobre salud, específicamente diseñada para contrarrestar la desinformación. En abril de 2005, el gobierno nacional de hecho lanzó una campaña de información pública destinada a diseminar información sobre el acceso a los anticonceptivos en los hospitales y clínicas públicas⁵⁵.

IV. Obstáculos generalizados en el acceso a los anticonceptivos

Human Rights Watch identificó tres principales obstáculos que truncan el acceso de las mujeres a los anticonceptivos: la violencia doméstica y sexual, la entrega de información incorrecta e inadecuada por parte de funcionarios de salud pública, y las restricciones económicas, incluyendo a veces el cobro indebido por anticonceptivos y servicios de salud que debieran ser gratuitos de acuerdo a la Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable.

⁵³ Entrevista de Human Rights Watch con Horacio de la Torre, coordinador, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del gobierno de la provincia de Santa Fe, 14 de septiembre del 2004.

⁵⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones generales), Observación general 14”, 11 de agosto del 2000, *U.N. Doc. E/C.12/2000/4*, párrafos 12(b), 16 y nota 8.

⁵⁵ “El gobierno lanzó una campaña de salud reproductiva”, *La Nación* (Argentina), 29 de abril del 2005.

Violencia doméstica y sexual

Yo estuve catorce años juntada con él. Él me pegaba [y] el maltrato se había vuelto normal. ... Él siempre me decía: “Yo te voy a llenar de hijos y no vas a irte de mi lado”.

—Gladis Morello, treinta y dos años, provincia de Buenos Aires⁵⁶

La violencia doméstica y sexual constituye una enorme barrera para las mujeres que quieren acceder a anticonceptivos y tomar control de sus cuerpos y de su salud reproductiva⁵⁷. Olga Cáceres, presidenta de una organización no gubernamental que ofrece albergue a mujeres agredidas de la provincia de Buenos Aires, declaró a Human Rights Watch que: “La gran mayoría de las mujeres de la casa viven con el maltrato [inclusive] la violencia sexual. Allí no hay una libertad para decidir cuántos hijos quiero tener, ni si voy a tener una relación sexual”. Cáceres explicó que un importante número de hombres abusivos sabotean a propósito los intentos de su esposa o pareja de acceder a anticonceptivos como parte de su control y abuso: “Cuando la tiene embarazada continuamente, menos posibilidad tiene [la mujer] de irse [de la relación abusiva]⁵⁸”.

El testimonio de Romina Casillas, madre de siete, de cuarenta y seis años de edad, presenta un ejemplo de este tipo de abuso. Ella sufrió violencia física por parte de su marido, quien le impidió usar anticonceptivos: “No quería tener tantos [hijos,] pero él no me dejaba [usar anticonceptivos]. ... Yo empezaba con las pastillas cuando él estaba fuera y él las escondía cuando volvía. ... Me quería colocar el DIU pero [él] no me dejaba. ... Nunca pensé tener muchos hijos, pensé tener cuatro nomás⁵⁹”.

En 1999, se estimaba que el 25 por ciento de las mujeres en Argentina sufrían violencia doméstica de manera regular, mientras que el 50 por ciento de las mujeres habían sufrido

⁵⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Gladis Morello, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004. Morello se mudó con su marido cuando ella tenía dieciocho y tuvo diez embarazos durante sus catorce años en un matrimonio físico y sexualmente abusivo, incluyendo dos abortos naturales debido a la violencia.

⁵⁷ La violencia sexual también puede aumentar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, incluso y específicamente el VIH. El sexo a la fuerza o coercitivo puede causar traumas: cuando la vagina está seca y se usa la fuerza, las lesiones genitales son más probables, aumentando el riesgo de transmisión. El sexo oral a la fuerza puede causar rasgaduras en la piel, aumentando el riesgo de transmisión del VIH.

⁵⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Olga Cáceres, presidenta, María Pueblo, provincia de Buenos Aires, 18 de octubre del 2004.

⁵⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Romina Casillas, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

algún tipo de violencia de género en algún momento de sus vidas⁶⁰. De las cuarenta y tres mujeres entrevistadas por Human Rights Watch, más de la mitad declaró haber sufrido, o estar sufriendo, violencia doméstica o sexual a manos de sus parejas. Las razones de esta violencia doméstica generalizada son muchas y muy complejas, y no todas son de directa competencia del Estado. Sin embargo, los estándares internacionales de derechos humanos exigen ciertos pasos mínimos a los estados para poder cumplir con su obligación de erradicar la violencia doméstica como una forma de discriminación de género.

El Comité de la CEDAW⁶¹, que supervisa el cumplimiento de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, señaló en sus Recomendaciones Generales No. 19 sobre Violencia en Contra de la Mujer que “[l]a violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”⁶². En el mismo documento, el comité define obligaciones específicas en términos de prevenir la violencia en contra de la mujer, recomendando que:

Los Estados Partes velen por que las leyes contra la violencia y los malos tratos en la familia, la violación, los ataques sexuales y otro tipo de violencia contra la mujer, protejan de manera adecuada a todas las mujeres y respeten su integridad y su dignidad. Debe proporcionarse a las víctimas protección y apoyo apropiados. Es indispensable que se

⁶⁰ M. Buvinic, A. Morrison, y M. Shifter, “La violencia en las Américas: marco de acción”, en A. Morrison y M. Loreto Biehl (eds.), *El costo del silencio: violencia doméstica en las Américas*, (Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999), pp. 3-34.

⁶¹ La implementación de los principales tratados de derechos humanos del sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas es supervisada por comités—llamados órganos de supervisión—constituidos por expertos independientes seleccionados de entre los estados partes de los respectivos tratados. Los órganos de supervisión incluyen el Comité de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de los Derechos del Niño, el Comité contra la Tortura, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Estos comités reciben informes periódicos de los estados partes que revisan y discuten con los estados. Después de dichas revisiones, los comités emiten conclusiones y recomendaciones—generalmente llamadas observaciones finales—respecto al cumplimiento de los derechos protegidos por las convenciones que supervisan en cada país específico. El creciente cuerpo de observaciones finales emitidas por los comités es una importante guía de la opinión de los comités sobre el estatus y el alcance concretos de los derechos protegidos bajo el sistema de las Naciones Unidas. A veces los comités emiten también guías conceptuales sobre la realización de derechos humanos específicos—llamados observaciones generales o recomendaciones generales. Estas observaciones o recomendaciones constituyen otra fuente fidedigna de la evolución interpretativa del derecho humano en cuestión.

⁶² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité de la CEDAW), Recomendación General No. 19: La violencia contra la mujer, párrafo 1, en “Compilation of General Comments and General Recommendation Adopted by Human Rights Treaty Bodies” [Compilación de Observaciones Generales y Recomendaciones Emitidas por los Órganos de Tratados de Derechos Humanos], 12 de mayo 12 del 2004, *U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7*.

capacite a los funcionarios judiciales, los agentes del orden público y otros funcionarios públicos para que apliquen la Convención⁶³.

La Comisión de Derechos Humanos de la ONU, órgano con representación de cincuenta y tres estados que se reúne anualmente para extender recomendaciones sobre derechos humanos, ha destacado que “la violencia contra la mujer repercute en su ...salud reproductiva y sexual” y ha exhortado a los estados a “que velen por que la mujer tenga acceso a ... profesionales de la atención de la salud competentes y capacitados para reconocer las señales indicadoras de la violencia contra la mujer y atender las necesidades de las pacientes que han sido víctimas de actos de violencia, a fin de reducir al mínimo las consecuencias físicas y psicológicas adversas de la violencia⁶⁴”. Además, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), que supervisa la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ha señalado que “[p]ara 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”, en la cual “[u]n 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 hogar⁶⁵”. Además, el Comité ha indicado que “[e]l 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 reproductiva⁶⁶”.

En Argentina, una ley de violencia familiar de 1994 estableció una serie de medidas protectivas para las víctimas de violencia familiar, incluyendo órdenes judiciales de exclusión, y entrega de pensiones alimenticias transitorias⁶⁷. En abril de 1999, el Congreso argentino enmendó el Código Penal en sus disposiciones sobre “delitos contra la integridad sexual” para adecuarlos a los estándares internacionales de derecho, pero no penalizó explícitamente la violación conyugal⁶⁸. Las ONGs han criticado esta clara

⁶³ *Ibíd.*, p. 24(b).

⁶⁴ Comisión de Derechos Humanos, “Eliminación de la violencia contra la mujer,” *Resolución 2004/46*, 20 de abril del 2004 (aprobada sin votación), p. 7.

⁶⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones generales), Observación general 14” 11 de agosto del 2000, *U.N. Doc. E/C.12/2000/4*, p. 21.

⁶⁶ *Ibíd.*

⁶⁷ Ley 24.417/94, Protección contra la Violencia Familiar, artículo 4.

⁶⁸ Históricamente, tanto en América Latina como en los Estados Unidos, el bien protegido por las leyes contra violencia sexual ha sido el “honor” de la víctima y no a la víctima en sí misma. Esta noción encuentra su manifestación más explícita en las leyes que exoneran al violador, si este se casa con la víctima, con el razonamiento de que así se restaura el honor. Este era el caso en Argentina hasta la reforma de 1994 (y

deficiencia de la ley⁶⁹ y el Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer de la ONU ha manifestado su preocupación porque estas reformas legales no han logrado evitar que el problema de la violencia familiar siga empeorando en Argentina⁷⁰. Lucila Morán, una mujer de veintidós años que estaba embarazada por segunda vez cuando fue entrevistada por Human Rights Watch, dijo que su marido la golpeaba casi diariamente. Morán dijo que no podía dejar su relación abusiva, ya que su marido la amenazó reiteradamente con quedarse con su hija de dos años:

Me pega por cualquier cosa. La otra vez casi me mata. ... Lo denuncié, pero [en la policía] me dijeron que no me podían ayudar en nada. Me dieron un acta de exclusión nomás [pero él no se fue]. ... Yo no tengo ayuda de nadie. ... [Mi marido] me dice: 'Si querés irte, vete, pero mi hija me la dejás'. Allí me agarra⁷¹.

La situación de Morán se complica aún más con la negativa del hospital público local a practicarle una ligadura tubaria—debido a la reglamentación discriminatoria del hospital⁷²—a pesar de que de acuerdo a su doctor ella posee una dolencia cardíaca que hace que los embarazos pongan en riesgo su salud.

todavía se aplica en Bolivia y Brasil, por ejemplo). Las activistas de los derechos de las mujeres en Argentina han aclarado que aunque la nueva ley implícitamente penaliza la violación marital, el silencio de la ley sobre ese tema contribuye a mantener un fuerte sesgo judicial a favor de considerar el matrimonio como un factor que exime en los casos de violación. Entrevista de Human Rights Watch con Silvia Chejter, socióloga, Centro de Encuentros Cultura y Mujer CECYM, Buenos Aires, 13 de agosto del 2003.

⁶⁹ Centro de Encuentros Cultura y Mujer, *Violación marital (Boletín)*, 2002 [en línea] <http://www.cecym.org.ar/pdfs/violacionmarital.pdf> (descargado el 2 de diciembre del 2004).

⁷⁰ Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, vigésimo sexta sesión," *U.N. Doc. A/57/38*, 2 de mayo 2 del 2002, p. 364. El quinto informe periódico de Argentina al Comité de la CEDAW indicó que el número de denuncias por violencia familiar se habían duplicado entre 1995 y el 2000. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, "Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con el artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Seguimiento de los informes periódicos de los Estados Partes: Argentina", *U.N. Doc. CEDAW/C/ARG/5*, 11 de febrero del 2002, p. 32 (en la versión en inglés). Parte del aumento podría ser resultado del nuevo marco legislativo que puede haber fomentado la presentación de denuncias.

⁷¹ Entrevista de Human Rights Watch con Lucila Morán, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

⁷² Ver la sección V, más abajo para una completa descripción de las limitaciones generalmente impuestas en Argentina al acceso de las mujeres a la ligadura tubaria y la ilegalidad de estas limitaciones desde la perspectiva del derecho internacional. En el caso de Lucila Morán, los procedimientos que le impidieron acceder a la ligadura tubaria voluntaria fueron discriminatorios, pues se le negó el acceso en base a su corta edad. Según la Organización Mundial de la Salud, la corta edad no constituye, en términos de salud, una contraindicación para la esterilización quirúrgica. Más bien, en el caso de Morán, los mismos funcionarios de salud pública que le niegan la esterilización le están indicando que no debe embarazarse bajo ninguna circunstancia debido a su dolencia cardíaca.

Una educadora social que trabaja con mujeres de bajos ingresos, víctimas de violencia en la provincia de Buenos Aires dijo a Human Rights Watch que la respuesta del gobierno a la violencia familiar es tremendamente deficiente, especialmente la de los funcionarios de la policía:

Con respecto a la violencia, falta tanto. ... Si [las mujeres] no van con la ley en la mano, no nos toman la denuncia. ... Porque ellos [la policía] empiezan a preguntar por qué te pegó, anda a saber si en realidad te pegó. ... A veces ni siquiera quieren tomar una declaración, aunque sea que eso te toman, pero la denuncia, no te la quieren tomar. Hay un montón de comisarías, pero [en] ninguna te la toman⁷³.

Una carencia fundamental en la respuesta del Estado a la violencia es la falta de albergues para las mujeres víctimas de la violencia doméstica y sexual. Una organizadora comunitaria de la provincia de Santa Fe dijo a Human Rights Watch: “Son dos instituciones del Estado [en la ciudad de Santa fe] que trabajan el tema [de la violencia doméstica], pero no saben donde mandarlas [a las mujeres] para que no las maten. Porque las matan⁷⁴”.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable solo toca el tema de la violencia de pasada⁷⁵ y el reglamento de implementación no estipula elementos específicos sobre como prevenir que la violencia proveniente de la pareja se convierta en un obstáculo para la toma de decisiones independientes de la mujer en temas de salud reproductiva⁷⁶. A la amplia mayoría de los hospitales que están ejecutando el programa que visitó Human Rights Watch no se les requería ni se les alentaba a que traten de detectar casos de violencia doméstica o sexual en pacientes, ni a que les orienten sobre estos temas.

⁷³ Entrevista de Human Rights Watch con Lucía Lucena, educadora social, Decidir, Moreno, provincia de Buenos Aires, 19 de octubre del 2004.

⁷⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Mabel Busaniche, organizadora comunitaria, Santa Fe, provincia de Santa Fe, 13 de septiembre del 2004.

⁷⁵ Ley Nacional 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 30 de octubre del 2002, artículo 2(a): “Serán objetivos de este programa: (a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.”

⁷⁶ Ver Decreto Nacional 1.282/2003, Reglamentación de la Ley Nacional 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 23 de mayo del 2003.

Información tendenciosa, incorrecta, o incompleta

Las mujeres que Human Rights Watch entrevistó tenían un acceso limitado a los anticonceptivos por una serie de razones, algunas de las cuales estaban relacionadas con un nivel generalizado de desinformación sobre reproducción y anticoncepción. María del Huerto Terceiro, abogada de un instituto no gubernamental que trabaja por el acceso a la planificación familiar, se lamentaba, “No hay información permanente y no hay educación sexual en las escuelas. Todo eso suma a que vos te mantenés desinformado⁷⁷”. En abril de 2005, el gobierno argentino comenzó a abordar este tema, notablemente a través del lanzamiento de una campaña de información pública en la televisión, la radio, y los medios impresos, anunciando el derecho al acceso a los anticonceptivos y refiriendo a los individuos y parejas a los centros de salud pública para más información⁷⁸.

Sin embargo, la voluntad explícita por parte del gobierno federal no siempre logra superar el miedo y la oposición por parte de los oficiales públicos que son directamente responsables del goce por parte de las mujeres de sus derechos humanos en el ámbito reproductivo. Descubrimos que los mismos funcionarios de salud a veces contribuían a la desinformación reinante al entregar a las mujeres información tendenciosa, incompleta o incorrecta sobre anticoncepción. Las mujeres que entrevistamos generalmente no estaban en posición de exigir información más completa o fidedigna, ya sea porque no eran concientes de que estaban recibiendo información incorrecta o porque no se sentían en posición de desafiar a la autoridad médica. Considerando la posición de desventaja económica en la que se encuentran la mayoría de las usuarias de los establecimientos de salud pública y la relativa desventaja en el acceso a la educación e información, los funcionarios de salud pública, tal como lo detallamos más adelante, no demostraron el compromiso necesario para asegurar que las mujeres recibieran información esencial sobre su salud. El resultado final ha sido que muchas veces las mujeres terminaban contemplando opciones sumamente limitadas con respecto a cuando procrear y si hacerlo, incluso dentro de la limitada gama de métodos anticonceptivos legalmente disponibles.

En muchos casos Human Rights Watch se enfrentó con que los funcionarios de salud ofrecían una gama de opciones anticonceptivas más limitada que la que la ley permite o que el gobierno distribuye. Algunas mujeres declararon que los médicos del sistema de salud pública las desalentaban encarecidamente de usar los anticonceptivos donados por el Estado, diciéndoles que los anticonceptivos no eran de buena calidad, o entregándoles

⁷⁷ Entrevista de Human Rights Watch con María del Huerto Terceiro, abogada, Asociación Argentina de Planificación Familiar (AAPF), Buenos Aires, 14 de octubre del 2004.

⁷⁸ “El gobierno lanzó una campaña de salud reproductiva”, La Nación (Argentina), 29 de abril del 2005.

información tendenciosa sobre algunos métodos. “Me había ido al ginecólogo ... [y] opté por la pastilla. Pero ella me dijo que después [de tomar la pastilla] había que hacer el tratamiento para quedar embarazada, y que no valía la pena,” recuerda María Rivara de treinta y siete, quien tuvo ocho hijos⁷⁹. Paola Méndez, de treinta y cinco años y madre de diez, quería un dispositivo intrauterino (DIU), pero un médico del sistema de salud pública le dijo que éste no evitaría los embarazos y que podría, de hecho, dañar a un futuro hijo: “Yo me quise colocar el DIU, pero sabés lo que dicen que muchos nacen con el DIU en la cabeza. El médico mismo me lo explicó, que la mayoría casi siempre nacen con el DIU en la cabeza⁸⁰”.

En otros casos, no se informó a las mujeres sobre efectos secundarios que pueden afectar la efectividad de ciertos métodos anticonceptivos, como el uso de antibióticos mientras se usan anticonceptivos hormonales⁸¹. En el caso de Laura Passaglia, de treinta y dos años, un médico del sistema de salud pública le recetó antibióticos sin informarle que este tratamiento probablemente interferiría con la efectividad del anticonceptivo hormonal mensual que él mismo le había recetado. Passaglia dijo: “Tomé la pastilla. Pero igual me embarazaba. ... Yo siempre tomé antibióticos por la infección urinaria. ... Nunca me dijeron nada sobre eso [que los antibióticos podrían interferir con el efecto anticonceptivo de la pastilla]”⁸². Passaglia dijo que mientras usaba contraceptivos hormonales tuvo cinco embarazos no deseados, además de sus tres hijos anteriores y un aborto natural.

Human Rights Watch no entrevistó a ningún médico que admitiera desinformar a sus pacientes en temas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, la

⁷⁹ Entrevista de Human Rights Watch con María Rivara, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

⁸⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Méndez, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004. Según las entrevistas de Human Rights Watch con funcionarios de salud pública, no se han reportado este tipo de casos. Es más, la tasa de falla de los dispositivos intrauterinos—es decir, el porcentaje de mujeres que experimenta embarazos no deseados durante el primer año de uso—es de entre 0,1 y 2 por ciento para uso normal, dependiendo del dispositivo implantado. Robert A. Hatcher et al., *Contraceptive Technology* (Tecnología Anticonceptiva) (New York: Ardent Media, 1998), p. 514.

⁸¹ Una guía en línea sobre medicina familiar advierte en un artículo que revisa la interacción entre anticonceptivos hormonales y antibióticos: “La mayor parte de la información disponible no demuestra una reducción significativa en la eficacia de las PAO [Píldoras Anticonceptivas Orales] durante el uso normal de antibióticos. Sin embargo, estos estudios no pueden excluir de manera confiable una pequeña reducción en la efectividad, especialmente en las combinaciones de PAO de “baja dosis” (<35 µg de estrógeno). Varias fuentes respetadas recomiendan el uso de anticonceptivos alternativos durante el uso de antibióticos, desde un punto de vista pragmático *es importante que se informa a todas las pacientes sobre la posible interacción*”. Kevin E. Burroughs, MD; M. Lee Chambliss, MD, MSPH Greensboro, NC, “Antibiotics and Oral Contraceptive Failure (Antibióticos y Falla de los Anticonceptivos Orales)” (traducción de Human Rights Watch, énfasis añadido) Archives of Family Medicine [en línea] <http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/1/81> (descargado el 4 de febrero del 2005).

⁸² Entrevista de Human Rights Watch con Laura Passaglia, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

amplia mayoría de médicos que entrevistamos expresaron, con variaciones, la misma idea de que ellos estaban en mejores condiciones que las mujeres que trataban para tomar decisiones sobre como éstas debieran controlar su fertilidad. Luis Robles, jefe del programa de maternidad del ministerio de salud de la provincia de Formosa dijo a Human Rights Watch que los hospitales en esa provincia frecuentemente inyectaban a las mujeres con anticonceptivos hormonales sin obtener su consentimiento previo, en una flagrante violación al derecho de la mujer a la integridad física. Robles señaló que esta práctica era particularmente frecuente cuando la mujer era hospitalizada para atención post aborto, porque en esos casos se asumía que la mujer había rechazado deliberadamente el uso de anticonceptivos: “Una mujer [internada para atención post aborto] estuvo utilizando el aborto como anticoncepción. Cuando salen de alto, le damos anticoncepción. ... Si quieren o no, se informa, y se le inyecta.”⁸³

Aunque Human Rights Watch no entrevistó a mujeres de la provincia de Formosa, nuestras entrevistas en otros lugares del país sugieren que a muchas mujeres con embarazos no deseados—que terminaron o no en abortos ilegales e inseguros—se les había impedido usar cualquier tipo de anticonceptivo debido a que eran víctimas de relaciones abusivas; no recibían información adecuada; o porque no tenían recursos económicos.

Los comentarios de Robles demuestran que muchos factores entrelazados entorpecen la posibilidad de que la mujer tome decisiones informadas e independientes sobre el uso de anticonceptivos. Si bien a la mayoría de las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch se les negó información sobre la gama completa de opciones anticonceptivas en el sistema de salud público, algunas señalaron que se les recetaba anticonceptivos “como si fueran aspirina” a mujeres con tres o más hijos, sin importar el deseo individual de la mujer con respecto a volver a procrear⁸⁴.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha establecido que “el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades” impone obligaciones definidas a los estados parte para que tomen las medidas necesarias para “[l]a prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole,” incluyendo “que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud ... que afectan de forma

⁸³ Entrevista de Human Rights Watch con Luis Robles, jefe, Programa de Maternidad, Ministerio de Salud de Formosa, Castelar, Provincia de Buenos Aires, 6 de septiembre del 2004.

⁸⁴ Entrevista de Human Rights Watch con [nombre protegido], jefe, maternidad de un hospital público [nombre de provincia retenido], septiembre del 2004; y con Julie Reina, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

adversa a la salud sexual y genésica”⁸⁵. De acuerdo al Comité, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud incluye el derecho a la información y educación respecto a los problemas de salud predominantes, su prevención y control⁸⁶. En este contexto de “obligaciones legales generales,” el comité señala:

Los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. . . . Los Estados deben velar asimismo porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud⁸⁷.

Además, la información correcta y completa sobre anticoncepción y salud sexual debe estar comprendida dentro del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, protegido por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁸⁸. El Comité de los Derechos del Niño de la ONU ha aclarado que este derecho se extiende a las niñas adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño, que en el derecho argentino está incorporada a la Constitución de la Nación, reconoce el derecho de los niños “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”⁸⁹. De acuerdo al Comité de los Derechos del Niño de la ONU, organismo que interpreta la convención, los adolescentes “tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad”⁹⁰. Esto significa que los estados partes tienen la obligación de “asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano

⁸⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones generales), Observación General 14”, 11 de agosto del 2000, *U.N. Doc. E/C.12/2000/4*, p. 16; y p. 36 (los estados deben promover “ la educación en materia de salud y campañas de información, en particular respecto al VIH/SIDA [y] a la salud sexual y genésica”).

⁸⁶ *Ibid.*, p. 12(b), 16 y nota 8.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 34-35.

⁸⁸ PIDESC, artículo 12.

⁸⁹ Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), G.A. Res. 44/25, fecha de entrada en vigor: 2 de septiembre, 1990 y ratificada por Argentina el 4 de diciembre de 1990, artículo 24.

⁹⁰ Comité de los Derechos del Niño, “Observación General No. 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño” *U.N. Doc. CRC/GC/2003/4*, 1 de julio del 2003, p. 26

[incluyendo] información sobre ... los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas”⁹¹.

La información correcta sobre anticoncepción es especialmente importante en el contexto argentino, donde el 17.5 por ciento de los recién nacidos fueron hijos de madres adolescentes en el 2003 y el 34 por ciento de los adolescentes no usaron ningún tipo de anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales de acuerdo a una encuesta del 2004⁹². Más aún, el Ministro de Salud de Argentina ha reconocido la importancia de la educación sexual en reiteradas ocasiones, despertando siempre la férrea oposición de grupos conservadores⁹³.

Restricciones económicas

Las mujeres que Human Rights Watch entrevistó identificaron a la pobreza como un factor determinante en su incapacidad de acceder a anticonceptivos y poder así ejercer su capacidad de tomar decisiones independientes respecto a si o cuando procrear. El gobierno ha reconocido algunas dimensiones de esta problemática. De hecho, uno de los objetivos centrales del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es proveer de todos los métodos anticonceptivos gratuitamente a través del sistema de salud pública⁹⁴. Esta política, sin embargo, no se implementa de manera efectiva y muchas mujeres de recursos limitados todavía tienen que pagar.

Varias mujeres entrevistadas por Human Rights Watch dijeron que los funcionarios de salud pública les habían cobrado por servicios que debieran ser gratuitos de acuerdo al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. “El estado nos da el DIU [dispositivo intrauterino] gratuito, pero te cobran el controlarlo, 15 pesos [US\$

⁹¹ *Ibíd.*

⁹² “Ministro argentino preocupado por abortos y embarazo adolescente”, *Associated Press*, Diario La Estrella (Madrid), 13 de noviembre del 2004; y “Polémica por despenalización del aborto llega al más alto nivel argentino”, *Agence France Presse*, 27 de noviembre del 2004.

⁹³ Ver “Ministro argentino preocupado por abortos y embarazo adolescente”, *Associated Press*, Diario La Estrella (Madrid), 13 de noviembre 13, 2004; “Para Ministro de Salud, si no se educa sobre sexo en la escuela primaria ‘se pierde una oportunidad’”, *Agencia Diarios y Noticias*, 1 de octubre del 2004; y Guillermo Villarreal, “Silenciosa Ofensiva”, *Agencia Diarios y Noticias*, 24 de septiembre del 2004.

⁹⁴ Ley 25.673, artículo 2(f). El artículo completo dice: “Serán objetivos de este programa [Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable]: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbilidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.”

5.05]” dijo Norma Jiménez, de 35 años, quien ha estado embarazada seis veces⁹⁵. Agregó que: “Hay un dispensario aquí que te dan gratis [los anticonceptivos]. En algunas te dan la receta y tenés que ir al hospital y pagar 2 pesos [US\$ 0.67]”. Paola Vásquez, de veintisiete años y madre de tres, tuvo una experiencia similar: “Por algunos lados [centros de salud públicos] te los dan gratis [los anticonceptivos], y por otros lados [centros de salud públicos] no te los dan gratis⁹⁶”. Si al costo de la consulta, del análisis médico, y del transporte al hospital público se le agregan el costo del método anticonceptivo en sí; las mujeres que entrevistamos quedan básicamente con la opción de decidir entre casa y abrigo o pagar por los anticonceptivos.

Ante esta situación, muchas optan por su sustento y el de sus familias. Romina Redondo, de treinta y dos años, exclamó: “No tenés todos los meses 30 pesos [US\$ 10.10] para poner una inyección. ... ¿De dónde sacamos nosotras 30 pesos para una inyección si vivimos del Plan Jefe de Hogar⁹⁷ de 150 pesos [US\$ 50.14] al mes?”⁹⁸ Marisa Rossi, de treinta y seis años, indicó que a veces la elección era entre comida o condones: “[Los preservativos] cuestan 2.50 pesos por tres. Por eso comprás un kilo de pan o un par de litros de leche”⁹⁹.

En muchos casos, los hospitales públicos no permitieron a las mujeres concertar citas con anticipación o por teléfono, agregando al costo económico de los anticonceptivos el costo de los viajes adicionales para acceder a ellos o el costo de tener que dejar de trabajar para ir al hospital: “Hay que ir a las cuatro de la mañana, [y] te sacan turno a las ocho, nueve, diez, once. ... Si a veces no conseguís turno, te dan para otro día,” dijo Romina Casillas, de cuarenta y seis años¹⁰⁰. Yanina Carlotto, de cuarenta y seis años, se preguntaba: “Si ni tenés para darles de comer a los pibes, ¿cómo vas a utilizar 2.50 [US\$ 0.84] para el autobús [para llegar al hospital]?”¹⁰¹ Ana Sánchez, de cuarenta y tres años, dijo: “La gente no tiene la plata, aunque es un billete mínimo. A veces no tenés 3 pesos [US\$ 1.01] para ir y venir [al centro de salud], y tenés que volver a ir y venir”¹⁰². Mariana Porcel, de treinta y un años, dijo sobre el tener que ir al hospital para conseguir anticonceptivos: “Estás perdiendo toda la mañana de trabajo, tenés que esperar veinte

⁹⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Norma Jiménez, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

⁹⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Vásquez, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

⁹⁷ El Programa Jefes y Jefas de Hogar fue creado en el 2002 para proveer de ingresos de emergencia a la población económicamente vulnerable. Los inscritos en este programa reciben 150 pesos por mes a cambio de algún servicio comunitario. El programa es administrado por el Decreto Nacional 565/2002.

⁹⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Romina Redondo, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

⁹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Marisa Rossi, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁰⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Romina Casillas, provincia de Santa Fe, septiembre, del 2004.

¹⁰¹ Entrevista de Human Rights Watch con Yanina Carlotto, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁰² Entrevista de Human Rights Watch con Ana Sánchez, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

turnos. Y si vos no vas [a trabajar] todo el día, no tenés para darles para comer a los niños”¹⁰³. Las mujeres que usan anticonceptivos hormonales de ciclo mensual deben repetir la experiencia de ir al hospital público todos los meses: “Todos los meses tenés que ir a retirar [las pastillas]... Te dan un carnet y cuando vos retirás las pastillas, te lo marcan”, explicó Romina Casillas¹⁰⁴.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha abordado el tema de las restricciones económicas en su declaración interpretativa del derecho a la salud, indicando que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos... [y que]... [l]a equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos”¹⁰⁵.

La mayoría de las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch sentían que no estaban en condiciones de tener más hijos sin comprometer el bienestar de su familia, sin embargo, tampoco estaban en condiciones de adquirir anticonceptivos. El hecho de que las restricciones económicas jueguen un rol importante en las decisiones de las mujeres entrevistadas respecto al número de hijos a tener, por supuesto, no es exclusivo de Argentina, ni es exclusivo de los llamados países en vías de desarrollo. Sin embargo las restricciones económicas a una maternidad voluntaria imponen una fuerte carga sobre mujeres a las que al mismo tiempo se les niega el derecho a elegir libremente el uso y método anticonceptivo y el acceso, de ser necesario, a un aborto seguro.

Jazmín Castaña, una mujer de veinticuatro años y madre de tres, explicó a Human Rights Watch cómo sus decisiones sobre si y cuando tener hijos estaban restringidas por consideraciones económicas. Castaña quedó embarazada por primera vez a los diecisiete años, sin haberlo planeado, y decidió continuar con su embarazo “porque no estoy de acuerdo con el aborto”. Sin embargo, a pesar de su rechazo personal al aborto, ella sabía que no podría mantener otro hijo en sus actuales condiciones económicas, si su método anticonceptivo fallara:

¹⁰³ Entrevista de Human Rights Watch con Mariana Porcel, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹⁰⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Romina Casillas, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹⁰⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones general), Observación General 14”, 11 de agosto del 2000, *U.N. Doc. E/C.12/2000/4*, pár. 12(b).

Después del último [tercero], no quiero tener más [niños]. ... Ahora trabajo en el Plan Jefe de Hogar por 150 pesos al mes [US\$ 50.14]¹⁰⁶. ... [Mi esposo] tiene un trabajo de taxista que es pan para hoy y no para mañana. ... Así como yo estoy, no hay [dinero] para tener otro. Pienso que si tengo que hacerlo [tener un aborto], me duele el alma y que Dios me perdone, pero no sé si no lo haría. Y yo te digo que soy enemiga del aborto¹⁰⁷.

La ejecución del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable es un primer paso esencial para lograr que los métodos anticonceptivos sean accesibles a más mujeres. Sin embargo, el gobierno debe asegurar una fiscalización más efectiva para asegurar que los hospitales públicos no cobren por los anticonceptivos y los servicios que deben otorgarse de forma gratuita. Asimismo, Human Rights Watch mantiene que el gobierno debe ayudar a las mujeres a superar los obstáculos económicos permitiendo la puesta en práctica del programa a través de los centros de atención primaria y no— como se hace actualmente—principalmente a través de los hospitales. Los centros de atención primaria son por lo general más pequeños, más numerosos y geográficamente más extendidos y por lo tanto más accesibles a más mujeres.

Si bien el gobierno planea extender el programa a centros de atención primaria, en la práctica todavía se concentra en los hospitales. Existen indicaciones que algunos funcionarios claves de salud pública no ven este tema como prioritario. Inés Martínez, la coordinadora de la ejecución del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, dijo a Human Rights Watch: “No me preocupa que [el programa] está en los hospitales nomás, porque la atención primaria está un poco minimizada en la misma población: prefieren ir al hospital y hacer cola que ir al centro de salud¹⁰⁸”. Las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch declararon enfáticamente que esto no era cierto en sus casos. Mariana Porcel de treinta y dos años, dijo: “Que brinden las condiciones [para distribuir anticonceptivos y servicios en los dispensarios, ahora nos derivan a los hospitales¹⁰⁹”. Yanina Carlotto, de cuarenta y seis años, indicó: “La información es la base de todo, pero el acceso también. Ellos [el sistema de salud pública] tienen que acercarse [a sus clientes]¹¹⁰”.

¹⁰⁶ El tipo de cambio utilizado en este informe es de 2.97 pesos argentinos por un dólar estadounidense, tipo de cambio del 3 de diciembre del 2004, a menos que se indique lo contrario.

¹⁰⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Jazmín Castaña, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

¹⁰⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Inés Martínez, responsable, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 21 de octubre del 2004.

¹⁰⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Mariana Porcel, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹¹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Yanina Carlotto, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

V. Ligadura tubaria voluntaria: Un estudio de caso sobre la denegación de acceso a anticonceptivos

Un claro ejemplo de la inaccesibilidad a los anticonceptivos es el hecho de que a muchas mujeres en Argentina se les niega arbitrariamente una de las formas más efectivas de anticoncepción: la ligadura tubaria voluntaria (esterilización quirúrgica femenina)¹¹¹. El derecho argentino limita el acceso a la ligadura tubaria a situaciones justificadas por una “indicación terapéutica¹¹²”. Mientras las cortes y los expertos han interpretado esta cláusula de distintas maneras, los médicos y los funcionarios de salud pública muchas veces citan esta disposición legal restrictiva para justificar la denegación del acceso a la ligadura tubaria voluntaria. Muchos hospitales públicos han diseñado e implementado procedimientos casi insuperables con los que las mujeres deben cumplir para poder obtener una ligadura tubaria, en violación de las interpretaciones autorizadas de los derechos de las mujeres a la salud, a la privacidad, a la no discriminación, y a decidir sobre el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. A veinte de las cuarenta y tres mujeres que entrevistó Human Rights Watch se les negó acceso a la ligadura tubaria voluntaria cuando la pidieron por primera vez, y de éstas, catorce no habían podido obtener una ligadura a pesar de sus intentos repetidos. Una mujer, a la que al principio le denegaron la operación, se la permitieron más tarde por razones médicas, y las últimas cinco pudieron obtenerla sólo tras un gran esfuerzo para encontrar un doctor “amigable” en el sistema de salud público, que estuviera dispuesto a efectuar la operación como si fuera “un favor”.

A la mayoría de las mujeres con las que conversamos y que habían pedido una ligadura tubaria se les obligó a pasar por procedimientos discriminatorios y arbitrarios— incluyendo el requisito del consentimiento conyugal—como precondition para acceder a este método anticonceptivo a través del sistema de salud pública, mientras que a la mayoría se les negó la operación incluso cuando cumplían con todas las condiciones. Esta situación somete la toma de decisiones de la mujer, en el área más íntima de sus vidas, a la autoridad masculina o a la intervención médica arbitraria. Por ello constituye

¹¹¹ La ligadura tubaria o de trompas es un método de esterilización femenina que consiste en bloquear mecánicamente las trompas de Falopio para evitar que el óvulo y la esperma se unan. Las trompas de Falopio pueden ser bloqueadas por ligación, oclusión mecánica con pinzas o anillos, o electrocución. Robert A. Hatcher et al., *Contraceptive Technology (Tecnología Anticonceptiva)*, pp. 546 y 554. En Argentina, la esterilización femenina se conoce generalmente como ligadura tubaria, hasta incluso cuando las trompas no son necesariamente bloqueadas por ligación, sino que por otros métodos.

¹¹² Ley 17.132: Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología, y Actividades Auxiliares de las Mismas, 24 de enero de 1967, publicado en el Boletín Oficial el 31 de enero de 1967.

una violación del derecho de la mujer a la no discriminación, a la privacidad y a la salud¹¹³.

La ligadura tubaria y la ley

La sistemática denegación del acceso a la ligadura tubaria en el sistema de salud pública se origina en el Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología, y Actividades Auxiliares (de aquí en adelante “ley sobre la profesión médica”) que se remonta a 1967, época de oposición política a todo método anticonceptivo¹¹⁴. La ley exige una “indicación terapéutica perfectamente determinada”¹¹⁵ y el agotamiento de “todos los recursos conservadores de los órganos reproductores” para poder llevar a cabo legalmente una operación que produzca esterilización¹¹⁶. Además, algunos expertos legales citan las disposiciones del Código Penal que penalizan la violencia que causa daño permanente a un órgano del cuerpo como relevante a los procedimientos de esterilización¹¹⁷. Estas leyes de por sí son incompatibles con las obligaciones y compromisos de Argentina bajo los tratados internacionales de derechos humanos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha aclarado que el derecho al más alto nivel posible de salud—amparado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales—establece obligaciones legales específicas para que el Estado se “abstenga de limitar el acceso a los anticonceptivos¹¹⁸”. La ligadura tubaria o esterilización femenina voluntaria es aceptada ampliamente por la

¹¹³ Si las mujeres son forzadas a someterse al procedimiento de ligadura tubaria o si se les niega el mismo, sus derechos humanos a la no discriminación, la privacidad, y a la salud son vulnerados. A las mujeres se les ha negado el derecho a decidir independientemente sobre su acceso a la ligadura tubaria en otros países de la región, incluyendo el notorio caso del gobierno de Alberto Fujimori en Perú, donde se reporta que miles de mujeres fueron esterilizadas sin su conocimiento o consentimiento. Ver Laura Puertas, “Fujimori ordenó la esterilización forzosa de 200.000 mujeres indígenas en Perú”, *El País* (Madrid), 25 de julio del 2002, p. 3.

¹¹⁴ Ley 17.132: Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología, y Actividades Auxiliares de las Mismas, 24 de enero de 1967, publicado en el Boletín Oficial el 31 de enero de 1967.

¹¹⁵ Este término no está definido en la ley. Cuando las mujeres han intentado conseguir una autorización judicial para la ligadura tubaria, la interpretación de lo que constituye una “indicación terapéutica perfectamente determinada” ha variado significativamente. Ver además una discusión más completa de una selección de jurisprudencia sobre la materia en la sección sobre autorización judicial para la ligadura tubaria de ese documento.

¹¹⁶ Ley 17.132: Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología, y Actividades Auxiliares de las Mismas, artículo 20(18). Dice el artículo: “Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina ... [p]racticar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores ...”

¹¹⁷ Código Penal, artículos 90, 91, y 92. Ver también Luisa Cabal, Julieta Lemaitre, y Mónica Roa (eds), *Cuerpo y Derechos, Legislación y Jurisprudencia en América Latina* (Bogotá: Editorial Temis, S.A., 2001), p. 93.

¹¹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones generales), Observación general 14,” 11 de agosto del 2000, *U.N. Doc. E/C.12/2000/4*, p. 34.

ciencia médica y por las entidades internacionales de salud y de derechos humanos como un método anticonceptivo o de control natal¹¹⁹. De hecho, la OMS ha declarado que la ligadura tubaria es una de las formas anticonceptivas más efectivas, y que es altamente apropiada cuando la mujer ha dado su consentimiento debidamente informado y cuando las condiciones médicas lo permiten¹²⁰. En 1999, el Comité sobre la Eliminación de Discriminación contra la Mujer de la ONU (Comité de la CEDAW) esclareció su postura sobre esterilización en sus comentarios finales al informe periódico de Chile: “El Comité está... preocupado porque es necesario [bajo el derecho chileno] el consentimiento del marido para la esterilización y porque la mujer que desea ser esterilizada debe haber tenido ya cuatro hijos. El Comité considera que esas disposiciones violan los derechos humanos de todas las mujeres¹²¹”.

Funcionarios de gobierno en Argentina confirmaron que trabajadores de salud pública niegan el acceso a la ligadura tubaria a las mujeres no por razones físicas ni restricciones económicas, sino porque la ley no reconoce a la ligadura tubaria como un método válido de control de la fertilidad. “La ley no contempla la ligadura y la vasectomía por no ser métodos aprobados por el ANMAT [Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica]”, explicó Inés Martínez, quien es responsable de la coordinación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. “La ley no lo permite, no lo toma como método de anticoncepción¹²²”.

Para adecuarse plenamente a los estándares internacionales de derechos humanos, la ley sobre la profesión médica debe ser enmendada para permitir el acceso a la esterilización segura y voluntaria cuando existe consentimiento informado. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable debe incluir la ligadura tubaria voluntaria y la vasectomía dentro de la gama de métodos anticonceptivos ofrecidos, dado el

¹¹⁹ Ver Dr. Jerrold B. Leikin y Dr. Martin S. Lipsky, (eds.), *American Medical Association: Complete Medical Encyclopedia*, p. 1241 [donde la ligadura tubaria está definida como un método de control natal]; y Organización Mundial de la Salud, *Selected Practice Recommendation for Contraceptive Use* [Selección de Prácticas Recomendadas para el Uso de Anticonceptivos] (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004) [diseñada como guía para los servicios de provisión de anticonceptivos, cubriendo entre otros, la esterilización]. Ver más abajo para una exposición de los comentarios sobre esterilización o ligadura tubaria hechos por los comités de derechos humanos.

¹²⁰ Organización Mundial de la Salud, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* [Criterios Médicos para el Uso de Anticonceptivos], Capítulo sobre procedimientos de esterilización quirúrgica, p. 1. Esta guía además señala que “no existe ninguna condición médica capaz de restringir absolutamente la posibilidad de someter a una persona a la esterilización”.

¹²¹ Comité de la CEDAW, “Report of the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women” [Informe del Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer], *U.N. Doc. A/54/38/Rev.1*, 9 de julio 9 de 1999, p. 228.

¹²² Entrevista de Human Rights Watch con Inés Martínez, responsable, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 21 de octubre del 2004.

consentimiento informado y positivo de la persona involucrada. El Comité de Derechos Humanos de la ONU llegó a la siguiente conclusión en el 2000, cuando señaló con respecto a Argentina que “[l]as mujeres deben poder recurrir a los métodos de planificación familiar y al procedimiento de esterilización¹²³”.

Human Rights Watch entrevistó a mujeres en tres provincias—Tucumán, Santa Fe, y Buenos Aires—a quienes se les negó el procedimiento de ligadura tubaria, generalmente porque funcionarios de salud les dijeron que era ilegal o no permitido bajo los procedimientos locales del hospital. Al mismo tiempo, es importante notar que no todos los hospitales públicos niegan el acceso a este tipo de anticoncepción, y que algunas provincias han aprobado legislación que intenta superar las deficiencias de la ley nacional. Sin embargo, incluso en los casos en que la ley provincial o municipal facilita los procedimientos de esterilización voluntaria, algunos trabajadores de salud siguen temiendo potenciales consecuencias legales. Por ejemplo, dos semanas después de que una ley de la provincia de Santa Fe autorizara las esterilizaciones voluntarias en la provincia, Elda Cerrano, funcionaria municipal a cargo de la ejecución del programa de salud reproductiva en Rosario, provincia de Santa Fe, dijo a Human Rights Watch: “El asunto de la ligadura tubaria es un grave problema y lo sigue siendo a pesar de la ley. ... [La ley de ejercicio profesional], tienen que cambiarla ... ¿Cómo le exijo yo a mi gente que hagan eso si corren el riesgo de que les deshabiliten? ... Hasta ahora era totalmente prohibido. No está escrito en ningún código cómo proceder¹²⁴”.

Decisiones de la mujer sujetas a la autoridad masculina

Los criterios para que una mujer pueda acceder a la ligadura tubaria varían de un hospital a otro, pero un denominador común mencionado por la mayoría de las mujeres entrevistadas es el requisito del consentimiento conyugal. “Tenés que tener un permiso del marido” dijo Valentina Rodríguez, de veintidós años¹²⁵. Micaela Márquez, de veintiocho años, así como diez otras mujeres entrevistadas por Human Rights Watch en tres provincias entregaron testimonios similares: “En mi caso, yo pregunté y me dicen que tenés que tener una cierta edad, y tenés que tener autorización del marido¹²⁶”

¹²³ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina,” *U.N. Doc. CCPR/CO/70/ARG*, 3 de noviembre del 2000, párr. 14. La ligadura tubaria es un método común de esterilización femenina, ver la nota 111, más arriba.

¹²⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Elda Cerrano, jefa, Unidad de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, 17 de septiembre del 2004.

¹²⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Valentina Rodríguez, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

¹²⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Micaela Márquez, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

El requisito de la autorización del cónyuge para el acceso a la ligadura tubaria atenta contra los compromisos adquiridos por Argentina mediante el CEDAW¹²⁷ y el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos¹²⁸, ambos incorporados a la Constitución Argentina de 1994¹²⁹. El Comité de la CEDAW ha aclarado que: “[l]a 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...¹³⁰”. El Comité de Derechos Humanos ha indicado que se viola el derecho a la privacidad, protegido por el artículo 17 del PIDCP “cuando se exige que el marido dé su autorización para tomar una decisión respecto de la esterilización, [y] cuando se imponen requisitos generales para la esterilización de la mujer, como tener cierto número de hijos o cierta edad¹³¹”.

Cuando un hospital demanda la autorización conyugal para entregar algún tipo de servicio de planificación familiar, la mujer soltera a la que se le niegan estos servicios porque no está en capacidad de conseguir un consentimiento conyugal sufre adicionalmente de discriminación basada en su estado civil. Este fue el caso de Romina Parma, quien intentó obtener una ligadura tubaria en reiteradas ocasiones, tanto antes como después de la separación de su marido, quien la abusaba física y sexualmente. Ella nos dijo: “[Para atarme las trompas] tengo que estar casada, tengo que tener autorización de mi marido. Pero si vos no estás debidamente casada te lo niegan y te lo niegan.” Parma tuvo once hijos y trece embarazos. Un doctor de un hospital público de Buenos Aires se negó a realizar el procedimiento por la falta de autorización conyugal, a pesar de las violaciones semanales y a veces diarias que sufría de parte de su conviviente y a pesar de los efectos adversos que otros métodos anticonceptivos tenían sobre su salud: “El DIU me produjo hemorragias grandes”. Parma decidió finalmente irse a vivir sola, porque sentía que ésta era la única manera de no tener más hijos. “Hace seis años que me separé,” dijo Parma “y no tengo marido para no tener hijos”. Ella entiende que lo que le ocurrió es una gran injusticia: “Es ilegal que te aten las trompas. ... Pero yo te pregunto: si tenés diez hijos y treinta años, por lo menos tenés para quince hijos más.

¹²⁷ CEDAW, en particular artículos 1 y 2.

¹²⁸ PIDCP, artículos 2(1) y 3.

¹²⁹ Es difícil entender cómo se puede justificar el requisito del consentimiento conyugal, incluso a la luz de la restrictiva ley de 1967 que rige la profesión médica. El que el marido esté de acuerdo o no con que su cónyuge se someta a la ligadura tubaria es irrelevante para la potencial justificación médica de la operación.

¹³⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Recomendación General No. 21: La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares” 4 de febrero 4 de 1994, párr. 22, en “Compilation of General Comments and General Recommendation Adopted by Human Rights Treaty Bodies” [Compilación de Comentarios Generales y Recomendaciones Adoptados por los Órganos de Tratados de Derechos Humanos], 12 de mayo del 2004, U.N. DOC. HRI/GEN/1/Rev.7.

¹³¹ Comité de Derechos Humanos, “Observación general 28: Artículo 3 (Igualdad de derechos entre hombres y mujeres)”, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 29 de marzo del 2000, párr. 20.

¿Es justo eso? ... De repente es ilegal, pero si se pudiera firmar un consentimiento, porque es mi vida. No la vida del futuro hijo, pero mi vida, física y mental¹³²”.

Decisiones de la mujer sujetas a veto médico arbitrario

La falta de una reglamentación nacional para interpretar la ley sobre la profesión médica repercute en una práctica arbitraria e inconsistente de la ley que muchas veces da más peso a las opiniones morales de médicos y funcionarios de salud que a las decisiones de las mismas mujeres en el ámbito reproductivo. Algunos hospitales locales desarrollan procedimientos y establecen requisitos engorrosos y en algunos casos ciertos doctores deniegan el acceso a la ligadura tubaria, aún si las mujeres cumplen con todos los criterios especificados.

Muchos hospitales públicos requieren que la mujer obtenga un permiso previo del servicio social, de planificación familiar, del comité ético del hospital, del asesor legal del hospital o de cualquier combinación de éstos.

Las mujeres que Human Rights Watch entrevistó y que solicitaron la ligadura tubaria, generalmente lo hicieron dentro del contexto de una cesárea y creían que la operación sólo se podía realizar si la cesárea estaba previamente programada. Una mujer preguntó a su doctor en un hospital público de Buenos Aires si podía someterse a la ligadura tubaria si no estaba embarazada y la respuesta fue que no podía¹³³. De hecho, en muchos países el período típico en el que se practica este procedimiento, es el post parto inmediato debido a la mayor conveniencia, menor costo, facilidad para realizar la cirugía y uso más eficiente de los recursos de salud cuando la cirugía se practica en este momento en vez de en cualquier otro período. Cuando la cirugía se practica al mismo tiempo que la cesárea, estas ventajas se duplican¹³⁴.

Romina Redondo, de treinta y dos años, estaba embarazada de su décimo hijo cuando Human Rights Watch habló con ella. Nos explicó que cuando quedó embarazada con el octavo hijo, había cumplido con todo lo requerido para obtener la ligadura tubaria en el hospital público “Dr. José María Cullen” en la ciudad de Santa Fe. A última hora, su doctor le denegó la operación de todas maneras:

¹³² Entrevista de Human Rights Watch con Romina Parma, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹³³ Entrevista de Human Rights Watch con Gisela Oporto, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹³⁴ Robert A. Hatcher et al., *Contraceptive Technology* [Tecnología Anticonceptiva], pp. 550-551.

Cuando quedé embarazada con el octavo hice todos los trámites para tener una ligadura. ... Un abogado saca el consentimiento del marido. ... Cuando fui para internarme traje los papeles, pero el médico dijo que entre que me prepararan para la cesárea¹³⁵ podrían hacer tres partos más. Era cuestión de perder el tiempo. ... Yo insistía e insistía y me dijeron que tenía que volver a planificación familiar a colocarme el DIU. ... Pero no quería yo el DIU¹³⁶.

Tras un embarazo no planificado mientras usaba anticonceptivos hormonales, un parto y otro embarazo no planificado, Redondo estaba intentando reunir todos los papeles para conseguir acceso a la ligadura tubaria en otro hospital público, el “J.B. Iturraspe”, cuando conversamos con ella en septiembre del 2004. Ella describió un procedimiento engorroso cuyo resultado final—sin importar las consultas y el papeleo sin fin—dependía de su capacidad de convencer al doctor que le realizaría la operación:

Ahora hice los trámites en otro hospital. Tengo que ir otra vez para que me den los papeles. ... La asistenta social me dijo que tengo que insistir e insistir porque hay médicos que no quieren hacerlo. ... Al empezar fuimos a hablar con el director [del hospital] ... después mi marido tenía que firmar, y la tenía que llevar [la firma] al abogado. ... Luego por planificación familiar. Sacás turno en la madrugada para turno ese mismo día. ... Hablé con el jefe [de planificación familiar], me dio un papelito para ir a la asistenta social. ... Nos juntamos un grupo de mujeres [que queremos ligarnos las trompas], y nos dijo de negociar con los médicos, y nos dio turno para el ginecólogo. Me hizo preguntas y te dan un papelito para que firme el marido y dos testigos. Ahora me falta pedir el papel de consentimiento de que pueda hacerlo, de allí tengo que sacar turno para que me pongan en mis papeles que pueden hacerme la ligadura¹³⁷.

Marianella Casillas, de treinta y siete años y madre de seis, explicó a Human Rights Watch que también se le denegó el acceso a la ligadura tubaria en el hospital público local Dr. José María Cullen de Santa Fe durante su sexto embarazo, en contra de la

¹³⁵ Es práctica común en los hospitales públicos de Argentina llevar a cabo la ligadura tubaria inmediatamente después de una cesárea, durante la misma operación. La Organización Mundial de la Salud indica que esta práctica es aceptable. Organización Mundial de la Salud, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, p. 11—Esterilización Femenina Quirúrgica.

¹³⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Romina Redondo, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹³⁷ *Ibíd.*

recomendación de su ginecólogo: “Ahora no puedo quedar más embarazada porque tengo hipertensión. ... También las pastillas me hacen mucha tensión alta. ... El DIU me lo rechazó el organismo, y después no hay ningún método. ... Yo quiero hacerme ligar las trompas. ... La ginecóloga me lo recetó directamente, que lo hicieran al mismo tiempo [cuando di a luz]. Pero no lo hicieron¹³⁸”.

Varias mujeres dijeron a Human Rights Watch que los doctores trataban de reinterpretar sus deseos expresos, denegándoles el acceso a la ligadura tubaria argumentando que las mujeres podrían cambiar de opinión en el futuro. “Dicen que si lo haces muy joven puedes cambiar la opinión y tienen que revertirlo. Es como que están a favor de que tengas más hijos”, notó Yanina Carlotto, de cuarenta y seis años¹³⁹. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 20 por ciento de las mujeres que se esterilizan a una edad temprana lamentan la decisión posteriormente¹⁴⁰. Sin embargo, la OMS no recomienda la postergación de la ligadura tubaria en mujeres jóvenes que estén médicamente aptas, mientras sí advierte que todas las mujeres deben ser adecuadamente orientadas sobre el carácter irreversible de la esterilización y sobre la existencia de métodos anticonceptivos alternativos¹⁴¹.

Más bien, Human Rights Watch entrevistó a mujeres que enfrentaron preguntas respecto a potenciales futuros maridos o parejas a una edad reproductiva bastante avanzada. “El doctor me preguntó... si no me iba a separar y juntarme otra vez [con otro],” recuerda Marina Padilla, de cuarenta y un años, quien tenía treinta y nueve cuando solicitó la ligadura tubaria durante su séptimo mes de embarazo en el hospital público “J.B. Iturraspe” de la ciudad de Santa Fe¹⁴². Marcela Espinosa, de treinta y dos años, reflejó el sentimiento de muchas de las entrevistadas por Human Rights Watch cuando dijo: “Si yo no quiero tener más [hijos], y si yo pido [la ligadura], nadie me puede decir: ‘que pasa si tenés otro marido’¹⁴³”.

En algunos casos, las mujeres que entrevistamos lograron convencer a un médico del sistema de salud pública para que les permitiera el acceso a la ligadura tubaria como un “favor” personal. Andrea González, de cuarenta y seis, había solicitado la ligadura

¹³⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Marianela Casillas, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹³⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Yanina Carlotto, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, p. 2— Esterilización Femenina Quirúrgica.

¹⁴¹ Organización Mundial de la Salud, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, p. 2— Esterilización Femenina Quirúrgica.

¹⁴² Entrevista de Human Rights Watch con Marina Padilla, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹⁴³ Entrevista de Human Rights Watch con Marcela Espinosa, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

tubaria después del nacimiento de su tercer hijo, pero el doctor le denegó la operación en el hospital público “Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes de San Miguel de Tucumán”. Tras el nacimiento de su séptimo hijo, otro doctor le dijo a González que “la ayudaría”. “Se puso los guantes, no me dijo nada. Supongo que hizo algo... Después no me embaracé más”, González recordó¹⁴⁴. No obstante la respuesta positiva a los ruegos de González, persiste el hecho de que no se le permitió tomar decisiones independientes respecto a su propia salud reproductiva.

El dinero supera la necesidad médica: Acceso disponible en clínicas privadas

Aunque la ley de la profesión médica se aplica tanto a la práctica privada como pública de la medicina, su práctica aparentemente tiene mayor fuerza en el sector público que en el privado. Un asistente legal de la provincia de Santa Fe explicó: “Aquí se tienen dos opciones. Si vos tenés la plata, te vas al instituto privado y el mismo médico que lo hace allá [la ligadura tubaria] es el que te lo está negando en lo público... En realidad se permite una situación discriminatoria¹⁴⁵”.

Marisa Rossi, de treinta y seis años, quien trabajó como enfermera en sistema de salud privado durante años, confirmó que las mujeres tenían acceso a la ligadura tubaria si lo deseaban y si podían pagar por ella:

Si vos querés, te lo hacen. Vos decidís. Porque en lo privado vos decidís lo que querés hacer. ... Ponen una patología que no existe [en tus papeles, para no poner ligadura tubaria]. Y más si tenés muchos hijos, allí te lo ofrecen, dicen: ‘Dejáte de joder.’... Si vos tenés para pagar, te hacen lo que vos querés¹⁴⁶.

El hecho de que existe discriminación económica de facto no pasó desapercibido para las mujeres que solicitaron y se les negó la ligadura tubaria. A Laura Passaglia, una mujer de treinta y dos años que había tenido nueve embarazos, una corte de la provincia de Buenos Aires le denegó el acceso a la ligadura tubaria en el 2004¹⁴⁷. Ella dijo: “Con plata sí [puedes obtener una ligadura tubaria], pero ¿los que no tenemos? Tengo vecinos que

¹⁴⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Andrea González, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

¹⁴⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Soledad Mendoza, asistente, Oficina de la Senadora Provincial Patricia Sánchez, Santa Fe, 14 de septiembre del 2004.

¹⁴⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Marisa Rossi, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁴⁷ Para más información sobre este caso, ver más abajo en este documento en la sección sobre la autorización judicial para la ligadura tubaria.

ni siquiera tienen para calzarse¹⁴⁸”. Nora Casas, de treinta y cuatro años, reiteró este malestar: “Si vos tenés plata te lo hace el médico. ... Mientras tienes el dinero te lo hace a cualquier edad”¹⁴⁹.

De hecho, muchas de las mujeres entrevistadas citaron precisamente las dificultades financieras como la principal razón para querer hacerse la operación. “Me gustaría hacerlo porque ya tengo cuarenta años, tengo siete hijos y la situación económica no da”, dijo Marina Padilla. “Le dije al doctor: ‘La situación está cada vez peor, le acaban de despedir a mi marido. Cada vez se pone más difícil. Además ya son muchos [mis hijos]’¹⁵⁰”.

El requisito de la autorización judicial

La ley argentina no exige específicamente que se tenga autorización judicial para la ligadura tubaria. Sin embargo, muchos médicos, funcionarios de gobierno, representantes de ONGs y mujeres individuales creían que éste es un requisito legal o de facto, o veían las disposiciones legales como suficientemente ambiguas como para obligar la autorización jurídica para evitar una acción legal en contra suya. “[N]adie ha hecho una ligadura de trompas sin pedir autorización del juez”, indicó Inés Martínez, responsable de coordinación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable¹⁵¹. “Algunos [médicos] que lo harían tienen miedo de ir presos”, explicó Paola Bergallo, profesora universitaria con experiencia en derecho de salud reproductiva¹⁵². A pesar de ello, Human Rights Watch no supo de ningún médico que haya perdido su licencia o haya cumplido pena de prisión por realizar una ligadura tubaria.

Si bien Human Rights Watch entrevistó a mujeres que obtuvieron la ligadura tubaria sin autorización judicial, también nos encontramos con mujeres que habían recurrido a una corte para conseguir una autorización judicial para su operación. Algunas de ellas vieron su petición denegada o dieron a luz antes de que su recurso sea considerado o apelado.

¹⁴⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Laura Passaglia, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁴⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Nora Casas, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹⁵⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Marina Padilla, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

¹⁵¹ Entrevista de Human Rights Watch con Inés Martínez, responsable, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 21 de octubre del 2004.

¹⁵² Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Paola Bergallo, profesora, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 10 de agosto del 2004.

Gisela Oporto, de treinta y siete años, contó a Human Rights Watch que solicitó una autorización judicial para la ligadura tubaria luego de que durante su último embarazo sufriera graves problemas de salud, pero dio a luz antes de que su caso fuera resuelto. Consecuentemente, ella no se realizó la operación.

Oporto comenzó a sufrir de hipertensión durante su primer embarazo no planificado y sus médicos del hospital público Gobernador Domingo Mercante de la provincia de Buenos Aires le recomendaron no tomar píldoras anticonceptivas: “[Los médicos] no me querían dar pastillas. Dicen que tengo que usar preservativas pero... mi marido dice que no siento nada”. Oporto terminó con dos embarazos no planificados más y luego comenzó a usar píldoras anticonceptivas para evitar otro embarazo que pusiera en riesgo su salud:

Quando estuve embarazada con la tercera, me agarró un estado depresivo fuerte. ... Estuve muy mal, casi muero con el último embarazo. ... Empecé a devolver y a sangrar la herida [de las cesáreas anteriores] y no podía respirar. ... Después de que la tuve, la doctora me dio pastillas pero me alteraban los nervios. ... Menstruaba tres o cuatro veces al mes¹⁵³.

Oporto decidió no tomar más pastillas anticonceptivas. Después de seis años, Oporto volvió a quedar embarazada, nuevamente sin planificación.

Supuestamente [el parto] tenía que ser cesárea,¹⁵⁴ así que decidí tener la ligadura. ... Estuvimos averiguando. Tenés que tener plata. En la clínica privada te lo hacen, depende, entre 600 y 800 pesos [US\$ 202-269.36], más los días que estás, [suma] hasta 2,500 pesos [US\$ 841.75]. ... Averigüé también en el hospital público. ... La médica dijo que sin autorización del juez no lo haría.

Con la ayuda de una ONG local, Oporto decidió solicitar la autorización judicial. Nos relató su experiencia con la corte:

¹⁵³ Entrevista de Human Rights Watch con Gisela Oporto, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁵⁴ Es práctica común en algunos países que los doctores recomienden la cesárea cuando una mujer embarazada ha tenido una o varias cesáreas anteriores; basado en el supuesto de que es posible una ruptura de la cicatriz uterina si se intenta un parto vaginal. Este es el caso en Argentina.

La doctora, ella me dio una orden de que corría riesgo mi vida [con otro embarazo] y supuestamente la vida del bebé. ... Otro médico dijo lo mismo. ... [Desde la corte] pidieron las partidas de nacimiento de los hijos y un análisis psicológico ... [y] un resumen de la historia clínica. ... Se lo pedía a la asistente social. ... El juez denegó el pedido, y ya estaba el bebé por nacer. ... Se adelantó el parto y teníamos que apelar a la Corte Suprema [de la Provincia.] ... Ya no podían hacer [la ligadura] porque ya nació.

La corte dictaminó que no existía ninguna razón “seria” que ameritara que Oporto se sometiera a la ligadura tubaria y además dejó constancia de que ella no pudo probar que le es imposible usar otro método de anticoncepción que no requiera la esterilización¹⁵⁵. Sin embargo, ni la corte ni los médicos del hospital público especificaron cuáles podrían ser los otros métodos: “Nadie del hospital me dio ninguna información sobre anticoncepción. ... Si voy a la ginecóloga y le pido pastillas o inyección, me dice que no puede [dármelos] por la presión alta. Y por el DIU [dispositivo intrauterino], como soy gorda tienen miedo de que se salga el DIU”. Oporto concluyó: “Tienen que hacerlo más fácil para las mujeres que deciden hacerse la ligadura, sobre todo cuando corre riesgo su vida¹⁵⁶”.

Laura Passaglia, de treinta y dos años, tuvo una experiencia similar, también en la provincia de Buenos Aires. Cuando Human Rights Watch entrevistó a Passaglia, ella había tenido nueve embarazos, incluyendo dos abortos naturales y un hijo prematuro que murió al poco tiempo de nacer. Ella intentó obtener la ligadura tubaria por primera vez cuando sufrió una profunda depresión a raíz de la muerte de ese hijo: “El cuarto fue el bebito que falleció. ... Estaba en una etapa que no quería nada, ni los que tenía, ni los que iban a venir. ... Preguntaba por allí por ligadura. Decían que no, que no había ley. Que con plata sí, pero tenía que sacarle la comida de mis hijos para tener los 1,000-2,000 pesos [US\$ 336.70-673.40] que necesitaba [para la ligadura]”. Después de varios embarazos posteriores, Passaglia consultó nuevamente con su doctor en el hospital público Larcade de la provincia de Buenos Aires sobre la posibilidad de obtener la ligadura tubaria :

Allí yo hablaba con la médica, me dijo que no, que no había ley [que permite la ligadura]. ... Dije que ahora voy a morir pero me lo voy a hacer porque además me parecía que era decisión mía. ... En el hospital

¹⁵⁵ [Nombre del caso protegido], provincia de Buenos Aires, mayo del 2004. Los documentos del caso están archivados en Human Rights Watch.

¹⁵⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Gisela Oporto, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

me ponían todas las trabas. ... El jefe del hospital me dijo que era lo mismo que hacerse un aborto. Estaba embarazada de cuatro meses entonces¹⁵⁷.

Passaglia solicitó la autorización judicial. Ella informó a Human Rights Watch que el hospital público seguía poniendo trabas para impedir que ella cumpliera con los requisitos de la corte:

Necesitaba el resumen de la historia clínica. ... Me daban dos o tres páginas [de la historia]. Me hicieron pagar, pero no me lo dieron [todo]. ... Me cobraron 10 pesos [US\$ 3.37] y tuve que esperar un mes para que me lo den. No podés acceder a tu historia clínica así nomás. ... El perito dijo que tener muchos hijos no es un riesgo de salud ni nada. [Pero] era de tener contracciones todo el embarazo, y no tengo ayuda en casa, tenía que salir adelante¹⁵⁸.

La corte que revisó el caso de Passaglia admitió que la evidencia presentada demostraba que ella sufría de hipertensión y reiteradas infecciones urinarias, que los medicamentos que recibía no le ayudaban y que tenía una orden médica de limitar su esfuerzo físico y de no caminar demasiado y que no podía cumplir con esta recomendación debido a sus otros hijos. Pese a ello, la corte denegó la ligadura tubaria solicitada por Passaglia, basándose en el testimonio de un experto seleccionado por la corte, quien indicó que “no surge la finalidad terapéutica” para realizar la operación, pese a considerar que los problemas de salud relativos a los embarazos de Passaglia eran lo suficientemente serios como para recomendarle que busque ayuda médica¹⁵⁹.

No todas las mujeres que han solicitado autorizaciones judiciales han visto sus peticiones denegadas. Algunas cortes han solicitado a los hospitales que ejecuten la operación requerida¹⁶⁰. Sin embargo, persiste el hecho de que el derecho al acceso a la ligadura tubaria voluntaria—método anticonceptivo efectivo y seguro—depende de los cónyuges, los abogados, los doctores, los asistentes sociales y la situación económica personal.

¹⁵⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Laura Passaglia, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁵⁸ *Ibíd.*

¹⁵⁹ [Nombre del caso protegido], provincia de Buenos Aires, febrero del 2004. Los documentos del caso están archivados en Human Rights Watch.

¹⁶⁰ Ver Juzgado de Primera Instancia en lo Correccional No. 1, Paraná, E., N. B. c/Hospital San Roque y/o Secretaría de Salud y/o Estado Provincial. Acción de Amparo. 29 de noviembre de 1996, archivado en Human Rights Watch; Tribunal Superior de Justicia, Sala No. 1 en lo Penal, Entre Ríos, E., N. B. c/ Hospital San Roque y/o Secretaría de Salud y/o Estado Provincial. Acción de Amparo, 9 de diciembre de 1996, archivada en Human Rights Watch.

VI. Obstáculos al derecho a decidir en asuntos relacionados con el aborto

Cada año en Argentina se realizan un estimado medio millón de abortos ilegales y por lo tanto generalmente inseguros, lo que constituye más del 40 por ciento de todos los embarazos¹⁶¹. Algunos funcionarios públicos contaron a Human Rights Watch que, en el sistema de salud pública en sus provincias, aproximadamente por cada mujer dando a luz, otra es hospitalizada por complicaciones de salud relacionadas con el aborto ilegal e inseguro¹⁶². Las consecuencias de los abortos inseguros son y han sido durante varias décadas la principal causa de mortalidad materna¹⁶³. La proporción extraordinariamente alta de embarazos que terminan en aborto evidencia la falta de acceso, por parte de las mujeres, a la información y a servicios de planificación familiar efectivos. Este capítulo documentará las consecuencias personales trágicas de las restricciones de Argentina de los derechos de las mujeres en esta área.

El Código Penal argentino indica que el aborto es ilegal en cualquier circunstancia, aunque se suspende su penalización cuando la vida o la salud de la mujer embarazada corren peligro y cuando el embarazo es fruto de una violación de una mujer mentalmente discapacitada. En la práctica, estos abortos “no punibles” se realizan muy infrecuentemente ya que no existe una política clara regulando su acceso.

La penalización del aborto lleva a las mujeres a medidas desesperadas, como por ejemplo el intentar abortar con agujas de tejer, con sondas, con tallos de perejil, o ingiriendo medicamentos abortivos sin asistencia médica adecuada. La penalización también les permite a las “clínicas” de aborto clandestinas funcionar con poco respeto por la salud y vida de las mujeres. Cuando una mujer llega al hospital público sufriendo de

¹⁶¹ En el 2003 en Argentina hubo 727.000 nacimientos vivos. UNICEF, “At a Glance: Argentina” [en línea] <http://www.unicef.org/infobycountry/argentina.html> (descargado el 4 de marzo del 2005). El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación declaró en el 2004 que en Argentina ocurren más de 500.000 abortos al año. “Argentina: Graves incidentes en conferencia de doctora pro aborto”, *Associated Press*, 10 de diciembre del 2004.

¹⁶² Entrevistas de Human Rights Watch con María Ana Palmieri, coordinadora, Programa Materno-Infantil, Ministerio de Salud de la Rioja, Castelar, provincia de Buenos Aires; y con Stella Carrido, coordinadora, Area Materno-Infantil, Ministerio de Bienestar de Jujuy, Buenos Aires, 8 de septiembre del 2004.

¹⁶³ En una publicación que cita cifras de 1993, la Organización Panamericana de la Salud indicó que el 30 por ciento de la mortalidad materna en Argentina se debe a abortos ilegales. OPS, *La Salud en las Américas, Edición de 1998* (Washington, D.C.: OPS, 1998), p. 212, citado [en línea] <http://www.eclac.cl/publicaciones/UnidadMujer/5/lcl1295/cuadro6.gif> (descargado el 3 de febrero del 2004). En el 2002, casi una década después, el 31 por ciento de la mortalidad materna era causada por abortos ilegales. Presentación en *Powerpoint* preparada por Inés Martínez, responsable, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, “Salud Reproductiva,” 2004, diapositiva 6, en los archivos de Human Rights Watch.

hemorragias, infecciones o lesiones que ponen en peligro su vida, causadas por un aborto inseguro, los funcionarios de salud pública a veces la menosprecian o le deniegan el tratamiento debido. Los médicos que llevan a cabo el curetaje post-aborto (legrado uterino)—un procedimiento altamente doloroso, donde el médico raspa la pared del útero—a veces lo hacen sin administrar anestesia. Por miedo a ser procesadas legalmente, las mujeres evitan el cuidado necesario post-aborto, lo cual puede acarrear consecuencias perjudiciales para su salud. Algunas mujeres que han abortado son condenadas a prisión, en un ataque adicional a sus derechos humanos.

Incumplimiento de la ley

Lo que se ha hecho con el debate es demonizar el aborto, eso es lo que ha pasado. [Dicen] que es una postura de las feministas, de los comunistas, de los radicales. Han cerrado la posibilidad de discutirlo seriamente hasta el punto que hasta lo que el código permite [en términos de aborto] se desconoce. Es como si todo fuera penalizado.

—Jefa de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Bienestar Social de Jujuy¹⁶⁴

El Código Penal argentino indica que el aborto es ilegal en cualquier circunstancia, aunque se suspende su penalización en dos circunstancias: 1) cuando el médico decide que la vida o la salud¹⁶⁵ de la mujer embarazada están en peligro y no puede ser salvada por ningún otro método que no sea induciendo el aborto; y 2) cuando una mujer mentalmente discapacitada resulta embarazada como producto de una violación y su representante legal autoriza el aborto¹⁶⁶. Sin embargo, no existe una reglamentación

¹⁶⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Stella Carrido, coordinadora, Área Materno Infantil del Ministerio de Bienestar Social de Jujuy, Buenos Aires, 8 de septiembre del 2004.

¹⁶⁵ En términos jurídicos internacionales, la “salud” se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de Salud, Nueva York, 19 al 22 de junio de 1946, suscrita por los representantes de 61 estados el 22 de julio de 1946 (Archivos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud), y en vigor desde el 7 de abril de 1948.

¹⁶⁶ Código Penal artículos 85-88. Los artículos dicen: “Art. 85. El que causare un aborto será reprimido: 1°. 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; 2°. con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena se elevara a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer. Art. 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: 1°. 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; 2°. si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor

nacional que garantice el acceso de las mujeres a este tipo de abortos no punibles. De hecho, algunos funcionarios de gobiernos provinciales entrevistados por Human Rights Watch no estaban al tanto de que existiesen excepciones en la ley¹⁶⁷.

La confusión y el temor a las consecuencias legales del aborto impiden a las mujeres acceder a su derecho: un aborto no punible cuando su salud o su vida corren peligro, o cuando el embarazo es producto de la violación de una mujer mentalmente discapacitada. “Hay mucho miedo”, dijo Juliana Weisburd, coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Weisburd indicó que si bien el Código Penal no exige una autorización judicial para un aborto, la autorización judicial se ha convertido en un requisito de facto porque la mayoría de los médicos no llevaría a cabo el procedimiento sin la autorización de un juez¹⁶⁸.

Walter Barbato, experto en salud reproductiva con años de experiencia en el sector de salud pública, declaró a Human Rights Watch que para las mujeres es muy difícil el acceso al aborto no punible: “Prácticamente no hay posibilidad, por lo que sale en el Código [Penal] que no te deja una posibilidad, y porque [los médicos] tienen miedo de sanciones¹⁶⁹”.

Otro experto en salud reproductiva, jefe de la unidad de maternidad en un hospital público, dijo a Human Rights Watch que él no creía que las autorizaciones judiciales fueran necesarias para llevar a cabo un aborto y por lo tanto nunca intentó obtenerlas. No obstante, él generalmente consultaba a un juez de manera privada para conseguir una autorización informal, más para su tranquilidad que por considerarlo un requisito

cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto. Art. 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. Art. 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.”

¹⁶⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Pedro Eduardo Picasso, director, Área Materno-Infantil del Ministerio de Salud del Chaco, Castelar, provincia de Buenos Aires, 7 de septiembre del 2004 (Picasso dijo a Human Rights Watch que el aborto no se permite bajo ninguna circunstancia en Argentina).

¹⁶⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Juliana Weisburd, coordinadora, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, 14 de septiembre del 2004.

¹⁶⁹ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Walter Barbato, doctor, Rosario, provincia de Santa Fe, 10 de octubre del 2004.

legal¹⁷⁰. De cualquier forma, se impone un nivel adicional y arbitrario de aprobación para el acceso de las mujeres al aborto.

En el 2000, el Comité de Derechos Humanos de la ONU manifestó su preocupación por las leyes que restringen el aborto en Argentina: “preocupa al Comité que la penalización 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 procedió a recomendar a la Argentina que elimine todos los obstáculos al aborto cuando éste no está penalizado por la ley¹⁷¹.

Abortos ilegales y poco seguros

Volví a quedar embarazada. ... De todas las formas lo quería sacar. Hasta llegué a tomar pastillas de rata. Lo escondía [de mi marido] porque él quería más hijos. ... Tres meses seguidos tomé las pastillas, siempre en la misma fecha, y siempre en la fecha de mi menstruación me hicieron sangrar. Hice todo lo posible para levantar cosas pesadas. ... Intentaba con la hojita de perejil, hice que mi hijo me andara encima de la panza [pero no perdí el embarazo]. Es el embarazo más feo que he vivido, porque además estaba muy sola porque no podía contarle a mi marido nada de eso. Allí sí que me dio toda la culpa. Creía que era un castigo de Dios.

—Julia Reina, treinta y cuatro años¹⁷²

Como consecuencia directa de la penalización del aborto, las mujeres tienen un acceso extremadamente limitado a abortos seguros, lo que a veces tiene consecuencias funestas para su salud y sus vidas¹⁷³. Las consecuencias del aborto inseguro han constituido la mayor causa de mortalidad materna en Argentina por mucho tiempo, responsables de 30 por ciento de las muertes¹⁷⁴. “En veinte años no ha habido progreso. Siempre desde que

¹⁷⁰ Entrevista de Human Rights Watch con [nombre protegido], [nombre de provincia retenido], septiembre del 2004.

¹⁷¹ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina. 03/11/2000 (Observaciones Finales/Comentarios)”, *UN Doc. CCPR/CO/70/ARG*, 3 de noviembre del 2004, párr. 14.

¹⁷² Entrevista de Human Rights Watch con Julia Reina, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

¹⁷³ Donde el aborto es legal, el método más común es el aborto médico, legrado por aspiración, dilatación y evacuación, o aborto por parto inducido, todos los cuales son procedimientos relativamente seguros cuando son llevados a cabo bajo supervisión de profesionales preparados y en ambientes adecuados. Ver Leikin y Lipsky, (eds.), *American Medical Association: Complete Medical Encyclopedia*, pp. 99-100.

¹⁷⁴ En una publicación que cita cifras de 1993, la Organización Panamericana de la Salud indicó que el 30 por ciento de la mortalidad materna en Argentina se debe a abortos ilegales. OPS, *La Salud en las Américas*,

se lleva estadística en el país [sobre mortalidad materna], la mayor causa de mortalidad materna es el aborto”, dijo Elida Marconi, directora de la oficina pública de información y estadísticas de salud, durante una reunión de profesionales de la salud reproductiva en septiembre de 2004¹⁷⁵.

Human Rights Watch entrevistó a mujeres que se sometieron a abortos en circunstancias precarias e ilegales en perjuicio de su salud. “La misma desesperación te agarra”, dijo Paola Méndez, una mujer de treinta y seis años que quedó embarazada del primero de sus diez hijos a los diecisiete años. “Buscás un montón de vueltas, pastillas, lo que fuera. Pero si no hay salida, agarrás un cuchillo o una aguja de tejer¹⁷⁶”.

Como ocurre con el acceso a los anticonceptivos, la calidad y por lo tanto las consecuencias para la salud de los abortos ilegales dependen de la condición económica de la mujer. Esta situación no es exclusiva de Argentina. La Organización Mundial de la Salud ha advertido que, en especial, las mujeres pobres y las que viven en lugares aislados corren un muy alto riesgo de pasar por abortos practicados por personas no calificadas si los servicios de aborto están legalmente restringidos¹⁷⁷. El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha expresado su preocupación con respecto a esta situación en Argentina, indicando su “inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado que un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado¹⁷⁸”. A pesar de que los servicios en las clínicas de aborto clandestinas más caras son relativamente más seguros, la naturaleza ilegal de estas clínicas hace que su funcionamiento esté al margen de toda reglamentación y fiscalización por parte del gobierno. La regulación y fiscalización son esenciales para proteger la salud y vida de las mujeres.

Edición de 1998 (Washington, D.C.: OPS, 1998), p. 212, citado [en línea] <http://www.eclac.cl/publicaciones/UnidadMujer/5/lcl1295/cuadro6.gif> (descargado el 3 de febrero del 2004). En el 2002, casi una década después, el 31% de la mortalidad materna era causada por abortos ilegales. Presentación en *Powerpoint* preparada por Inés Martínez, responsable, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, “Salud Reproductiva,” 2004, diapositiva 6, archivado en Human Rights Watch.

¹⁷⁵ Comentarios de Elida Marconi en una reunión sobre mortalidad materna auspiciada por el Ministerio de Salud, Castelar, provincia de Buenos Aires, 6 de septiembre del 2004.

¹⁷⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Méndez, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁷⁷ Organización Mundial de la Salud, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* [Aborto Seguro: Guía Técnica y de Políticas para los Sistemas de Salud] (Ginebra: OMS, 2003), p. 14.

¹⁷⁸ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina,” *U.N. Doc. CCPR/CO/70/ARG*, 3 de noviembre del 2000, p. 14.

Métodos comunes para inducir el aborto en Argentina

Algunas de las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch creían que podían generar un aborto tomando infusiones o jugos específicos, especialmente infusiones de papa o perejil. Julia Reina recordó: “Quedé embarazada e hice todo lo humanamente posible para no tenerlos los primeros tres meses. Tomé líquidos, jugo de papa, de perejil, de té. No me animaba a ir a un sitio [una clínica clandestina de aborto] y tampoco tenía la plata¹⁷⁹”.

Otras mujeres contaron a Human Rights Watch que se introdujeron objetos extraños al cuello del útero, tales como sondas, tallos de perejil, agujas de tejer o pedazos de madera. “No te imaginás lo que la gente puede llegar a meterse en el útero”, dijo una trabajadora social de la provincia de Tucumán¹⁸⁰. Este hecho fue confirmado en entrevistas de Human Rights Watch a médicos de hospitales públicos¹⁸¹.

La introducción de objetos extraños al cuello del útero conlleva un elevado riesgo de infección si el objeto no está esterilizado. En términos fisiológicos, la introducción de objetos en el cuello del útero puede, a veces, lograr romper la bolsa de líquido amniótico, lo que puede resultar en un aborto¹⁸². Sin embargo, los abortos auto inducidos son frecuentemente incompletos, lo que aumenta la necesidad de servicios post aborto de emergencia. Una guía para médicos de métodos de aborto indica:

El Método de la Aguja de Tejer es un conocido método callejero. Raras veces conduce a un aborto temprano, por lo que el procedimiento debe ser repetido reiteradamente, aumentando ampliamente la tasa de complicaciones. Las principales complicaciones son: infección, pérdida de sangre (si se penetra la placenta), perforación de la pared uterina eventualmente con daño al intestino resultando en peritonitis. La

¹⁷⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Julia Reina, provincia de Tucumán, septiembre del 2004. Reina había tenido tres abortos cuando la entrevistamos.

¹⁸⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Adriana Díaz, tesorera, Madres Cuidadoras, San Miguel, provincia de Tucumán, 9 de septiembre del 2004.

¹⁸¹ Entrevistas de Human Rights Watch con [nombre protegido], médico de la unidad de maternidad de hospital público, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004; con [nombre protegido], médico de unidad de maternidad de hospital público, provincia de Tucumán, septiembre del 2004; y con [nombre protegido], médico de la unidad de maternidad de hospital público, provincia de Buenos Aires, septiembre del 2004.

¹⁸² Entrevista de Human Rights Watch con Sofía Aminábar, jefa de partos, Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, San Miguel, provincia de Tucumán, 11 de septiembre del 2004.

infección de [la bacteria] clostridio es particularmente peligrosa y mayoritariamente mortal¹⁸³.

Otro método popular en Argentina es que la mujer se autoinduzca el aborto ingiriendo una o varias pastillas que contengan misoprostol¹⁸⁴, con o sin supervisión médica. Este método acarrea un menor riesgo de infección comparado al “método de la aguja de tejer”, aunque la relativa seguridad supone el acceso a servicios médicos antes y después de la ingesta de las pastillas¹⁸⁵. Algunos doctores entrevistados por Human Rights Watch dijeron haber recomendado misoprostol a mujeres de bajos ingresos que solicitaban abortos, considerando que la alternativa sería una sonda o una aguja de tejer¹⁸⁶. Un doctor declaró a Human Rights Watch que él normalmente recomienda a mujeres con embarazos no deseados que usen misoprostol, para evitar que usen sondas. Independientemente de su opinión personal respecto al aborto, él creía que como doctor estaba obligado a decirles a las mujeres como evitar una infección mortal. “No puedo evitar que aborte”, dijo, “pero por lo menos le puedo decir lo que no debe hacer¹⁸⁷”.

Consecuencias para la salud

Ya sea inducido por objetos extraños o mediante la píldora, las consecuencias para la salud de los abortos ilegales e inseguros pueden ser funestas. Teresa Mariani, de veinticuatro años experimentó en carne propia estas consecuencias. Mariani fue violada reiteradamente por su marido, lo que concluyó en cinco abortos y un embarazo completo y un nacimiento en el curso de cuatro años. Ella pudo pagar un aborto

¹⁸³ Joeri Van den Bergh y Charles Schlebaum, *Abortion, A Practical Guide for Doctors* [Aborto: Guía Práctica para Doctores] [en línea], Capítulo 1 “Summary of Methods” [Resumen de Métodos] (traducción de Human Rights Watch) <http://www.isad.org/prguide/p%206.methods.htm#4.%20mech%20methoden> (descargado el 23 de noviembre del 2004). Una infección de clostridio es una inflamación severa del colon, que generalmente causa diarrea y colitis (inflamación de la pared del colon), en algunos casos puede ser mortal. Leikin y Lipsky, (eds.), *American Medical Association: Complete Medical Encyclopedia*, pp. 372-4.

¹⁸⁴ Aunque el misoprostol se produce y se prescribe como un anti-inflamatorio, tiene el efecto secundario de causar contracciones uterinas. La etiqueta de misoprostol vendido bajo la marca de Cytotec dice: “La prescripción de Cytotec (Misoprostol) a mujeres embarazadas puede causar un aborto, nacimiento prematuro, o defectos de nacimiento. Se han reportado casos de ruptura uterina cuando Cytotec ha sido administrada a mujeres embarazadas para inducir el parto o aborto más allá de la octava semana de embarazo” (traducción nuestra). Centro de Evaluación de Fármacos, “Cytotec” [en línea] <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/19268slr037.pdf> (descargado el 23 de noviembre del 2004).

¹⁸⁵ “[Misoprostol] es un método confiable y seguro en las etapas tempranas del embarazo, pero generalmente causa mayor pérdida de sangre e incomodidad que el método de aspiración”. Joeri Van den Bergh y Charles Schlebaum, *Abortion, A Practical Guide for Doctors* [Aborto: Guía Práctica para Doctores].

¹⁸⁶ Entrevistas de Human Rights Watch con [nombre protegido], médico de la unidad de maternidad en un hospital público, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004; y con [nombre protegido], médico de la unidad de maternidad en un hospital público, provincia de Buenos Aires, septiembre del 2004.

¹⁸⁷ Entrevista de Human Rights Watch con [nombre protegido], médico de la unidad de maternidad en un hospital público en [nombre de provincia retenido], septiembre del 2004.

asistido sólo en una ocasión y recurrió al misoprostol en las otras ocasiones. Ella dijo a Human Rights Watch:

La primera vez lo hice con pastillas, no sé como no morí. ... La segunda vez me dio miedo y me fui a una clínica privada... Las otras tres veces, con pastillas. ... [La primera vez] había un tipo que vendía las recetas, y me fui a comprar unas pastillas.... Después la nena me vino en 2000. ... Después volví a abortar en el 2001, y en el 2003 dos veces en seguida y después hace poco en 2004. ... Mi marido es violento sexual y no me deja cuidarme. ... [La primera vez] me vino mi menstruación veinte días seguidos, primero normal, después con glóbulos grandes, después se cortó. ... Después de un mes llega la hemorragia y vino un bolso de sangre. ... Fue un embarazo de dos meses. ... [La siguiente vez] junté 200 pesos [US\$ 200]¹⁸⁸... Las otras veces lo hice con pastillas. ... Terminé internada en el hospital con el conteo de sangre muy bajo. ... También este año con pastillas y mal. ... Creo que [me quería embarazar] para atarme con un hijo más y yo no quería¹⁸⁹.

Las consecuencias para la salud de un aborto ilegal pueden ser físicas y mentales. Además de las consecuencias físicas de sus abortos, Marisa Rossi, de treinta y seis años dijo a Human Rights Watch que la naturaleza clandestina e ilegal del procedimiento hizo más difícil su recuperación: “Además de que uno queda re-mal [físicamente], tenía que tratar de perdonarle a mi pareja por dejarme sola, y perdonarme a mi misma. ... Además sin ningún tipo de ayuda psicológica. Te lo haces y te tenés que olvidar¹⁹⁰”. Ana Sánchez, de cuarenta y tres años, había contemplado hacerse un aborto tras su sexto embarazo no deseado, pero sentía temor de las consecuencias que esto generaría en su salud. Ella resaltó la presión que sufren las mujeres que se realizan abortos ilegales a causa de la ilegalidad: “La mujer [que tiene un aborto] lo hace sola, porque de repente cuenta con el conocimiento de su compañero, pero con la sonda dentro igual tenés que hacer la comida, tenés que lavar la ropa¹⁹¹”.

La peor consecuencia de los abortos ilegales es, por supuesto, la muerte. Este resultado es demasiado común en Argentina. Yanina Carlotto acompañó a una amiga a que tuviera un aborto ilegal en una clínica y su amiga murió mientras estaba anestesiada. Recordó: “Aborto, personalmente no lo viví, pero acompañé a una chica que murió. ...

¹⁸⁸ El tipo de cambio oficial en el 2001, a la fecha del incidente, era 1 dólar por peso.

¹⁸⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Teresa Mariani, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Marisa Rossi, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁹¹ Entrevista de Human Rights Watch con Ana Sánchez, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

Entró [en la clínica clandestina] y no salió jamás. ... Dijeron que era un problema de anestesia. Murió allí mismo. ... Dijeron que había muerto de un ataque cardíaco. ... Yo sólo fui a acompañarla y me quedé afuera. ... Legalmente salió como que eso no fue nada¹⁹²”.

Estudios realizados en distintos países han demostrado que las leyes de aborto restrictivas no reducen el número de abortos, sino que sólo disminuyen su seguridad y aumentan la mortalidad materna. En Rumania, en 1966, el número de muertes relacionadas con el aborto aumentó drásticamente después de que el gobierno cambiara una ley anterior relativamente liberal. Este número cayó nuevamente en 1989 cuando el gobierno relajó las leyes anti aborto¹⁹³. En Guyana, donde se legalizó el aborto en 1995, las admisiones por complicaciones post aborto en el principal hospital de maternidad del país disminuyeron en 41 por ciento en los seis meses posteriores a la entrada en vigor de la ley¹⁹⁴.

De hecho, las leyes de aborto restrictivas pueden terminar incrementando el número de abortos al denegar el acceso a la mujer a servicios de orientación que pueden reducir la incidencia de los abortos. Un educador social de la provincia de Buenos Aires indicó que son sólo las clínicas de aborto clandestinas las que ganan con la penalización del aborto: “Aquí hay una [que conozco], llevan treinta años haciéndolo [abortos]. Te cobran 500 pesos [US\$ 168.35] hasta tres meses. ... Después hasta ocho meses, te cobran 1,000 pesos [US\$ 336.70]¹⁹⁵”.

Ausencia de responsabilidad médica

Una consecuencia directa de las disposiciones del Código Penal que prohíben el aborto en Argentina es que no existen reglamentos ni lineamientos éticos que rijan el tratamiento de mujeres que pagan por abortos en clínicas ilegales. El resultado de esto es que mientras médicos y parteras que practican abortos ilegales pueden ser condenados, y ocasionalmente lo son, de acuerdo a los artículos 85-87 del Código Penal por inducir el aborto¹⁹⁶, estas mismas personas no tienen ninguna responsabilidad hacía

¹⁹² Entrevista de Human Rights Watch con Yanina Carlotto, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁹³ Organización Mundial de la Salud, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data* [Aborto Riesgoso: Estimaciones Globales y Regionales de Incidencia de Mortalidad debido a Abortos Riesgosos con un Listado de Datos Disponibles por País] (Ginebra: OMS, 1997), p. 1.

¹⁹⁴ Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide* [Compartiendo la Responsabilidad: Mujer, Sociedad y Abortos en el Mundo] (Nueva York: AGI, 1999), p. 39.

¹⁹⁵ Entrevista de Human Rights Watch con [nombre protegido], provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

¹⁹⁶ Durante el 2000, once mujeres y cinco hombres fueron sentenciados por el crimen de aborto. En el 2001, diez mujeres y dos hombres fueron sentenciados por el mismo crimen. En el 2002 y 2003, solamente mujeres

las mujeres si el procedimiento sale mal. La reglamentación y la fiscalización, factores importantes para garantizar a las mujeres los derechos a la vida y al disfrute del nivel más alto posible de salud, sólo son posibles si el aborto es legal.

Las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch dijeron que la falta de reglamentación y la ausencia de responsabilidad médica tuvieron consecuencias para su salud física y mental. Romina Parma, de cuarenta y dos años, convivía con su pareja, quien la abusaba sexual y físicamente, cuando quedó embarazada por sexta vez. Parma consiguió los servicios de un proveedor que le dio a elegir entre un aborto con o sin antibióticos—una opción inconcebible si el aborto hubiera sido legal:

Quise hacerlo. ... Dijo que te tengo que revisar. Hundió la panza, y sentía el feto así, era chiquitito. Me senté y me dijo: “Te cuesta 250 pesos sin antibióticos y 300 pesos con antibióticos [US\$ 250 y US\$ 300, respectivamente]¹⁹⁷.

Parma dijo a Human Rights Watch que la ilegalidad y la naturaleza clandestina del procedimiento la llevaron a decidir no recurrir al aborto, por temor a las consecuencias para su salud.

La grave falta de reglamentación y responsabilidad “médica” fue un factor común en las experiencias de la mayor parte de entrevistadas, incluso en aquellas que lograron pagar por un aborto en una clínica más cara. Las mujeres que Human Rights Watch entrevistó dijeron que no tenían a dónde ir cuando sufrían complicaciones causadas por sus abortos, en una reflexión más de las consecuencias negativas en la salud de la mujer que conlleva la naturaleza clandestina de este procedimiento médico. Marisa Rossi, de treinta y seis años, compartió con Human Rights Watch su propia experiencia y la de su hermana, que ella presenció de cerca:

Hice dos abortos seguidos con dos meses de embarazo. Lo decidió él [mi pareja], pero no se hizo cargo y yo me sentía muy sola. ... No te

que habían causado o consentido su propio aborto fueron sentenciadas (una y ocho mujeres, respectivamente). Hasta el 2002, el Ministerio de Justicia no diferenciaba la información de mujeres sentenciadas por el crimen de aborto entre quienes causaban y consentían su propio aborto y aquellas que realizaban el aborto a otras personas. Información disponible en Ministerio de Justicia, “Estadísticas Criminales”, [en línea] <http://www.jus.gov.ar/minjus/ssjya/Reincidencia/Estad.html> (descargado el 22 de marzo del 2005).

¹⁹⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Romina Parma, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004. El tipo de cambio a la fecha del incidente era 1 dólar por peso.

hacen ningún estudio, si te va a salir bien o mal. [Por ejemplo, la “clínica” no realizó un chequeo mínimo de la presión sanguínea u otra salvaguardia médica generalmente aceptada antes de una operación quirúrgica]... Te anestesian y hacen el legrado¹⁹⁸ directamente. ... Después tuve problemas con los [embarazos posteriores], creo que es por eso. Muchos problemas, sobre todo para retenerlos. Me costó mucho, nueve meses en la cama. ... Mi hermana fue para hacérselo y lo hacían sin anestesia. Yo estaba allí, la escuché gritar. ... Después miré como era. ... Hicieron un legrado bien hecho, pero sufrió muchísimo. ... No podés ir a preguntar primero [cómo lo van a hacer]¹⁹⁹.

Una educadora social de la provincia de Santa Fe que acompañó a mujeres a sus abortos durante muchos años dijo que la naturaleza ilegal del procedimiento también impide el desarrollo de cualquier relación entre el doctor y la paciente, lo cual puede tener sus propias consecuencias adversas en la salud de la mujer. La trabajadora nos contó sobre una clínica a la que su organización de base acompañaba a las mujeres: “Nos metieron en una combi y salimos de [nombre de lugar retenido]. Era como una especie de película de terror. ... El doctor no tenía relación alguna con las clientes. Era un carnicero, tal cual²⁰⁰”.

Atención post aborto inadecuada o inhumana

Una mujer [con la que trabajamos] llega al hospital en muy mal estado con un aborto que se había infectado y con hemorragia. La empezó a revisar un médico, cuando la empieza a ver y se da cuenta, tiró las herramientas al suelo. Dijo: “Eso es un aborto, morite.”

—Trabajadora Social, provincia de Santa Fe²⁰¹

Human Rights Watch entrevistó a mujeres que no recurrieron a atención post aborto necesaria, en perjuicio de su salud, por temor a que se las denuncie a la policía²⁰². Otras

¹⁹⁸ El curetaje o legrado es un “procedimiento por el cual se extrae la pared del útero (endometrio) a través del raspado con un instrumento metálico en forma de cuchara tallada (legra)”. Leikin y Lipsky, (eds.), *American Medical Association: Complete Medical Encyclopedia*, p. 428. “[Dilación y curetaje] se ... efectúan generalmente después de que la mujer tuvo un aborto natural o para realizar un aborto inducido”. *Ibíd.*, p. 435.

¹⁹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Marisa Rossi, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

²⁰⁰ Entrevista de Human Rights Watch con [nombre protegido], provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

²⁰¹ Entrevista de Human Rights Watch con Mili Glikstein, asistente social, Organización Desde el Pie, Rosario, provincia de Santa Fe, 16 de septiembre del 2004.

recibieron un cuidado inadecuado e incluso inhumano. Agustina Silveira, de cuarenta y seis años explicó: “Cuando [los médicos] ven que se han hecho algo [para abortar], no les importa tanto. Las dejan con fiebre²⁰³”. Cuando este informe estaba siendo finalizado, el gobierno había comenzado la implementación de reformas que, de ser efectivas, podrían superar muchos de los abusos reseñados en este rubro.

Una educadora social que trabaja en asuntos relacionados al acceso a los anticonceptivos en un vecindario de bajos ingresos de la provincia de Buenos Aires dijo a Human Rights Watch que el efecto disuasorio de la penalización del aborto puede ser, de hecho, mortal: “A lo que más están acostumbradas a recurrir acá es la sonda. ... Es lo más arriesgado, porque agarran una infección y no recurren al hospital porque tienen miedo de ir presa. ... Algunas se mueren en la casa por no ir al médico. ... Deberían poner un cartel en todos los hospitales ... que diga que una mujer que haya tenido un aborto puede ir al médico [sin tener miedo de ir presa] ²⁰⁴”.

En mayo de 2005, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación anunció la publicación de una guía destinada a mejorar la atención post-aborto en el sistema de salud pública²⁰⁵.

Atención post aborto sin anestesia

Algunas mujeres que, superando su temor a un potencial enjuiciamiento, solicitaron atención post aborto en Argentina fueron objeto de un trato inhumano o inadecuado, que incluyó el ser sometidas a legrados sin anestesia. “Los médicos mismos dicen que lo hacen [legrados post aborto] sin anestesia. ... Eso ya lo sabemos de los centros de salud”, dijo a Human Rights Watch una directora de un hospital público que trabajaba como consultora para el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación²⁰⁶. Un estudio dirigido por una ONG sobre atención médica reproductiva en la provincia de Santa Fe, publicado en el 2003, confirmó que algunos doctores realizan legrados post aborto—un

²⁰² Entrevistas de Human Rights Watch con Daniela García, provincia de Tucumán, septiembre del 2004; y con Teresa Mariani, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

²⁰³ Entrevista de Human Rights Watch con Agustina Silveira, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

²⁰⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Lucia Lucena, educadora social, Decidir, Moreno, provincia de Buenos Aires, 19 de octubre del 2004. El temor de las mujeres a un posible enjuiciamiento tiene fundamento, como explicamos más adelante en la sección sobre penas.

²⁰⁵ “Los abortos no existen, pero que los hay, los hay” Página 12 (Argentina), 9 de mayo del 2005. El guía todavía no estaba impreso o en circulación general cuando este informe se fue a la imprenta. Human Rights Watch obtuvo la versión final del guía del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Ver también sección abajo sobre respuesta del gobierno a la atención post aborto inhumana.

²⁰⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Diana Galimberti, directora, Hospital Álvarez, Buenos Aires, 21 de octubre del 2004.

procedimiento doloroso—sin anestesia²⁰⁷. Una psicóloga que trabaja de asistente social en un hospital de la provincia de Tucumán dijo a Human Rights Watch que, en ese hospital, los doctores llevaban a cabo legrados sin anestesia como una forma de castigo informal hasta hace muy poco y que ella creía que seguirían haciéndolo, si ella no se portara como guardián:

Es una victoria pequeña mía haber logrado que ya no hagan los legrados sin anestesia. ... Me fui a la dirección y les dije que sabía [que los médicos no administran anestesia antes de los legrados]. Se hacían los boludos, dijeron: 'No me digas!' Y no pasó nada. ... Tenía que amenazarles con la procuraduría.... Ahora sí que ponen anestesia. De repente una o dos de noche se me pasan²⁰⁸.

En algunos casos, funcionarios de gobierno y doctores dijeron a Human Rights Watch que se les negaba la anestesia a las mujeres debido a la escasez de recursos. “No hacemos anestesia, porque no tenemos personal ni insumos”, dijo Luis Robles, jefe del programa de maternidad del Ministerio de Salud de la provincia de Formosa²⁰⁹. Stella Carrido, la coordinadora del programa materno-infantil de la provincia de Jujuy, contó a Human Rights Watch que ahí también se reemplazaba a veces la anestesia por analgésicos más baratos por falta de recursos: “Donde no hay anestesia, se pasa [un medicamento analgésico] por el suero²¹⁰”. Carrido señaló que el uso de analgésicos no es tan efectivo como la anestesia.

Denegación de Atención Post Aborto

Angélica Grimau, de treinta y un años, dijo a Human Rights Watch que ella había sido testiga personalmente de la forma en que los doctores de un hospital público le negaron atención médica a una mujer que le había dicho a ella que se estaba hospitalizando para recibir atención post aborto: “La dejaron para la última. ... La señora toda manchada de sangre, pero sólo la pusieron en la cama. ... No la atendieron²¹¹”. Julia Reina tuvo una

²⁰⁷ Ver Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), “Reporte de Derechos Humanos: Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes a Mujeres en Servicios de Salud Reproductiva”, (Rosario, Argentina: INSGENAR, diciembre 2003) [en línea] <http://www.insgenar.org.ar/actividades/tratoscruels.htm#2> (descargado el 15 de febrero del 2005); y “Persiste el maltrato a las mujeres en hospitales”, CIMAC, 11 de enero del 2005.

²⁰⁸ Entrevista de Human Rights Watch con [nombre protegido], provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

²⁰⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Luis Robles, jefe, Programa de Maternidad, Ministerio de Salud de Formosa, Castelar, provincia de Buenos Aires, 6 de septiembre del 2004.

²¹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Stella Carrido, coordinadora, Área Materno Infantil, Ministerio de Bienestar Social de Jujuy, Buenos Aires, 8 de septiembre del 2004. Ver nota 269 y texto referido para una discusión sobre los efectos del aborto ilegal en los presupuestos públicos para salud.

²¹¹ Entrevista de Human Rights Watch con Angélica Grimau, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

experiencia similar cuando fue hospitalizada debido a un aborto autoinducido incompleto. Reina presenció el momento en que una enfermera le dijo a otra mujer: “Te gustó matar a tu hijo, aquí vas a ver cómo vas a sufrir”. Reina agregó: “Yo tuve suerte. Les dije que había venido desde Buenos Aires en tren y creían que [mi condición se debía a] una interrupción natural del embarazo²¹²”.

Varios órganos de tratados de la ONU han manifestado explícitamente su preocupación por las consecuencias para la salud de los abortos ilegales, en especial cuando se contemplan penas para las mujeres, lo que las desincentiva de buscar ayuda médica²¹³. Además, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, concluyó en un documento de consenso suscrito por 179 naciones que resalta la necesidad de otorgar atención post aborto. El Programa de Acción de la CIPD exhortó a los gobiernos y organismos intergubernamentales y no gubernamentales a “ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública²¹⁴”, y estableció que “[e]n todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos²¹⁵”. De hecho, el relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental destacó en su informe a la Comisión de Derechos Humanos que “[e]n todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto²¹⁶”.

²¹² Entrevista de Human Rights Watch con Julia Reina, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

²¹³ Ver por ejemplo, Comité de la CEDAW, “Report of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women” [Informe del Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer], U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, 9 de julio de 1999, pág. 393 (haciendo notar con respecto a Colombia, por ejemplo, que “El Comité observa con gran preocupación que el aborto, segunda causa de mortalidad materna en Colombia, es sancionado como conducta ilegal. ... El Comité considera que esta disposición jurídica relativa al aborto constituye no sólo una violación de los derechos de la mujer a la salud y a la vida, sino también una violación del artículo 12 de la Convención [CEDAW]”); y Comité de Derechos Humanos, “Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia,” U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.76, 1 de abril de 1997, pág. 24 (declarando la preocupación del Comité por la relación entre mortalidad materna y la naturaleza clandestina del aborto en ese país); y Comité de Derechos Humanos, “Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Bolivia”, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.74, 1 de mayo de 1997, pág. 22 (señalando la preocupación del Comité con la contribución de los abortos ilegales a la alta tasa de mortalidad materna en Bolivia); y Comité de los Derechos del Niño, “Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: Guatemala”, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.154, 8 de junio del 2001, pág. 40 (indicando que la ilegalidad del aborto contribuye a la elevada tasa de mortalidad materna en Guatemala).

²¹⁴ Programa de Acción de la CIPD, pág. 8.25.

²¹⁵ *Ibíd.*

²¹⁶ Informe del Relator Especial, Paul Hunt, U.N. E/CN.4/2004/49, 16 de febrero del 2004, pág. 30.

Excesivo escrutinio de abortos naturales

La investigación de Human Rights Watch indica que la penalización del aborto ha contribuido a crear un clima en los hospitales públicos en el cual cualquier comportamiento que se “desvía de la norma” con respecto al embarazo—por ejemplo el dar a luz en casa—es tratado con sospecha y desdén. Paula Gómez, de treinta y seis años, dijo que ella fue interrogada por la policía luego de un aborto natural y, en otra ocasión, después de haber dado a luz en su casa y no en el hospital:

Tuve un aborto, se me produjo solo. Estaba embarazada de seis meses. ... Ha venido la policía, me han hecho un estudio. ... Vino la partera, vino el médico, vino la policía. Llamaron a mi esposo y él dijo que no, que hijo que venía que sea bienvenido. ... Porque no había hecho nada. ... [Luego mi] hija ... nació en la casa. ... También me hicieron un estudio para ver si me había hecho algo. Creían que era un aborto porque había nacido en la casa²¹⁷.

Todas las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch que habían solicitado atención médica después de un aborto natural o de uno autoinducido enfrentaron interrogatorios hostiles. Norma Jiménez, de treinta y cinco años, quien tuvo un aborto natural, relató: “[Los médicos en el hospital público] me cuestionaron: ‘¿Te pusiste algo [en el útero]? ¿Te hiciste algún esfuerzo? Dinos la verdad’”²¹⁸. Gladis Morello, de treinta y dos años, quien tuvo dos abortos naturales debido a que su marido la golpeaba, dijo que no fue consultada sobre violencia doméstica, ni se le ofreció orientación o asistencia para enfrentar ese problema. En cambio, nos dijo, “lo primero que te preguntan es si vos hiciste algo, si tomaste algo²¹⁹”.

Respuesta del gobierno

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha empezado a dar pasos importantes para confrontar varios de los abusos que sufren las mujeres en el sistema de salud pública cuando buscan atención post-aborto. En octubre del 2004, los ministerios provinciales de salud firmaron un acuerdo con el ministro de salud nacional, Ginés González García, estableciendo algunos de los pasos más importantes para la reducción de la mortalidad materna en el país, inclusive la necesidad de garantizar a la mujeres el

²¹⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Paula Gómez, provincia de Tucumán, septiembre del 2004.

²¹⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Norma Jiménez, provincia de Santa Fe, septiembre del 2004.

²¹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Gladis Morello, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

acceso a una atención post-aborto humanizada, rápida, y efectiva sin discriminación²²⁰. En mayo de 2005, el ministerio de salud nacional se comprometió a apoyar este acuerdo con una publicación con recomendaciones técnicas para el mejoramiento de la atención post-aborto²²¹.

Esta publicación proporciona recomendaciones sobre varios temas relacionados con el abuso expuesto en este informe. Enfatiza repetidamente la necesidad de usar anestesia general cuando el aborto incompleto es tratado con curetaje (legrado instrumental)²²², y recomendando el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU)—un método menos invasivo—en vez del curetaje cuando las condiciones médicas lo permiten²²³.

La guía también insiste en la protección de la confidencialidad entre médicos y pacientes, y describe detalladamente lo que constituiría un trato respetuoso de las mujeres, lo cual incluiría hablarles en un sitio tranquilo y privado sobre sus decisiones²²⁴.

La publicación de esta guía y su distribución en los hospitales y clínicas públicas es un paso necesario y muy positivo. Al mismo tiempo, las entrevistas de Human Rights Watch con médicos y jefes de maternidades en hospitales públicos en varias provincias sugieren un miedo a represalias persistente en este tema. “Todos los jefes de maternidad estamos por recibir la guía”, dijo una jefa de maternidad. “Pero no está mandado, está bajado como consejería. ...Hasta que no tengamos una autorización real para el uso, sería jugarme el cuello si lo implementara²²⁵”.

²²⁰ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, “Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina”, 6 de octubre del 2004.

²²¹ Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil, “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto” (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005), en los archivos de Human Rights Watch. El guía estaba sin publicar cuando este informe estaba siendo finalizado.

²²² *Ibíd.*, pp. 8, 12, 14, y 21.

²²³ *Ibíd.*, p. 12. El Consorcio de atención post-aborto (incluyendo Intrah (un afiliado de la Universidad de Carolina del Norte Chapel Hill), Ipas, la Corporación JHPIEGO (una organización internacional de salud afiliada con la Universidad John Hopkins), el Pacific Institute for Women’s Health (Instituto del Pacífico de la Salud de las Mujeres), Pathfinder International, y USAID/Washington) recomienda que “el tratamiento de alta calidad use aspiración manual endouterina (AMEU) cuando sea posible y dependiendo de las condiciones locales”. Postabortion Care Consortium Community Task Force [Grupo de Acción Comunitario del Consorcio de atención post-aborto, “Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model” [Elementos esenciales de la atención post-aborto: un modelo ampliado y puesto al día], Postabortion Care Consortium, julio del 2002 [en línea] <http://www.pac-consortium.org/pages/pacmodel.html> (descargado el 17 de mayo del 2005).

²²⁴ Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil, “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto”, p. 13.

²²⁵ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con [nombre protegido], hospital público, [nombre de provincia retenido], 16 de mayo del 2005.

El modelo de atención post-aborto recomendado en la guía, si fuera plena y efectivamente llevado a la práctica, podría superar muchos de los abusos enfrentados por las mujeres cuando buscan atención médica después de un aborto incompleto. Nuestra investigación sugiere que la efectividad de la guía aumentaría tremendamente si fuera apoyada por un mandato legal, como por ejemplo una resolución ministerial que exigiera la aplicación del modelo, o si fuera acompañado por un programa sostenido de entrenamiento para los proveedores de salud pública.

Obligación de denunciar a las mujeres a las autoridades

El temor de las mujeres a un enjuiciamiento o a que se las denuncie a las autoridades si solicitan atención post aborto luego de un aborto ilegal tiene fundamento. Muchos médicos creen que tienen la obligación de denunciar a las mujeres que acuden al hospital para recibir cuidados post aborto, porque el Código Penal argentino establece sanciones para cualquiera que “ayudare a alguien a eludir las investigaciones de la autoridad... u omitiere denunciar el hecho estando obligado a hacerlo²²⁶”.

Existe jurisprudencia contradictoria en Argentina respecto a si la confidencialidad doctor-paciente se supedita, en el caso del médico, a la obligación de denunciar a las autoridades un presunto o supuesto crimen²²⁷, pero la opinión generalizada de médicos y funcionarios públicos es que los médicos están obligados a denunciar a las mujeres que hayan tenido abortos inducidos a las autoridades. De hecho, un estudio dirigido por una ONG concluye que una gran proporción de los médicos no sólo creen que están obligados a denunciar, sino que creen que hacerlo es lo correcto²²⁸. Un estudio publicado en 2001 sobre las opiniones de médicos argentinos respecto a la anticoncepción y el aborto arrojó que casi el 60 por ciento de los doctores encuestados pensaba que debían denunciar a las autoridades a una mujer con síntomas de aborto autoinducido, si ésta se presentara al hospital buscando atención post aborto.²²⁹

²²⁶ Código Penal, artículo 277(1). El texto dice: “Será reprimido con prisión de seis meses a tres años, el que sin promesa anterior al delito, cometiere después de su ejecución, algunos de los hechos siguientes: (1) ayudare a alguien a eludir las investigaciones de la autoridad o a sustraerse a la acción de ésta, u omitiere denunciar el hecho estando obligado a hacerlo...”

²²⁷ Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal, (CNCrimCorr)(Pleno). *Natividad Frias*. F., N. Publicado en LA LEY, 123-842 - JA, 966-V-69, 26 de agosto de 1966; y Sala Primera del Tribunal de Casación Penal de la provincia de Buenos Aires, *M., P.s/Recurso de Casación*, TC0001 LP, P 6193 RSD-717-2 S 26-11-2002, 26 de noviembre del 2002.

²²⁸ Silvina Ramos, Mónica Gogna, Mónica Petracci, Mariana Romero y Dalia Szulik, *Los Médicos Frente a la Anticoncepción y el Aborto: ¿Una Transición Ideológica?* (Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, 2001).

²²⁹ *Ibid.*, p. 128.

De todas maneras, de acuerdo a algunos médicos y expertos en salud pública entrevistados por Human Rights Watch, los médicos no denuncian a las mujeres que acuden en busca de atención post aborto, a menos que la mujer se encuentre en peligro de muerte. En estos casos lo hacen principalmente para protegerse frente a posibles acciones legales en su contra. Rodolfo Gómez Ponce de León, un médico de la provincia de Tucumán con años de experiencia en el sector de salud pública, declaró a Human Rights Watch:

En la ley todavía es así [existe una obligación de denunciar]. Por supuesto que el sistema de salud busca asegurarse de que no se trata de un caso de mala praxis o negligencia, pero en general solamente los casos más graves se denuncian. De todas las muertes en 2002 en hospitales públicos [en Tucumán], de las mujeres que murieron, el 90 por ciento fueron con denuncia policial. Supongo que ciertos médicos buscan su desvinculación al problema mediante la denuncia policial²³⁰.

Un funcionario público del Ministerio de Salud de la provincia del Chaco compartió esa evaluación: “No se denuncian a las que no están complicadas²³¹”. En algunos hospitales públicos existe un guardia de la policía que registra los nombres y direcciones de las mujeres que han tenido abortos ilegales, aunque aparentemente no se tomen acciones posteriores²³².

A través de la guía para el mejoramiento de la atención post-aborto publicada en mayo del 2005, el ministerio de salud de la nación ha aclarado que considera esencial la protección de la confidencialidad médico-paciente para efectos de la salud pública²³³. Sin embargo, la guía no tiene fuerza de ley o de resolución ministerial, y por lo tanto no necesariamente supera la ambigüedad de las disposiciones del código penal.

Condenadas a prisión por aborto

El Código Penal argentino establece que la decisión de una mujer de someterse a un aborto es un crimen sujeto a una pena de uno a cuatro años de prisión, excepto donde la

²³⁰ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Rodolfo Gómez Ponce de León, médico, Chapel Hill, North Carolina, 30 de agosto del 2004.

²³¹ Entrevista de Human Rights Watch con Pedro Eduardo Picasso, director, Área Materno-Infantil, Ministerio de Salud del Chaco, Castelar, provincia de Buenos Aires, 7 de septiembre del 2004.

²³² Entrevistas de Human Rights Watch con varios proveedores de salud en todas las provincias cubiertas por nuestro estudio, nombres protegidos, en septiembre y octubre del 2004.

²³³ Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil, “Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto”, (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005), en los archivos de Human Rights Watch.

ley exime de sanción el crimen²³⁴. Aunque ninguna de las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch había sido enjuiciada por someterse a un aborto, el gobierno confirmó que un pequeño número de mujeres sí habían sido condenadas por este “delito”²³⁵. Durante el 2002 y 2003, nueve mujeres fueron declaradas culpables y condenadas por haberse sometido o consentido a un aborto, cuatro de ellas menores de veinte años²³⁶.

Aunque el número de mujeres enviadas a prisión por haberse sometido o consentido a un aborto es más bien mínimo si se compara a la cifra estimada de abortos realizados²³⁷, la amenaza de pena de prisión por someterse a un aborto es real y es percibida como tal por las mujeres que entrevistamos. Laura Passaglia, de treinta y dos años, nos dijo que había sido testiga en el juicio penal en contra de una amiga acusada de tener un aborto: “Una compañera de clase, yo tenía que ir a declarar [a la corte], terminó casi presa²³⁸”.

La aplicación de sanciones penales—ya sea penas de prisión o multas—en contra de mujeres que se someten a abortos ilegales y arriesgados es sólo un ataque más en contra de los derechos humanos de las mujeres, como se explica en la sección de derecho internacional que viene a continuación. Además, considerando que es improbable que se acuse a mujeres que no solicitan ayuda médica, la penalización del aborto sólo agrega a las consecuencias perjudiciales para la salud de un aborto inseguro al desalentar el cuidado post aborto. Ángel Bertuzzi, un médico de setenta y dos años, que de acuerdo a su propio testimonio realizó abortos por cuarenta años, dijo a un periódico argentino en marzo de 2005: “Nadie entiende que la despenalización es para la mujer, no para el

²³⁴ Código Penal, artículo 88. Para todas las disposiciones sobre aborto en el código penal, ver nota al pie 166.

²³⁵ Mensaje de correo electrónico de Hernán Olaeta, funcionario público, Dirección Nacional de Políticas Criminales, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a Human Rights Watch, 16 de febrero del 2005. Olaeta indicó que el ministerio no mantiene registros separados sobre cuántos individuos—mujeres u hombres—realmente cumplen condenas de prisión por violaciones a los artículos 85-88 del Código Penal. Human Rights Watch intentó esclarecer este punto con otros funcionarios del Ministerio de Justicia, pero nuestros llamados no fueron atendidos.

²³⁶ Datos disponibles en Ministerio de Justicia, “Estadísticas Criminales”, [en línea] <http://www.jus.gov.ar/minjus/ssjyal/Reincidencia/Estad.html> (descargado el 22 de marzo del 2005). Un funcionario de gobierno del Ministerio de Justicia señaló que no todos los individuos declarados culpables y condenados por este crimen terminan cumpliendo penas de cárcel. Mensaje de correo electrónico de Hernán Olaeta, funcionario público, Dirección Nacional de Políticas Criminales, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a Human Rights Watch, 16 de febrero del 2005.

²³⁷ Se estima que en Argentina se realizan 500.000 abortos cada año. En el 2002, una mujer, y en el 2003, ocho, fueron sentenciadas por haber consentido la realización de un aborto. Información disponible en Ministerio de Justicia, “Estadísticas Criminales”, [en línea] <http://www.jus.gov.ar/minjus/ssjyal/Reincidencia/Estad.html> (descargado el 22 de marzo del 2005).

²³⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Laura Passaglia, provincia de Buenos Aires, octubre del 2004.

médico que haga el aborto. Es para que la mujer pueda recurrir a un médico, a un hospital, y no salga con un proceso penal²³⁹”.

VII. Derecho internacional de derechos humanos y aborto

Las mujeres que han quedado embarazadas involuntariamente deberían recibir información fiable y asesoramiento comprensivo, con indicación de los lugares y plazos en los que pueda ponerse fin legalmente al embarazo. Aunque los abortos sean legales, también han de ser seguros: los sistemas de salud pública deben capacitar y equipar a los encargados de prestar los servicios sanitarios y tomar otras medidas para garantizar que los abortos no son sólo seguros, sino también accesibles. ... Hay que acabar con las disposiciones que castigan a las mujeres que abortan.

—Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud²⁴⁰

Interpretaciones autorizadas del derecho internacional reconocen que el acceso al aborto legal y seguro es esencial para un disfrute y ejercicio efectivo de los derechos humanos de la mujer. Desde mediados de los 90, los órganos de tratados internacionales de la ONU que supervisan el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y la Convención de los Derechos del Niño han generado un importante cuerpo de jurisprudencia relativa al aborto en sus más de 122 observaciones finales emitidas para al menos noventa-y-tres países²⁴¹. Los comentarios sobre el aborto de los órganos de tratados internacionales de la ONU abordan una variedad de temas, incluyendo la preocupación específica sobre el limitado acceso al aborto seguro en Argentina. De hecho, si se mide a la luz de los estándares promovidos por estos organismos expertos en derechos humanos, existe una importante brecha entre las prácticas en Argentina y los compromisos jurídicos internacionales de ese país.

²³⁹ Soledad Vallejos, “El silencio no es zozzo”, Las 12, suplemento semanal de Página 12 (Buenos Aires), 11 de marzo del 2005.

²⁴⁰ Informe del Relator Especial, Paul Hunt, U.N. E/CN.4/2004/49, 16 de febrero del 2004, pág. 30.

²⁴¹ Según el conteo de Human Rights Watch. Ver Center for Reproductive Law and Policy (Centro de Políticas y Derecho Reproductivos) (CRLP) y University of Toronto International Programme on Reproductive and Sexual Health Law (Programa Internacional de la Universidad de Toronto sobre Derecho en materia de Salud Sexual y Reproductiva), *Haciendo de los derechos una realidad: Un análisis del trabajo de los órganos de supervisión de tratados de la ONU sobre derechos reproductivos y sexuales* (Nueva York: CRLP, 2002), especialmente pp. 145-158, [en línea] http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_bo_tmb_full.pdf (descargado el 3 de marzo del 2005).

Un importante cambio en la percepción de los derechos reproductivos en general ocurrió como fruto de dos conferencias mundiales durante los 90: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995. Suscritos por 179 y 189 naciones respectivamente, los documentos de consenso de estas conferencias marcan una transición de políticas de población con motivación demográfica a políticas de derechos reproductivos fundadas en los derechos humanos.

El Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma para la Acción de la Conferencia de Beijing afirman la naturaleza integral de la salud y los derechos reproductivos y derechos humanos. El Programa de Acción de la CIPD destaca que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso²⁴²”. Por otro lado, la Plataforma para la Acción de Beijing establece: “Los derechos humanos de la mujer incluyen el derecho a tener control y decidir libre y responsablemente en materias relacionadas con su sexualidad, incluyendo la salud reproductiva y sexual, libre de coerción, discriminación y violencia²⁴³”.

El Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma para la Acción de Beijing son relativamente moderados en el tema del aborto, reflejando la dificultad que tuvieron los gobiernos para alcanzar un consenso en este tema complejo. El Programa de Acción de la CIPD establece que “[e]n ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia” y “[e]n los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas²⁴⁴”. También hace un llamado a todos los gobiernos y organismos intergubernamentales y no gubernamentales a “ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública²⁴⁵”. Asimismo, la Plataforma para la Acción de Beijing llama a los gobiernos a “considerar la revisión de las leyes que

²⁴² Asamblea General de las Naciones Unidas, “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”, *U.N. Doc. A/171/13*, Nueva York, 18 de octubre de 1994 (Programa de Acción de la CIPD), párr. 7.3.

²⁴³ Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración y Plataforma para la Acción de Beijing: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, U.N. Doc. A/Conf.177/20, Nueva York, 17 de octubre de 1995 (Plataforma para la Acción de Beijing), párr. 95.

²⁴⁴ Programa de Acción de la CIPD, párr. 8.25. Estas preocupaciones son reiteradas consistentemente en las observaciones emitidas por el Comité de la CEDAW para varios países. Ver, por ejemplo, Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, U.N. Doc. A/56/38, julio del 2001, párr. 62, 105, 185; y Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, U.N. Doc. A/59/38, julio, del 2004, párr. 355-56.

²⁴⁵ Programa de Acción de la CIPD, párr. 8.25.

contengan medidas punitivas en contra de mujeres que se someten a abortos ilegales²⁴⁶ y a reducir la mortalidad y morbilidad producto de abortos inseguros, que a su vez son considerados como “un grave problema de salud pública²⁴⁷”.

Como se explica con más detalle a continuación, los órganos y conferencias de la ONU han señalado reiteradamente que el acceso al aborto legal y seguro puede salvar las vidas de mujeres y que los gobiernos tienen el deber real de garantizar que ellas tengan acceso a información y servicios de aborto. Asimismo, los órganos de tratados internacionales de la ONU han relacionado sistemáticamente el derecho de la mujer a decidir sobre el aborto sin injerencias al derecho a la no discriminación y la igualdad en el disfrute de otros derechos humanos. Al realizar esta conexión, los órganos reconocen que los derechos humanos establecidos hace tanto tiempo se ven comprometidos por leyes y prácticas sobre el aborto de carácter punitivo y restrictivo.

Las decisiones sobre el aborto pertenecen exclusivamente a la mujer embarazada, sin interferencia por parte del Estado o terceros. Debe rechazarse cualquier restricción que interfiera indebidamente con el ejercicio de la mujer de todos sus derechos humanos. El gobierno argentino debe tomar todas las medidas necesarias, tanto inmediatas como incrementales, para asegurar a la mujer el acceso informado y voluntario a servicios de aborto legal y seguro como parte del ejercicio de las mujeres de sus derechos reproductivos y otros derechos humanos. Los servicios de aborto deben ser establecidos en conformidad con los estándares internacionales de derechos humanos, incluyendo los que se refieren a servicios de salud adecuados.

Derecho a la no discriminación y a la igualdad

Los derechos a la no discriminación y a la igualdad están establecidos en una serie de instrumentos internacionales de derechos humanos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y la Convención Americana sobre Derechos Humanos²⁴⁸. Todas estas disposiciones apuntan a lograr una igualdad real y no solamente una igualdad formal. Como lo explica el Comité de la CEDAW: “No es suficiente garantizar a la mujer un trato idéntico al del hombre.

²⁴⁶ Plataforma para la Acción de Beijing, pág. 106(k).

²⁴⁷ *Ibid.*, pág. 97.

²⁴⁸ DUDH, artículos 1 y 2; PIDCP, artículos 2(1) y 3; PIDESC, artículos 2(2) y 3; CEDAW, especialmente artículos 1 y 12; y CADH, artículo 1(1).

También deben tenerse en cuenta las diferencias biológicas que hay entre la mujer y el hombre y las diferencias que la sociedad y la cultura han creado²⁴⁹”.

El acceso a servicios de aborto legal y seguro es esencial para proteger los derechos de las mujeres a la no discriminación y a la igualdad sustantiva. El aborto es un procedimiento clínico requerido sólo por mujeres. El Comité de la CEDAW ha dejado implícito en su Recomendación General sobre Mujer y Salud que la denegación de procedimientos clínicos requeridos sólo por las mujeres es una forma de discriminación en su contra. La Recomendación General confirma la obligación de los estados de respetar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud reproductiva y solicita que “se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud²⁵⁰”. Se explica que “el acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones²⁵¹”. El Comité recomendó que “[e]n 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 abortos²⁵²”.

Por otra parte, en sus observaciones finales para Colombia de 1999, el Comité de la CEDAW fue bastante claro al indicar que considera que las leyes que restringen el aborto afectan el derecho a la no discriminación en el acceso a la salud:

El Comité observa con gran preocupación que el aborto, segunda causa de mortalidad materna en Colombia, es sancionado como conducta ilegal. ... El Comité considera que esta disposición jurídica relativa al aborto constituye no sólo una violación de los derechos de la mujer a la salud y a la vida, sino también una violación del artículo 12 de la Convención [el derecho a servicios de salud sin discriminación]²⁵³.

²⁴⁹ Comité de la CEDAW, “Recomendación general No. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal”, *U.N. Doc. No. CEDAW/C/2004/I/WP.1/Rev.1* (2004), pág. 8.

²⁵⁰ Comité de la CEDAW, “Recomendación general No. 24, Mujer y salud (artículo 12)”, *U.N. Doc. No. A/54/38/Rev.1* (1999), pág. 14.

²⁵¹ *Ibíd.*, pág. 14.

²⁵² *Ibíd.*, pág. 31(c).

²⁵³ Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, *U.N. Doc. A/54/38/Rev.1*, 9 de julio de 1999, pág. 393.

Asimismo, en 1998 el Comité de la CEDAW recomendó a México “que todos los estados de México revisen su legislación de modo que, cuando proceda, se garantice el acceso rápido y fácil de las mujeres al aborto²⁵⁴”.

En la práctica es más probable que sean las mujeres, y no los hombres, las que enfrenten las mayores dificultades y desventajas sociales en el ámbito económico y profesional, además de otros cambios que afectan su vida de facto, cuando tienen hijos. Cuando se obliga a las mujeres a continuar con embarazos no deseados, dichas consecuencias ponen necesariamente a las mujeres en situación de desventaja.

El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha establecido un claro vínculo entre la igualdad de las mujeres y la disponibilidad de información y servicios de salud reproductiva, incluyendo el aborto, en varias observaciones finales emitidas en relación con los informes periódicos de países de América Latina como Argentina, Ecuador, Colombia, y Guatemala²⁵⁵. En el caso de Argentina, el Comité señaló:

[P]reocupa 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 arriesgado²⁵⁶.

Con respecto a Colombia, dijo:

El Comité expresa su inquietud por la situación de las mujeres, quienes, a pesar de algunos avances, siguen siendo objeto de discriminación de

²⁵⁴ Comité de la CEDAW, “Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: México,” U.N. Doc. A/53/38/Rev.1, I parte, 6 de febrero de 1998, pág. 426.

²⁵⁵ Ver Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina”, U.N. Doc. CCPR/CO.70/ARG (2000), pág. 14; Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Ecuador,” U.N. Doc. CPR/C/79/Add.92 (1998), pág. 11; Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia”, U.N. Doc. CCPR/C/79/Ad.76 (1997), pág. 24; y Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Guatemala”, U.N. Doc. CCPR/CP/72/GTM (2001), pág. 19.

²⁵⁶ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina”, U.N. Doc. CCPR/CO.70/ARG (2000), pág. 14.

jure y de facto en todas las esferas de la vida económica, social y pública ... [y] por la alta tasa de mortalidad de las mujeres a consecuencia de abortos clandestinos²⁵⁷.

En su Observación General sobre el derecho al disfrute de los derechos políticos y civiles en pie de igualdad, el Comité de Derechos Humanos pidió a los gobiernos que incluyan información en sus informes periódicos sobre el acceso al aborto seguro para mujeres que queden embarazadas producto de una violación, considerándose esta información relevante para la evaluación del ejercicio y goce de este derecho²⁵⁸.

Derechos a la salud y a la atención médica

Los derechos al más alto nivel posible de salud y a la igualdad en el goce de este derecho son reconocidos en varios instrumentos internacionales que en el sistema legal argentino están al mismo nivel que la Constitución. Estos derechos están claramente formulados en: la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)²⁵⁹, el PIDESC²⁶⁰, la CEDAW²⁶¹ y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre²⁶².

Como lo demuestra este informe, cuando no existe acceso a servicios de aborto legal y seguro y sí existen barreras generalizadas para acceder a otros servicios de salud reproductiva, incluyendo los anticonceptivos, ocurrirán embarazos no deseados y se practicarán abortos inseguros. Ambas situaciones generan una serie de problemas claramente evitables para la salud física y mental de la mujer. Los abortos inseguros, en particular, constituyen una grave amenaza a la salud de la mujer: cifras mundiales indican que entre el 10 y 50 por ciento de las mujeres que se someten a abortos inseguros requieren atención post aborto debido a las complicaciones generadas, como los abortos incompletos, las infecciones, la perforación uterina, la enfermedad pélvica inflamatoria, las hemorragias y otro tipo de lesiones a órganos internos²⁶³. Estas complicaciones pueden resultar en la muerte, el daño permanente o la infertilidad. A la luz de esta

²⁵⁷ Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia", U.N. Doc. CCPR/C/79/Ad.76 (1997), pág. 24.

²⁵⁸ Comité de Derechos Humanos, "Observación general No. 28: Artículo 3, Igualdad de derechos entre hombres y mujeres", U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 29 de marzo del 2000, pág. 11.

²⁵⁹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, G.A. Res. 217A (III), U.N. Doc. A/810 at 71 (1948), artículo 25.

²⁶⁰ PIDESC, artículo 12.

²⁶¹ CEDAW, artículo 12.

²⁶² Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la Novena Conferencia Internacional de Estados Americanos, Bogotá, Colombia, 1948, artículo XI.

²⁶³ Organización Mundial de la Salud, *Abortion: A Tabulation of Available Information* [Aborto: Tabulación de la Información Disponible], 3ra edición (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997).

situación, incluso la lectura más conservadora del derecho internacional de derechos humanos requeriría que los gobiernos despenalicen el aborto²⁶⁴.

La CDESC entregó su más completa evaluación del derecho a la salud en su Observación General 14, la cual explica que este derecho contiene tanto libertades, como “el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica”, así como derechos tales como “el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas iguales oportunidades para el disfrute del más alto nivel posible de salud²⁶⁵. La CDESC señala además que:

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 genésicos²⁶⁶.

En varias observaciones finales, el Comité de la CEDAW ha manifestado su preocupación por el limitado acceso de las mujeres a los servicios e información de salud

²⁶⁴ “Despenalizar” el aborto significa que el aborto deja de ser un crimen y que el Estado ya no tiene ni el poder ni el deber de arrestar, investigar, enjuiciar, condenar o castigar a quienes han inducido abortos.

“Despenalización” no es lo mismo que “legalización” del aborto, esto último implicaría que el aborto se convierte en un procedimiento de interés y control del Estado. El acceso al aborto puede ser despenalizado o legalizado completamente o en parte.

²⁶⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones general), Observación general 14”, 11 de agosto del 2000, *U.N. Doc. E/C.12/2000/4*, pág. 8.

²⁶⁶ *Ibíd.*, pág. 21.

reproductiva y ha criticado los factores que entorpecen la asistencia médica a las mujeres, como la influencia religiosa, la privatización de la salud y las restricciones presupuestarias. El Comité de la CEDAW ha recomendado frecuentemente que los estados partes revisen sus leyes que penalizan el aborto para así cumplir con su obligación de eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de la salud²⁶⁷, como se detalla en la Recomendación General No. 24 sobre la mujer y la salud (incluyendo la recomendación de que los gobiernos eliminen las medidas punitivas en contra de las mujeres que se someten al aborto²⁶⁸).

La negación del acceso al aborto no se puede justificar desde una perspectiva de recursos. La atención adecuada a las complicaciones producto de abortos inseguros es mucho más cara que la provisión de abortos médicamente seguros²⁶⁹. Mientras que el aborto es un procedimiento de bajo costo, especialmente en las etapas tempranas del embarazo cuando se pueden usar técnicas de aspiración o farmacéuticas, el costo del cuidado de mujeres con complicaciones por abortos inseguros puede ser significativo²⁷⁰.

Las leyes que restringen el aborto también afectan la salud de las mujeres de otras maneras, no sólo limitando su acceso a servicios de aborto seguros. Por ejemplo, el derecho a la salud es violado cuando se le niega a la mujer arbitrariamente el tratamiento necesario en caso de abortos incompletos o cuando se le otorga tratamiento sin entregársele paliativos para el dolor cuando estos medicamentos están disponibles.

²⁶⁷ Ver por ejemplo, Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, II Parte, 9 de julio de 1999, párr. 229 (indicando con respecto a Chile: "El Comité recomienda al gobierno que revise las leyes relativas al aborto, con miras a enmendarlas, en particular para entregar abortos seguros y para permitir la interrupción de embarazos por razones terapéuticas o de salud, incluyendo la salud mental de la mujer"); y Comité de la CEDAW "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", U.N. Doc. A/53/38/Rev.1, febrero de 1998, párr. 349 (indicando con respecto a la República Dominicana: "El Comité... invita al gobierno a revisar la legislación en el área de la salud reproductiva y sexual, en particular con respecto al aborto, para poder cumplir a cabalidad con los artículos 10 [educación] y 12 [salud] de la Convención.") Ver también Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, I Parte, 9 de julio de 1999, párr. 393, citado antes en la nota 253, y el texto referido.

²⁶⁸ Comité de la CEDAW, "Recomendación general 24, Mujer y salud (artículo 12)", U.N. Doc. No. A/54/38/Rev.1 (1999), párr. 31: "31. Los Estados Partes también deberían, en particular: ... (c) 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".

²⁶⁹ Sonia Corrêa, *Population and Reproductive Rights; Feminist Perspectives from the South* [Población y Derechos Reproductivos; Perspectivas Feministas del Sur] (London: Zed Books, 1994), p. 71.

²⁷⁰ En algunos países en desarrollo donde el aborto es ilegal, hasta dos de cada tres camas en las unidades de maternidad de los hospitales públicos urbanos son ocupadas por mujeres hospitalizadas por complicaciones post aborto y hasta la mitad de los presupuestos de ginecología y obstetricia se gastan en el mismo problema. Organización Mundial de la Salud, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Aborto Seguro: Guía Técnica y de Políticas para los Sistemas de Salud) (Ginebra: OMS, 2003), p. 89.

La interferencia del gobierno con el derecho de la mujer a decidir sobre el aborto también obstruye el derecho a la privacidad. El derecho a la privacidad está protegido por el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y está íntimamente ligado al derecho a la salud, y a que la plena realización de ambos derechos requiere la protección de la confidencialidad del o la paciente y la no interferencia con la toma individual de decisiones respecto a la salud²⁷¹. De hecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha explicado que el cumplimiento del derecho a la privacidad es un componente integral del derecho a la salud y que el cumplimiento de este último derecho depende de la protección del primero²⁷².

El derecho de las mujeres a la salud también queda seriamente comprometido cuando una mujer es forzada en contra de su voluntad a continuar con el embarazo de un feto con malformaciones genéticas que son incompatibles con su supervivencia fuera del útero. Algunas cortes en Argentina han comenzado a permitir el aborto en caso de embarazos anencéfalos²⁷³. Sin embargo, los argumentos que comúnmente se emplean en estas decisiones no refieren a las excepciones contempladas por el Código Penal para casos en que está comprometida la salud de la madre, sino que tratan de definir el aborto de un feto anencefálico como un caso *sui generis*. Varios jueces han dictaminado que el aborto en estos casos no es realmente un aborto, sino que es el adelanto del nacimiento de un neonato que va a morir²⁷⁴. Al mismo tiempo, la mayoría de las cortes reconocen

²⁷¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones general), Observación general 14", 11 de agosto del 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 12(b), (estableciendo el derecho a la confidencialidad); Comité de Derechos Humanos, "Comentario General No. 28: Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3)", U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 29 de marzo del 2000, párr. 20, (estableciendo el derecho de la mujer a la privacidad con respecto a sus funciones reproductivas.)

²⁷² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones general), Observación general 14", 11 de agosto del 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, párr. 3: "El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud".

²⁷³ La anencefalía es una "grave malformación del tubo neural en la cual el cerebro y la espina dorsal no se desarrollan en el útero. La anencefalía ocurre cuando la porción superior del tubo neural del embrión no cierra durante la primera etapa del embarazo. Como resultado, el infante nace sin la parte frontal del cerebro (la parte del cerebro responsable del pensamiento y la coordinación). Frecuentemente parte del tejido del cerebro queda expuesto sin cobertura de hueso o piel. Aunque puede experimentar acciones reflejas como respirar, el infante afectado normalmente es ciego, sordo, sin conciencia, e incapaz de sentir nada, ni siquiera dolor. La falta de un cerebro funcional significa que el infante no puede tener conciencia. Cuando el infante no nace muerto, la muerte generalmente ocurre dentro de las primeras horas o días después del parto." Leikin y Lipsky, (eds.), *American Medical Association: Complete Medical Encyclopedia*, p. 160 (traducción de Human Rights Watch).

²⁷⁴ Ver por ejemplo Corte Suprema de Justicia de la Nación, T. 421 XXXVI "Tanus, Silvia c/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/Amparo", 11 de enero del 2001. A partir del caso Tanus, al menos quince cortes en

las consecuencias para la salud de la madre de un embarazo anencéfalo²⁷⁵ y de esta manera vuelve innecesario el argumento sui generis en defensa del aborto: el Código Penal argentino ya contempla la excepción a la penalización del aborto para casos en que la salud de la mujer está en peligro.

El derecho a la vida

El derecho a la vida está garantizado por todos los principales tratados internacionales y regionales de derechos humanos. Las leyes que restringen el aborto tienen un efecto devastador sobre el derecho a la vida de las mujeres. Aproximadamente el 30 por ciento de las muertes maternas en Argentina²⁷⁶—y 13 por ciento en el mundo entero²⁷⁷—son atribuibles a abortos inseguros. La evidencia presentada en este informe y en otras fuentes sugiere no solamente que las leyes que restringen el aborto empujan a las mujeres a someterse a abortos inseguros, sino que además ellas mueren a consecuencia de dichos abortos²⁷⁸.

El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha solicitado a los estados partes del PIDCP que informen sobre las medidas que están tomando para prevenir que las mujeres tengan que “recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida²⁷⁹”. Igualmente, el Comité ha hecho notar con preocupación la relación entre las leyes que restringen el aborto, el aborto clandestino y los riesgos para las vidas de las mujeres y ha

toda Argentina han otorgado autorización para partos inducidos adelantados en casos de embarazos anencéfalos.

²⁷⁵ Los embarazos anencéfalos pueden tener muchas consecuencias para la salud de la mujer embarazada, incluyendo polihidramnios, oligohidramnios e hipertensión. Ver Jorge Andalaft Neto, “Anencefalia: Posição da FEBRASGO” [Anencefalia: La Posición de FEBRASGO (*Federação Brasileira de Associações de Ginecologia y Obstetricia*)] [en línea] <http://www.febrasgo.org.br/anencefalia1.htm> (descargado 4 de febrero del 2005). Polihidramnios es el exceso de líquido amniótico durante el embarazo, y sus síntomas pueden incluir dolor abdominal, dificultad para respirar, náusea, e inflamación de las piernas. Oligohidramnios es una cantidad insuficiente de líquido amniótico durante el embarazo. Leikin y Lipsky, (eds.), *American Medical Association: Complete Medical Encyclopedia*, p. 917 y 1005.

²⁷⁶ Datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación publicados en una presentación en Powerpoint preparada por Inés Martínez, coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, “Salud Reproductiva”, 2004, diapositiva 6, archivado en Human Rights Watch.

²⁷⁷ Organización Mundial de la Salud, *Abortion: A Tabulation of Available Information* [Aborto: Tabulación de la Información Disponible], 3ra edición (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997).

²⁷⁸ Ver Organización Mundial de la Salud, División de Salud Reproductiva, “Address Unsafe Abortion” [Tocando el Tema del Aborto Inseguro] [en línea] http://www.who.int/archives/whday/en/pages1998/whd98_10.html (descargado el 22 de diciembre del 2004).

²⁷⁹ Comité de Derechos Humanos, “Observación general No. 28: Artículo 3, Igualdad de derechos entre hombres y mujeres”, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 29 de marzo del 2000, pár. 10.

recomendado la revisión o enmienda de las leyes que penalizan o restringen el aborto²⁸⁰. En el caso de Chile, donde el aborto es ilegal en toda circunstancia desde 1986, el Comité indicó que:

La penalización de todo aborto, sin excepción, plantea graves problemas, sobre todo a la luz de informes incontestados según los cuales muchas mujeres se someten a abortos ilegales poniendo en peligro sus vidas. ... El Estado parte está en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo. ... El Comité recomienda que se revise la ley para establecer excepciones de la prohibición general de todo aborto²⁸¹.

En el caso de Perú, el Comité fue más allá e hizo notar que las disposiciones del Código Penal de ese país—que penalizan a la mujer, aún en casos en que el embarazo es resultado de una violación—son incompatibles con el derecho a la igualdad en el disfrute de otros derechos protegidos por el PIDCP, como el derecho a la vida y el derecho a no ser sometido a la tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes:

Es signo de inquietud que el aborto continúe sujeto a sanciones penales, aun cuando el embarazo sea producto de una violación. El aborto clandestino continúa siendo la mayor causa de mortalidad materna en el Perú. ... El Comité reitera que estas disposiciones son incompatibles con los artículos 3 [igualdad], 6 [derecho a la vida] y 7 [derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes] del Pacto y recomienda que se revise la ley para establecer excepciones a la prohibición y sanción del aborto²⁸².

²⁸⁰ Ver Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia", *U.N. Doc. CCPR/CO/80/COL*, 26 de mayo del 2004, pág. 13; Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Perú", *U.N. Doc. CCPR/CO/70/PER*, 15 de noviembre del 2000, pág. 20; Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Venezuela", *U.N. Doc. CCPR/CO/71/VEN*, 2001, pág. 19; Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile", *U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.104*, 1999, pág. 15; Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Costa Rica", *U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.107*, 1999, pág. 11; y Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Guatemala", *U.N. Doc. CCPR/CO/72/GTM*, 1999, pág. 19.

²⁸¹ Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile", *U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.104*, 3 de marzo de 1999, pág. 15.

²⁸² Comité de Derechos Humanos, "Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Perú", *U.N. Doc. CCPR/CO/70/PER*, 15 de noviembre del 2000, pág. 20.

En el 2004, el Comité señaló con respecto a Colombia:

El Comité nota con preocupación que la criminalización legislativa de todos los abortos puede llevar a situaciones en las cuales las mujeres tengan que someterse a abortos clandestinos de alto riesgo y en particular le preocupa que las mujeres que hayan sido víctimas de violación o incesto, o cuyas vidas estén en peligro a causa del embarazo, puedan ser procesadas por haber recurrido a tales procedimientos (art. 6) [el derecho a la vida]. El Estado Parte debería velar para que la legislación aplicable al aborto sea revisada para que los casos anteriormente descritos no constituyan una ofensa penal²⁸³.

Finalmente, en sus observaciones finales del 2001 para Guatemala—país con restricciones al aborto más estrictas que Argentina—el Comité de Derechos Humanos señaló que: “El Estado Parte tiene el deber de garantizar el derecho a la vida (art. 6) de las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo, proporcionándoles la información y los medios necesarios para garantizarles sus derechos, y enmendando la ley para establecer excepciones a la prohibición general de todo aborto, salvo peligro de muerte de la madre²⁸⁴”.

En muchas de sus observaciones finales, el Comité de la CEDAW ha manifestado su preocupación por las altas tasas de mortalidad materna, incluyendo las causadas por la falta de servicios de aborto seguros²⁸⁵. En sus comentarios sobre países de América Latina, el Comité ha manifestado explícitamente que las muertes maternas debidas a abortos en condiciones de riesgo indican que los gobiernos no están respetando los derechos de la mujer a la vida²⁸⁶. El Comité de la CEDAW también ha indicado que

²⁸³ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia”, *U.N. Doc. CCPR/CO/80/COL*, 26 de mayo del 2004, pág. 13.

²⁸⁴ Comité de Derechos Humanos, “Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Guatemala”, *U.N. Doc. CCPR/CO/72/GTM*, 2001, pág. 19.

²⁸⁵ Ver por ejemplo, Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, *U.N. Doc. A/53/38/Rev.1*, julio de 1998, I parte pág. 73 (Azerbaijan); 337 (República Dominicana); II parte, pág. 339 (Perú); Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, *U.N. Doc. A/54/38/Rev.1*, julio de 1999, parte 2, pág. 393 (Colombia); parte II, pág. 56 (Belize); Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, *U.N. Doc. A/55/38/Rev.1*, julio del 2000, I parte, pág. 129 (Myanmar); y Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, *U.N. Doc. A/56/38/Rev.1*, julio del 2001, I parte, pág. 31 (Burundi) y 273 (Mongolia); y II parte, pág. 48 (Andorra); 300 (Nicaragua).

²⁸⁶ Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, *U.N. Doc. A/54/38/Rev.1*, julio de 1999, parte 1, pág. 393 (indicando sobre Colombia: “El Comité observa con gran preocupación que el aborto, segunda causa de mortalidad materna en Colombia, es sancionado como conducta ilegal. No se permite excepción alguna a la prohibición del aborto, ni aun cuando esté en peligro la

“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 natalidad²⁸⁷”.

El Comité de los Derechos del Niño ha pedido a los gobiernos, en sus observaciones finales, que revisen las leyes que prohíben el aborto en aquellos casos en que los abortos inseguros contribuyen a generar altas tasas de mortalidad materna y ha solicitado, en algunos casos, que se realicen estudios para comprender el impacto negativo de los abortos ilegales²⁸⁸. El gobierno argentino emitió una declaración al firmar la Convención sobre los Derechos del Niño en la que señala que: “Con respecto al artículo 1 de la Convención, la República Argentina declara que el artículo debe ser interpretado como que con niño se refiere a todo ser humano desde el momento de su concepción hasta la edad de dieciocho²⁸⁹”. Esta declaración específica no se reiteró al momento de ratificar la convención y ningún otro tratado de derechos humanos suscrito o ratificado por Argentina ha sido objeto de declaraciones similares.

A pesar de las interpretaciones autorizadas de los órganos supervisores, algunos de los que se oponen al aborto seguro y legal, tanto en Argentina como en otros lugares,

vida de la madre, o cuando tenga por objeto salvaguardar su salud física y mental o en casos de violación. ... El Comité considera que esta disposición jurídica relativa al aborto constituye no sólo una violación de los derechos de la mujer a la salud y a la vida, sino también una violación del artículo 12 de la Convención”.), Comité de la CEDAW, “Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, julio de 1999, parte 2, párr. 56 (señalando sobre Belize; “Preocupa al Comité ... las leyes restrictivas del aborto vigentes en el Estado parte. ... En este sentido, el Comité observa que la mortalidad materna causada por abortos clandestinos puede indicar que el Gobierno no está cumpliendo plenamente su obligación de respetar el derecho a la vida de sus súbditas”.); y Comité de la CEDAW, “Informe Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer”, U.N. Doc. A/53/38/Rev.1, julio de 1998, I parte, párr. 337 (señalando sobre la República Dominicana: “El Comité expresa profunda preocupación por la alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad causada, según se indica en el informe, por toxemia, hemorragias durante el alumbramiento y abortos clandestinos; el Comité observa también que la toxemia puede ser causada por abortos inducidos. La alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad, en conjunción con el hecho de que el aborto en la República Dominicana es absolutamente ilegal en todas las circunstancias, es motivo de gran preocupación para el Comité y de reflexión sobre las consecuencias de esa situación para el disfrute por la mujer del derecho a la vida”).

²⁸⁷ Comité de la CEDAW, Recomendación general No. 19: La violencia contra la mujer, párr. 24(m).

²⁸⁸ Comité de los Derechos del Niño, “Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: Chad”, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107, 24 de agosto de 1999, párr. 30: “Es también motivo de preocupación que la legislación punitiva en lo que respecta al aborto tenga repercusiones sobre las tasas de mortalidad materna en niñas adolescentes. El Comité sugiere que se lleve a cabo un estudio amplio y multidisciplinario para entender el alcance de los problemas de salud de los adolescentes, en particular los efectos perjudiciales de los embarazos precoces y el aborto ilegal...”

²⁸⁹ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, “Convención sobre los Derechos del Niño”, Nueva York, 20 de noviembre del 1989, Declaraciones y Reservas,” (Ginebra: ACNUR) [en línea] <http://www.ohchr.org/english/countries/ratification/11.htm#reservations> (descargado el 6 de diciembre del 2004).

argumentan que “el derecho a la vida” del feto debe ponerse por encima de los derechos humanos de las mujeres, en particular los derechos a la no discriminación y a la salud. Es más, algunos opositores se refieren al supuesto “derecho a la vida” del feto en los argumentos en contra del uso de anticonceptivos que actúan después de la fertilización, pero antes de que el óvulo fertilizado se implante en la pared uterina (implantación).

La mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos guardan silencio respecto a cuándo comienza el derecho a la vida, pese a que la historia de la negociación de los tratados, la jurisprudencia y la mayoría de los análisis jurídicos parecen sugerir que el derecho a la vida, como se contempla en dichos documentos, no tiene vigencia antes del nacimiento de un ser humano²⁹⁰.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) es el único instrumento internacional de derechos humanos que posibilita la aplicación del derecho a la vida desde el momento de la concepción, aunque no de manera absoluta²⁹¹. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el instrumento precursor de la CADH, no incluye esta referencia al concebido, estableciendo en cambio que “[t]odo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona...”²⁹².

En 1981, se le solicitó al órgano encargado de supervisar el cumplimiento de las disposiciones sobre derechos humanos en el sistema regional americano—la Comisión Interamericana de Derechos Humanos—que estableciera si las disposiciones sobre el derecho a la vida contenidas en estos documentos eran compatibles con el derecho de la mujer a acceder a abortos legales y seguros. La Comisión concluyó que sí lo eran.

La consulta llegó a la Comisión a través de una petición presentada en contra del gobierno de los Estados Unidos por individuos cercanos a un grupo llamado *Catholics for*

²⁹⁰ Para un análisis del consenso internacional respecto al derecho a la vida en el PIDCP, ver Cook y Dickens, “Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform” [Dinámica en función de Derechos Humanos de la Reforma de Leyes sobre Aborto], *Human Rights Quarterly*, Vol. 25 (2003), p. 24; y Manfred Nowak, U.N. *Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary* [Pacto de Derechos Civiles y Políticos: Comentario del PIDCP] (Kehl am Rhein: N.P. Engel, 1993), p. 123 (en que se describen varias propuestas que pretendían proteger un derecho a la vida del feto durante las negociaciones del tratado y la forma en que estas propuestas fueron rechazadas por la mayoría de delegados). Para un análisis del consenso regional respecto al derecho a la vida en la Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, ver *Paton v. Reino Unido* (1980), 3 E.H.R.R. 408 (Comisión Europea de Derechos Humanos) (indicando que el derecho a la vida en la Convención Europea no cubre al feto).

²⁹¹ CADH, artículo 4. Este artículo dice: “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”.

²⁹² Declaración Americana, artículo I.

Christian Political Action (Católicos por la Acción Política Cristiana), a raíz de que un médico fue absuelto de “homicidio involuntario” tras realizar un aborto en 1973—el caso es conocido como el caso *Baby Boy*. Los peticionarios solicitaron a la Comisión que declare a los Estados Unidos en violación del derecho a la vida de acuerdo a la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, usando la Convención Americana sobre Derechos Humanos como herramienta interpretativa²⁹³. Durante el proceso de deliberación en torno al caso *Baby Boy*, la comisión examinó rigurosamente las disposiciones sobre el derecho a la vida contenidas tanto en la Declaración como en la Convención, analizando también la labor preparatoria de ambos documentos, para así esclarecer los objetivos deseados y el propósito de la letra de las disposiciones²⁹⁴.

En el caso de la Declaración, la Comisión expresó que:

Con respecto al derecho a la vida reconocido en la Declaración, es importante notar que los signatarios que actuaron en Bogotá en 1948 rechazaron cualquier redacción que hubiera extendido ese derecho a los que están por nacer ... [y] ... la Conferencia ... adoptó una simple declaración del derecho a la vida, sin referencia a los que están por nacer y lo vinculó a la libertad y seguridad de la persona. Parecería entonces incorrecto interpretar que la Declaración incorpora la noción de que exista el derecho a la vida desde el momento de la concepción. Los signatarios enfrentaron la cuestión y decidieron no adoptar un lenguaje que hubiera claramente establecido ese principio²⁹⁵.

Con respecto a la Convención, la Comisión encontró que la redacción del derecho a la vida en el artículo 4 había sido muy consciente y que la intención de los fundadores de la convención al incluir la cláusula “en general” había sido precisamente el permitir que exista legislación doméstica no restrictiva respecto al aborto. La comisión comentó: “se reconoció durante la sesión de redacción en San José que esta frase dejaba abierta la

²⁹³ La Convención Americana sobre Derechos Humanos no era directamente aplicable, ya que Estados Unidos no había ratificado dicha convención. Sin embargo, como miembro de la Organización de Estados Americanos, Estados Unidos debe respetar la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

²⁹⁴ La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969, que guía el derecho internacional público de tratados, establece como regla general de interpretación de tratados internacionales que “un tratado debe ser interpretado de buena fe de acuerdo al significado común de los términos en el tratado en su contexto y a la luz de su objetivo y propósito”, e indica que el trabajo preparatorio de un tratado puede ser utilizado como un medio suplementario para la interpretación. Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, artículos 31 y 32.

²⁹⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, White y Potter [Caso “Baby Boy”], Resolución N° 23/81, Caso 2141, Estados Unidos, el 6 de marzo de 1981, OEA/Ser.L/V/II.54 Doc. 9 Rev. 1, 16 de octubre de 1981, original: español, pár. 14 (a).

posibilidad que los estados partes a una futura convención podrían incluir en su legislación local ‘los más diversos casos de aborto’²⁹⁶”, refiriéndose a la posibilidad de que algunos países podrían incluir el aborto legal bajo este artículo. La Comisión procedió a corregir la lectura selectiva de la Convención Americana sobre Derechos Humanos hecha por los peticionarios:

[Q]ueda 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 peticionarios²⁹⁷.

Los opositores al derecho al aborto en Argentina suelen aplicar la misma táctica de lectura selectiva del artículo 4 de la CADH cuando alegan que la constitución protege el derecho a la vida de un feto, ya que la CADH está incorporada a la constitución. Este argumento ignora la intención de los redactores de la convención de permitir legislación doméstica que no prohíba el aborto²⁹⁸. También ignora el grueso de los otros derechos humanos internacionalmente reconocidos que también están incorporados a la constitución y que han sido interpretados por órganos autorizados como protegiendo el derecho de la mujer a decidir en materias relativas al aborto.

El derecho a la libertad

En Argentina, las mujeres pueden ser condenadas a prisión por someterse a un aborto, situación que pone en peligro el derecho de la mujer a la libertad. El derecho a la libertad está protegido por el artículo 9(1) del PIDCP que establece que “[n]adie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias” y que “[n]adie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta²⁹⁹”.

²⁹⁶ *Ibíd.*, pág. 14(c).

²⁹⁷ *Ibíd.*, pág. 30.

²⁹⁸ Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, OEA/Ser.K/XVI/1.2, en 159, citado en el caso *Baby Boy*, Inter-Am. C.H.R., 25 OEA/ser.LV./II.54, doc.9 rev.1 (1981), pág. 14(c).

²⁹⁹ PIDCP, artículo 9(1).

La prohibición del aborto constituye un obstáculo al pleno ejercicio de las mujeres de sus derechos humanos a la no discriminación, a la salud y a la vida. La ejecución de las disposiciones punitivas de la ley constituye un ataque adicional a los derechos de la mujer, al encarcelarse arbitrariamente a mujeres que buscan satisfacer sus necesidades de salud. El derecho a la libertad también se ve amenazado cuando las mujeres son disuadidas de solicitar ayuda médica a causa del temor a ser denunciadas a las autoridades policiales por doctores u otros profesionales de la salud, si éstos llegan a sospechar la acción ilícita de la mujer. En varias observaciones finales, el Comité de la CEDAW ha manifestado su preocupación por las mujeres encarceladas por haberse sometido a abortos ilegales y ha exhortado a los gobiernos a revisar sus leyes para que suspendan los castigos y encarcelamientos por causa del aborto³⁰⁰.

El derecho a la privacidad y el derecho a decidir el número de hijos e intervalo entre los nacimientos

El derecho internacional de derechos humanos protege el derecho a la no interferencia en la privacidad individual y familiar³⁰¹, así como el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, sin discriminación³⁰². Estos derechos se pueden implementar a plenitud sólo si la mujer tiene el derecho a tomar la decisión sobre si y cuándo continúa su embarazo, sin interferencia del Estado. También es esencial para el cumplimiento de estos derechos que las mujeres tenga acceso a todos los métodos seguros de planificación familiar, incluyendo el aborto, como parte de una completa gama de servicios de salud reproductiva y que los gobiernos legalicen los servicios de aborto y los vuelvan seguros y accesibles para todas las mujeres. En algunas circunstancias, el aborto va a ser la única manera en que una mujer pueda ejercer este derecho, especialmente si quedó embarazada producto de una violación, o fruto de la falla de un método anticonceptivo, o si los servicios de planificación familiar no están disponibles en el lugar en que reside.

³⁰⁰ Ver Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", A/50/38, julio de 1995, párr. 446 (Perú); Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", A/54/38, julio de 1999, párr. 147 (Nepal); Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", CEDAW/C/1999/I/L.1/Add.8, 1999, párr. 57 (Colombia); Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", A/52/38/Rev.1, julio de 1996, párr. 127 (Namibia); y Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", A/51/38, 1996, párr. 131 (Paraguay).

³⁰¹ PIDCP, artículo 17.

³⁰² CEDAW, artículo 16(1)(e). El artículo dice: "Los Estados Partes... asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres... (e) Los mismos derechos 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".

La Recomendación General no. 21 del Comité de la CEDAW sobre la Igualdad señala que el derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos está integralmente conectado al ejercicio de otros derechos humanos:

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 tiene³⁰³.

El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha declarado que el derecho de las mujeres a la igualdad en el disfrute de la privacidad, así como otros derechos humanos, pueden ser vulnerados si los estados imponen la obligación legal a médicos y otros funcionarios de salud de denunciar a mujeres que puedan haberse realizado abortos:

... puede ocurrir que los Estados no respeten la vida privada de la mujer ... 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 esos casos, pueden estar en juego también otros derechos amparados en el Pacto, como los previstos en los artículos 6 y 7 [derechos a la vida y a no ser sometido a tortura]³⁰⁴.

El Comité contra la Tortura de la ONU, que supervisa la implementación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT), también ha expresado recientemente su preocupación por las situaciones en que la atención médica post aborto se condiciona a que la mujer testifique en su propia contra en juicios penales, implicando que la penalización del aborto puede llevar a situaciones incompatibles con esta Convención³⁰⁵.

³⁰³ Comité de la CEDAW, Recomendación General 21, Igualdad en el Matrimonio y en la Relaciones Familiares (1992), pár. 21.

³⁰⁴ Comité de Derechos Humanos, "Observación general No. 28: Artículo 3, Igualdad de derechos entre hombres y mujeres," *U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10*, 29 de marzo del 2000, pár. 20.

³⁰⁵ Comité contra la Tortura, "Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura: Chile", U.N. Doc. CAT/C/CR/32/5, 14 de junio del 2004, pár. 6(j): "El Comité expresa su preocupación por las siguientes cuestiones: ... (j) El hecho de que, según se informó, se condicione la atención médica a las mujeres cuya vida está en peligro por las complicaciones derivadas de abortos clandestinos, a que las mismas proporcionen información sobre quienes practicaron dichos abortos. Esas confesiones se utilizarían posteriormente en causas instruidas contra ellas y terceras partes, contraviniendo así lo preceptuado por la Convención".

El derecho a la libertad de conciencia y religión

El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión está protegido por el PIDCP y la CADH³⁰⁶. La libertad de religión incluye el ser libre de la obligación de cumplir con leyes diseñadas exclusivamente, o principalmente, en función de las doctrinas de una religión; incluye también la libertad de actuar según la propia conciencia respecto a doctrinas religiosas no compartidas. En este sentido, no se puede obligar a que las mujeres cumplan con leyes basadas exclusiva o principalmente en doctrinas de fe. Éste es el caso de muchas de las leyes que restringen el aborto.

El Comité de la CEDAW ha manifestado explícitamente en sus observaciones finales que los derechos humanos de las mujeres son vulnerados cuando los hospitales se niegan a proveer abortos a causa de la objeción de conciencia de los médicos y ha expresado su preocupación por el limitado acceso que tienen las mujeres al aborto debido a esta misma razón. El Comité también ha recomendado expresamente que los hospitales públicos provean servicios de aborto³⁰⁷.

VIII. Conclusión

A las mujeres en Argentina se les impide tomar decisiones independientes respecto a su salud y su vida en el ámbito de la reproducción. Las mujeres enfrentan diversas barreras en su acceso a los anticonceptivos, incluyendo la falta de información o la obtención de información incorrecta e incompleta, la violencia doméstica y sexual, y las restricciones económicas. El gobierno no enfrenta adecuadamente estas barreras. Uno de los métodos anticonceptivos seguros y eficientes—la ligadura tubaria—es objeto de restricciones discriminatorias que resultan en denegaciones arbitrarias. La consecuencia de estas restricciones es que muchas mujeres se ven forzadas a decidir entre un embarazo no deseado que pueda empobrecer aún más a su familia y poner en riesgo su salud, o un aborto inseguro.

³⁰⁶ PIDCP, artículo 18; y CADH, artículo 12.

³⁰⁷ Ver Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", U.N. Doc. A/53/38 (1998), I parte, pág. 109 (indicando con respecto a Croacia: "En el área de salud, al Comité le preocupa la información que le ha llegado sobre el rechazo de algunos hospitales a practicar abortos por a causa de la objeción de conciencia de los médicos. El Comité considera que esto es una violación de los derechos reproductivos de la mujer"); y Comité de la CEDAW, "Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", U.N. Doc. A/52/38/Rev.1 (1997), I parte, pág. 353 y 360 Italia, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1 (1997), pág. 353 y 360 (indicando respecto a Italia: "El Comité expresó particular preocupación por el acceso limitado al aborto que tenían las mujeres en el sur de Italia como resultado de la alta incidencia de objeciones de conciencia de los médicos y el personal de los hospitales" y "El Comité recomendó enérgicamente al Gobierno que adoptara medidas para garantizar a la mujer, y en particular a la mujer de Italia meridional, el ejercicio de sus derechos a la procreación, entre otras cosas garantizándole el acceso al aborto seguro en los hospitales públicos".)

En Argentina, los abortos de alto riesgo se han constituido en la principal causa de mortalidad materna durante décadas. El aborto es considerado ilegal en cualquier circunstancia, pero la ley exonera de castigo los casos en que la vida o la salud de la mujer embarazada estén en peligro o cuando el embarazo es resultado de la violación de una mujer mentalmente discapacitada. En la práctica, el acceso al aborto no punible y por lo tanto más seguro es casi inexistente y muchas mujeres con embarazos no deseados o problemas de salud deciden abortar en clínicas poco seguras o se autoinducen sus abortos usando métodos que ponen su salud y su vida en grave riesgo.

Algunos médicos se creen obligados a denunciar a las autoridades a las mujeres que se someten a abortos inducidos, creando un clima de intimidación que hace que muchas mujeres desistan de acudir en busca de la atención médica que requieren. A pesar del mandato internacional para que se provea atención humanizada post aborto en los hospitales públicos, muchas mujeres reciben un trato inhumano y a veces seriamente inadecuado cuando acuden a un hospital público a raíz de un aborto incompleto o de otro tipo de complicación derivada de abortos inseguros. Es importante considerar que incluso si la guía sobre la atención post-aborto anunciada por el ministerio de salud de la nación en mayo de 2005 fuese plenamente puesta en práctica, abordando por tanto la mayoría de estos temas, al no tener fuerza de ley no podría superar el miedo persistente y la oposición entre los proveedores de servicios en esta área.

Para que la Argentina cumpla con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres, se requiere urgentemente una reforma que garantice el acceso de todas las mujeres al aborto legal y seguro y que otorgue acceso a anticonceptivos e información adecuada. Para todas las mujeres, es una cuestión de igualdad. Para algunas, es una cuestión de vida o muerte.

IX. Agradecimientos

Marianne Møllmann, investigadora para las Américas de la División de Derechos de las Mujeres, es la autora de este informe que se basa en la investigación que condujo en Argentina durante septiembre y octubre de 2004. LaShawn R. Jefferson, directora ejecutiva de la División de Derechos de las Mujeres; Janet Walsh, subdirectora de la División de Derechos de las Mujeres; Joanne Mariner, subdirectora de la División de las Américas; Sebastian Brett, investigador de la División de las Américas; Mike Bochenek, subdirector de la División de Derechos del Niño; Rebecca Schleifer, investigadora del Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos; Wilder Tayler, director legal; y Joseph Saunders, subdirector de la Oficina de Programa revisaron este informe. Katia Araujo-Natt, Alexis Benjamin, y Caroline Tourtet, practicantes que trabajan en la División de

Derechos de las Mujeres, aportaron su invaluable apoyo en la investigación. Fitzroy Hepkins, Andrea Holley, Erin Mahoney, José Martínez, Veronica Matushaj y Jennifer Nagle apoyaron la producción.

Agradecemos a los muchos individuos y organizaciones que contribuyeron con su tiempo, experiencia e información a esta investigación. Human Rights Watch agradece sinceramente a todas las valientes mujeres que compartieron sus experiencias con nosotros e hicieron posible este informe.

Valoramos los comentarios a este informe presentados por Mabel Bianco, presidenta de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) de Argentina y por Laura Katzive, asesora legal para proyectos globales del International Program, Center for Reproductive Rights (Programa Internacional, Centro para los Derechos Reproductivos) de Estados Unidos. Le agradecemos a Angeles Cabría, oficial de programa para América Latina y el Caribe, International Women's Health Coalition (Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres), Estados Unidos, sus sugerencias conceptuales y lingüísticas a la versión en español. Human Rights Watch asume la responsabilidad por los errores u omisiones que se encuentren en este informe.

La División de Derechos de las Mujeres de Human Rights Watch agradece el apoyo financiero del Fondo Caritativo Lisbet Rausing, de la Fundación Sigrid Rausing, el Fondo Moriah, la Fundación Libra, la Fundación Oak, la Fundación Streisand, la Fundación Schooner, la Fundación Banky-LaRocque, la Fundación *Underdog Fund of the Tides*, y el apoyo de los miembros del Comité Asesor de la División de Derechos de las Mujeres. Agradecemos a Patricia Mendoza Bejar por traducir el presente informe del inglés al español.