

# ¿Aborto legal en el hospital?

---

---

el protocolo para la atención integral de personas con  
derecho a la interrupción legal del embarazo en  
Córdoba capital

Año  
2017

Autor  
Machado Terreno, Agustina

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

#### CITA SUGERIDA

Machado Terreno, A. (2017). *¿Aborto legal en el hospital?*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María



## **¿Aborto legal en el hospital?: El Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo en Córdoba Capital.**

### **Autora:**

Machado Terreno, Agustina. Universidad Nacional de Villa María. Mail agustina.machadot@gmail.com

**Palabras clave:** Aborto – Interrupción Legal del Embarazo – Salud Sexual y (no)Reproductiva.

### Introducción

En la siguiente presentación se procurará abordar de manera aproximada las líneas generales que conformarán la tesis de grado de la autora para lograr el título de Licenciada en Sociología en la Universidad Nacional de Villa María. La misma se halla en su etapa inicial, y pretende trabajar sobre el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo de ILE, en adelante), ambos impulsados por el Ministerio de Salud de la Nación. Este interés y el desarrollo hasta ahora alcanzado, inicia en el marco de la materia Planificación Social del tercer año de la carrera de Sociología de la UNVM, cuyo propósito era realizar un diagnóstico sobre una temática y un territorio o institución donde esta se presente, con el fin último de diseñar un Proyecto de Intervención Social. Para trabajar sobre el Protocolo de ILE era necesario hallar una institución sanitaria de dependencia nacional que lo aplicara, que para el caso fue el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología (HUMyN) de la Ciudad de Córdoba.

Esta primer experiencia y acercamiento al tema brindó y sigue brindado aportes muy ricos a la tarea de investigación, sobre todo en lo concerniente a lo trabajado en la etapa diagnóstica, ya que es en ella donde se advierte la existencia de obstáculos institucionales y simbólicos que dificultan el acceso a políticas de salud sexual y reproductiva, como la atención sanitaria ante casos de abortos inducidos, el acceso y la instrucción acerca del uso de métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y a la anticoncepción hormonal de emergencia,

intervenciones quirúrgicas de ligadura tubaria, intervenciones de aborto no punible, entre otros. Partiendo de esa base, el incipiente trabajo de tesis que será brevemente presentado en esta ponencia procura analizar las nociones y/o sentidos en torno a la Salud Sexual y Reproductiva<sup>18</sup> que expresan y sostienen tanto las usuarias como los/as efectores/as de salud del HUMyN, haciendo especial hincapié sobre el

#### Protocolo de ILE.

El mencionado Protocolo reglamenta el servicio de salud pública en las instituciones de dependencia nacional en lo que respecta a la interrupción legal del embarazo, exponiendo en término de causales las circunstancias y condiciones en las cuales este procedimiento se halla en el marco de la legalidad y debe ser llevado a cabo si es solicitado. Sucede que, al tratar sobre un hecho y una temática que se presenta de manera conflictiva, en constante disputa y tensión –en el campo médico, en el vínculo entre usuarias y efectores de salud, entidades públicas y privadas, etc.- la aplicación del Protocolo de ILE se presenta de manera discrecional, irregular, dependiendo de las voluntades involucradas en cada caso y por tanto de forma desigual, siendo inestable el mismo protocolo en sí, como lo evidencian las distintas modificaciones que lo han afectado -2012, 2015, 2016-. A su vez, se ve sensible a ‘confusiones’, debido a que las provincias, donde están ubicadas las instituciones de salud de dependencia nacional, tienen la facultad de dictaminar sus propios protocolos, los cuales muchas veces se contradicen con el Protocolo de ILE pero sólo pueden ser aplicados en las dependencias provinciales; generando información y criterios poco definidos, cuando no arbitrarios, tanto en los/as efectores/as de salud como en las usuarias.

En definitiva, estamos ante un escenario complejo en cuanto a gestión e implementación de las políticas públicas en torno a la Salud Sexual y (no)Reproductiva, que implica un fuerte conflicto de intereses entre actores que efectivamente intervienen re-

---

<sup>18</sup> El Protocolo de ILE se encuentra en el marco de Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, el cual anteriormente se llamaba Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2007) y que fue modificado en 2016 por el actual gobierno nacional. Si bien en este trabajo abordaré y trabajaré sobre estas políticas y su aplicación, haré referencia a la noción de Salud Sexual y Reproductiva propuesta en la anterior edición del Programa, ya que comprende una perspectiva teórica diferente respecto a la cuestión de derechos, autodeterminación, salud y sexualidad de las personas.

configurando en la práctica los sentidos y propuestas de estas políticas, en casos posibilitándolas y en otros obstaculizándolas, afectando de manera directa el acceso al servicio de salud y la garantía de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

### Antecedentes

La cuestión de la salud sexual y reproductiva como un derecho que debe ser garantizado cuenta ya con unos años de desarrollo. En el plano internacional, la Conferencia de El Cairo de 1994 constituyó un avance significativo en la instalación y tratamiento de la salud sexual y reproductiva como una cuestión de derechos humanos y un tema necesario de ser incorporado a las agendas políticas de los Estados-nación. Por otra parte, en Argentina, buena parte de los avances ocurrieron en el plano legislativo mediante la sanción de la Ley 25.673 que dio lugar al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley 26.150 del Programa Nacional de Educación Sexual, entre otras. Sin embargo, los obstáculos al ejercicio de tales derechos se hacen presentes en las desigualdades estructurales y simbólicas que condicionan el acceso a los servicios de salud.

Las problemáticas y obstáculos en torno al ejercicio efectivo de los derechos sexuales y (no)reproductivos son una temática que en la Argentina amerita a su profundización y estudio.

En este sentido, existen una serie de estudios que manifiestan un importante y necesario avance al respecto. Caben destacar unos cuantos, como los estudios de Valeria Alonso (2005) acerca de las perspectivas de los profesionales de los servicios de salud en torno al embarazo en la adolescencia, sus propuestas de prevención y atención, la cobertura de los servicios en anticoncepción y complicaciones de aborto, así como en el tratamiento de VIH-sida. De la misma manera, resalta el trabajo llevado a cabo por Graciela Zaldúa, María Pía Pawlowicz, Roxana Longo y Romina Moschella (2011) quienes desde una perspectiva de la Psicología Comunitaria y el enfoque de género, exploran las diferentes barreras que dificultan y obstaculizan el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias de dos establecimientos públicos de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las investigaciones de Mónica Gogna y Georgina Binstock (2017) sobre los factores

que favorecen o dificultan el acceso a los métodos de anticoncepción y a su uso efectivo por parte de adolescentes residentes en las ciudades de Resistencia (Chaco), Posadas (Misiones) y Santiago del Estero (Santiago del Estero) y en las regiones sanitarias V y VII (Buenos Aires).

La investigación de Mónica Gogna, Dalia Szulikd, Mónica Petracci, Silvina Ramos y Mariana Romero (2007) acerca de las múltiples perspectivas en el campo médico sobre la aplicación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Argentina. El trabajo de investigación de Mario Pecheny, Josefina Brown, Soledad Gottoni y María Cecilia Tamburrino (2013) sobre la construcción de la autonomía del cuerpo de las mujeres y su vinculación con el aborto y el ejercicio de los derechos sexuales y (no)reproductivos.

Nociones y sentidos: Rastro histórico de las políticas de población. En la primer etapa de investigación, devino necesario el apoyo histórico-teórico de una recorrido por el contenido de las denominadas políticas de población en Argentina, a fin de atender la incidencia de las mismas que pueden permanecer vigentes al día de hoy tanto en las políticas públicas orientadas a la salud sexual y reproductiva, como en las nociones y/o sentidos de las usuarias y los/as efectores/as de salud, interviniendo, posibilitando y/u obstaculizando el acceso a la salud sexual y reproductiva y a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Siguiendo a Liliana Siede (2012), se refiere como políticas de población aquellas cuyo objeto es el control de la población mediante el ejercicio regulador sobre el número de hijxs que deben tener las familias/personas, ya sea para el fomento y/o regulación del crecimiento demográfico. Si bien en Argentina, diferentes agentes externos han intervenido e intervienen históricamente en esta cuestión (Iglesia, agentes internacionales, gobiernos nacionales), ha sido el Estado el que se ha regido como legítimo formulador de políticas de población en el marco de un plan de desarrollo integral (Siede, 2012), ya sea aquellas diseñadas explícitamente para tal fin o las que lo rigen indirectamente.

Trazando una tenue línea histórica, se reconoce un primer momento en los años de consolidación del Estado-nación argentino (1880-1920), en el cual se instala el mito del desierto en el territorio que señaló una tarea fundamental que al día de hoy nos repercute en

las políticas mencionadas: el deber de poblar la nación. En paralelo comienzan a darse debates parlamentarios en torno a la adquisición de derechos civiles y políticos de las mujeres, impulsados desde diferentes actores y fuerzas políticas <sup>19</sup>basados en un activismo de la cuestión femenina; en cuyo contexto se sancionan las causales no penalizadas que contemplan casos de aborto voluntario desde una visión restringida y eugenésica acorde los aires de época. Al mismo tiempo, se registran cambios en los sectores medios, donde las mujeres comienzan a preocuparse por tener un menor número de hijxs (Barrancos, 2012).

Será luego, en la época peronista, que se plantee explícitamente la cuestión de las políticas de población, presentando a la mujer como la portadora simbólica del patrimonio humano de la nación, situando esta cuestión en el ámbito público con un correlato de políticas y establecimientos en torno al cuidado de la mujer embarazada. En la etapa siguiente, con las premisas del desarrollismo se determinará una visión distinta a la tradicional que coloca en el centro de la cuestión al modelo de “familia moderna”, introduciendo la maternidad y paternidad responsable y una disminución en la cantidad de hijxs. Posterior a ello, el gobierno de Isabel Perón revive la idea sobre la necesidad de poblar la nación, regulando la distribución y acceso a métodos anticonceptivos y prohibiendo las actividades vinculadas al control natal; lo cual sería continuado por la Dictadura Militar, incluso de manera más extrema ya que se prohibió toda actividad relacionada al control de natalidad. (Siede, 2012).

Como es posible entrever en lo hasta ahora expuesto, las leyes y políticas de población fueron diseñadas en base a una concepción de la mujer como parte de la familia/pareja, y no como sujeta de derechos; desde la cual la construcción del ‘ser mujer’ se da profundamente entrelazada con la del ‘ser madre’, que pueden observarse encarnadas por las instituciones públicas, aún variando las políticas de los distintos gobiernos respecto al control natal. Icónico es el caso del mito fundacional sobre el ‘poblamiento de la nación’ y de la casi obligatoriedad de la maternidad para las mujeres, que se hace evidente en este caso particular, en las experiencias y el discurso médico registrado en la aplicación

---

<sup>19</sup> Es destacable el rol del anarquismo, que inserta innovadoras perspectivas promoviendo el control de natalidad y el uso de anticonceptivos, presentando la idea de derecho individual a la decisión sobre el cuerpo (inspiradas en una perspectiva neomalthusiana y eugenésica).

discrecional del Protocolo de ILE; así como lo expresa también el estudio aquí citado de Liliana Siede sobre la ligadura tubaria.

Finalmente, han de considerarse las últimas décadas, desde la política nacional de población registrada en el '85 con la apertura democrática, donde el movimiento de mujeres irrumpe reivindicando el derecho de decisión sobre la sexualidad. De ese modo, se presenta la vinculación cuerpo-sexualidad-reproducción iniciando el debate en términos políticos sobre los derechos individuales de las mujeres que colisionaban con lo sostenido en las políticas de población; en paralelo a una legitimación simbólica por parte de organismos internacionales sobre el carácter de derechos humanos que deben reconocérsele a los derechos sexuales y la salud reproductiva. Es así que en la reforma constitucional de 1994, se introduce con las consideraciones de derechos humanos, una perspectiva que prima la autonomía y autodeterminación de las personas por sobre una meta demográfica respecto a la reproducción, la importancia de considerar la salud en términos reproductivos, como así también el derecho a decidir libremente la cantidad de hijos y las decisiones sobre la reproducción.

Todo esto se ve cristalizado para 2002, con la sanción de la ley 25.673 de Salud Sexual y

Procreación Responsable, que será punto de partida para demás leyes y medidas como la Ley de Ligadura Tubaria (2006), el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2007), la Ley de Educación Sexual Integral-ESI (2010), la Guía para la Atención de Abortos No-Punibles (2007), el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo (2012, 2015, 2016); que, no obstante los avances, siguen componiendo un eje de discusión y revisión como se nota en las diversas modificaciones que han sufrido, en la escasa asignación de recursos, en su aplicación incompleta, incorrecta y/o dependiente de las voluntades particulares a cargo, como también en su contradicción con políticas provinciales sobre el mismo tema.

**Políticas sobre Salud Sexual y (no)Reproductiva en Córdoba: El Protocolo de ILE**

La interrupción legal del embarazo en Argentina, se presenta como tal en las políticas y programas nacionales desde el 2012, aunque ya desde el 2007 se inicia el proceso de cambio de perspectiva sobre esta temática. Lo destacable del año 2012, es el giro cualitativo que asume una modificación en términos legales al referir a la interrupción del embarazo no penalizada, ya no como no-punible, sino como legal. En el mismo año, se da un acontecimiento sin precedentes que marcaría un antes y un después en lo que respecta a la interrupción del embarazo en el marco legal: se trata del fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” dictaminado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, mediante el cual se amplía la causal violación validándola para todas las mujeres, en cualquier condición, que cursen un embarazo producto de una violación y deseen interrumpirlo. A su vez, las exhortaciones del mismo dejan en claro que el acceso a la interrupción del embarazo en caso de presentarse la causal, no debe estar sujeto a la interacción de ningún juez ni a pruebas sanitarias de la violación ya que estos procedimientos incurren en una circularidad que revictimizan a las personas que ya han pasado por una situación traumática, a la vez que genera dilaciones innecesarias. De esta manera, lo único necesario para llevar a cabo el aborto por la causal violación es la firma de una declaración jurada por parte de la solicitante.

En 2015 se presencia otra significativa modificación, asumiendo una perspectiva de derechos, donde debe contemplarse la voluntad de las/os pacientes a la hora de tomar las decisiones y ejecutar las acciones, siempre que ellas/os cuenten con la debida información; a la vez que se amplía la causal salud, considerando la misma desde una perspectiva integral de la salud (física, psicológica, socio-económica, etc). Además, puntualiza que los casos de ILE deben abordarse con la mayor celeridad posible, si así lo desea, necesita y/o solicita la persona involucrada.

No obstante esto, la aplicación del Protocolo de ILE en las instituciones públicas de salud se da de manera aislada, discrecional, restrictiva, con escasa regulación y quedando a merced de las voluntades de trabajarlos, formarse o aplicarlo de los/as efectores de salud e incluso de las instituciones mismas. La principal problemática que surge de estas irregularidades son las muertes por aborto no seguros y complicaciones en embarazos de personas a las que se niega el acceso a ILE. Según los propios registros del Ministerio de

Salud de la Nación (2010), ocurren alrededor de 80 muertes al año por abortos inseguros (30% de los casos de muerte materna), contabilizando un total de 59.960 hospitalizaciones por aborto, indistintamente si fueron inducidos o espontáneos. Estos datos deben tomarse con cautela ya que, debido a la variabilidad de tratamiento de los programas y a las irregularidades en la toma de registros de los casos de abortos, no son números, que contemplen con exactitud la problemática. En esa línea, muchas organizaciones sociales y políticas, así como la Campaña por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito, difunden y denuncian que los casos reales superan esas estadísticas y que incluso no mantendrían vínculo con los datos elaborados internacionalmente al respecto, por ejemplo, por la Organización Mundial de la Salud (ver Anexo 2).

Otro problema a tener en cuenta y que incluso cuenta con menores o casi inexistentes datos estadísticos es la saturación de clínicas privadas con casos que podrían y deberían ser atendidos y tratados en el marco del Protocolo de ILE en una institución pública de salud.

En el caso particular considerado, el trabajo diagnóstico realizado arroja que el Protocolo de ILE no es óptimamente abordado y aplicado, dejando de lado muchas de las líneas de acción/recomendaciones/consideraciones especificadas en el mismo, debido a criterios arbitrarios donde puede observarse una vinculación con las nociones delineadas en el contenido de las diferentes políticas de población, que llevan a una aplicación restrictiva del Protocolo de ILE, incumpliendo con las prestación del servicio de salud y afectando la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Así sucede con el no-reconocimiento e incluso des-conocimiento del Protocolo de ILE y la lectura discrecional de las garantías, derechos y obligaciones que contempla por parte de los/as efectores/as de salud. Es significativo a su vez, como estas nociones alimentan la confusión que se genera entre la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), donde la primera cae en una deslegitimación en términos legales al ser confundida con la segunda.

Otro aspecto significativo que se hizo notar en el trabajo diagnóstico, es la coexistencia y superposición de un Protocolo Nacional y un Protocolo Provincial, que en el

caso cordobés es contrapuesto e incluso contradictorio con el primero. Sobre este punto en particular, la provincia de Córdoba resulta icónica ya que no sólo posee un Protocolo que no coincide al Protocolo de ILE, sino también que el mismo se encuentra suspendido por la presentación de una medida de amparo por parte de una Asociación sin fines de lucro de filiación religiosa católica, Portal de Belén. Esta coexistencia de protocolos, sumada la suspensión del protocolo provincial lleva muchas veces a situaciones donde prima la idea de que el Protocolo se encuentra suspendido y/o los criterios del Protocolo Provincial en instituciones de dependencia nacional donde el único Protocolo válido es el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.

Por otra parte, no es menor que en el abordaje del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Protocolo de ILE se haga presente la tradicional infantilización de las usuarias de salud por parte de los efectores/as de salud, que minimiza y no pondera de manera significativa la opinión y decisión de las usuarias sobre su propia salud y cuerpo, lo cual se vincula a sentidos sobre lo que la relación paciente-efector de salud debe ser o a las capacidades e intervenciones que competen a cada uno. La cuestión de la infantilización de las pacientes o usuarias es un punto fundamental a abordar ya que aparenta presentarse con mayor frecuencia e intensidad al tratarse de consultas, tratamientos y/o procedimientos relativos a la salud sexual y reproductiva. En relación a este punto cobran importancia las posibilidades de empoderamiento de las usuarias de salud al acceder a programas y políticas sobre salud sexual y reproductiva que, como el PNSSyPR y el Protocolo de ILE, sostienen y bregan por principios de autonomía y autodeterminación en contextos de completa y adecuada información de las usuarias.

Además, donde pueden observarse con mayor fuerza la aparición de sentidos que encuentran tensión con los planteado por el Protocolo de ILE es en la apelación del personal al recurso de objeción de conciencia, con el fin principal de impedir el acceso a la ILE y no de salvaguardar sus convicciones ético-morales, caso en el cual deberían realizar las derivaciones correspondientes para garantizar el derecho. Lo mismo es notable en la inacción de las instituciones estatales por garantizar las debidas regulaciones y seguimientos de sus propias políticas en esta materia, y los derechos y obligaciones que ellas contemplan.

Finalmente, no ha de dejarse de mencionar que es vertebral la consideración de las relaciones y las desigualdades de género en el marco del abordaje de las políticas mencionadas y en el mismo vínculo entre usuaria y efectores/as de salud. Este punto no ha podido ser elaborado de manera apropiada aún en el esfuerzo de este trabajo, pero habrá de ser considerado a futuro, también a modo de apertura del plano de sentidos propio de las usuarias, ya que el trabajo hasta ahora realizado como bien es notable, da cuenta principalmente del universo de sentidos y nociones de los/as efectores/as de salud, y su intervención en términos de posibilidades y /u obstáculos en la prestación y el acceso al Protocolo de ILE.

#### Abordaje metodológico

Lo hasta aquí expuesto se inscribe en un diseño de investigación de tipo descriptivo y cualitativo, teniendo en cuenta el carácter subjetivo de los aspectos a considerar. Se trabajará con la entrevista en profundidad y semi-estructurada, así como a la observación participante en el campo de estudio, como herramientas de recolección de datos; sin dejar de considerar los datos obtenidos del diagnóstico realizado.

Se trata de un estudio exploratorio con base en la descripción y análisis cualitativo de la problemática propuesta. Las unidades de análisis estarán conformadas por mujeres usuarias que asisten a servicios de salud sexual y reproductiva en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología y centros asistenciales de salud de la Municipalidad de Córdoba.

Se trabajará con poblaciones de mujeres provenientes de sectores marginales de la Ciudad de Córdoba Capital con el propósito de indagar los modos en que las desigualdades socio-estructurales y simbólico-culturales afectan o no el ejercicio de la ciudadanía sexual.

Asimismo, el universo poblacional de la investigación estará compuesto por efectores/as de salud de los establecimientos mencionados con miras a profundizar e indagar en las diversidades de sentidos que estos tienen en torno a la salud sexual y reproductiva. En cuanto a las entrevistas la muestra estará compuesta por al menos tres efectores de salud y tres usuarias vinculadas al Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la Ciudad de Córdoba.

## **Bibliografía**

- BARRANCOS, Dora. 2012. Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
- GALVALISI, Celia F. (compiladora). 2016. Características y abordaje de los procesos de escritura de géneros académicos. Manual de consulta para la redacción de textos académicos. EDUViM, Villa María, Córdoba, Argentina.
- GOGNA, Mónica; SZULIKD, Dalia; PETRACCI, Mónica; RAMOS Silvina y ROMERO , Mariana (2008) “Anticoncepción y aborto en Argentina: las perspectivas de obstetras y ginecólogos/as sobre políticas públicas y responsabilidad profesional”, Revista Salud Pública de México, México.
- GOGNA, Mónica y BINSTOCK, Georgina (2017) “Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas”, en Revista Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanus.
- PECHENY, Mario; BROWN, Josefina; GOTTONI, Soledad y TAMBURRINO, María Cecilia (2013) “Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles”, en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, N°12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Argentina.
- SIEDE, Liliana. 2012. Salud reproductiva y derecho a decidir. Experiencias sobre ligadura de trompas en la provincia de Buenos Aires. Ediciones CICCUS, Buenos Aires, Argentina.
- ZALDÚA, G.; PAWLOWICZ, M.; LONGO, R.; MOSCHELLA, R. (2011). “Sentidos vinculados a las prácticas en la salud sexual y reproductiva de trabajadoras/es u usuarias en la zona sur de CABA”. II Jornadas del Centro interdisciplinario de Investigaciones en Género, 28, 29 y 30 de septiembre de 2001, La Plata, Argentina. En Memoria Académica.

## **ANEXO**

## **Anexo 1: Ministerio de Salud de la Nación - Protocolo Nacional para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.**

“Causales de ILE:

- El embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;

- El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;

- El embarazo proviene de una violación;

- El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

Es siempre el Estado, como garante de la administración de la salud de la población argentina, el que tiene la obligación de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura.

Rige un principio de autonomía. Es deber de las/los profesionales de la salud proveer la información necesaria para que pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesarias.

El procedimiento debe ser accesible, no judicializado, confidencial, privada, rápido y transparente. La Corte afirmó, en relación con el principio de no judicialización que “[...] media en la materia un importante grado de desinformación que ha llevado a los profesionales de la salud a condicionar la realización de esta práctica al dictado de una autorización judicial y es este proceder el que ha obstaculizado la implementación de los casos de abortos no punibles legislados en nuestro país desde la década de 1920” (CSJN, 2012: considerando 18).

A las mujeres que soliciten o requieran que se les realice una ILE se les debe garantizar una atención ágil e inmediata. Las instituciones en las cuales se practique deberán prestar toda la colaboración necesaria para que el proceso de atención integral sea

brindado lo más pronto posible. Asimismo, se prohíbe la imposición de requisitos adicionales por parte de las instituciones o de sus empleados.

Según la OMS, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006). Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud.

La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.

- El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia.

- La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.

En los casos de violación, el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer, o cuando fuera necesario su representante legal, realice una declaración jurada donde afirme que el embarazo que cursa es producto de una violación.

La CSJN reconoce que “[...] si bien este Tribunal advierte la posibilidad de configuración de ‘casos fabricados’, considera que el riesgo derivado del irregular obrar de determinados individuos no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyen en riesgos para su salud”

Se les reconoce discernimiento a las personas desde los 14 años; todo esto en concordancia con la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación, sin que se requiera la autorización de sus padres o representantes legales

Como fue reconocido por la Convención y la Ley 26.378, las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto.

En las situaciones en las que la mujer con derecho a acceder a una ILE (ya sea por peligro para la salud, la vida o por violación) tenga discapacidad psicosocial o mental, es fundamental que el equipo de salud la acompañe durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía. Por otro lado, bajo ninguna circunstancia el servicio sanitario debe exigir la acreditación de la discapacidad intelectual-mental; en este sentido, la CSJN dice que la solicitud de cualquier tipo de acreditación o dictamen que exceda la declaración jurada en caso de violación, es considerado como una práctica burocrática dilatoria de la ILE que encubriría la denegación ilegal del aborto (CSJN, 2012: considerando 24).

En caso de que un/una profesional de la salud desee ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad por escrito a las autoridades del establecimiento de salud en el que se desempeñe; es decir que solo podrá ejercerlo cuando se haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes. De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE.

El personal sanitario deberá:

- Informar sobre los requisitos necesarios para acceder a una ILE según la causal.
- En los embarazos encuadrados en la causal salud, describir los riesgos asociados a la continuación del embarazo.
- En los casos de violación, informar sobre la opción de denunciar, pero aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de una ILE.
- Detallar los procedimientos posibles para la interrupción del embarazo.
- Interiorizarse sobre la red de apoyo con que cuenta la mujer.
- Ofrecer anticoncepción post aborto.

Considerar que la intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la vida de cada mujer. Una actitud desprejuiciada, paciente y respetuosa es determinante para que la persona pueda tomar la decisión que considere más adecuada para su vida y adoptar prácticas de cuidado para su salud.”

## **Anexo 2: Organización Mundial de la Salud–Cifras mundiales y requerimientos legales sobre aborto.**

“A pesar del notable aumento de uso de anticoncepción en las últimas tres décadas, se estima que 40-50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad en circunstancias inseguras. Globalmente, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos inseguros y probablemente alcanzan la cifra de 67.000 muertes anuales.. Además de las 70.000 mujeres que mueren por año, decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo infertilidad. Aun donde existe amplio acceso a la planificación familiar, los embarazos ocurren como consecuencia de fallas en la anticoncepción, dificultades con su uso, falta de uso o a causa de un incesto o violación

En la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, desarrollada en Junio de 1999, los Gobiernos acordaron que “en circunstancias donde el aborto no sea ilegal, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles. Deben tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres.

En países en desarrollo, el riesgo de muerte secundario a complicaciones de procedimientos de abortos inseguros es varios cientos de veces mayor que aquel de un aborto realizado profesionalmente y bajo condiciones seguras. El 95% de los abortos inseguros ocurre en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud 1998).

Globalmente, existe una relación de un aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos

(Organización Mundial de la Salud 1998), pero en algunas regiones, la relación es mucho mayor. Por ejemplo, en Latinoamérica y el Caribe hay más de un aborto inseguro por cada 3 nacidos vivos (Organización Mundial de la Salud 1998).

En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto llevado a cabo con procedimientos modernos no es mayor a 1 cada 100.000 procedimientos (Instituto Alan Guttmacher 1999). En países en desarrollo, el riesgo de muerte como consecuencia de complicaciones de un aborto inseguro es varios cientos de veces mayor que aquel del aborto realizado profesionalmente bajo condiciones de seguridad (Organización Mundial de la Salud 1998).

En casi todos los países, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer (Figura 1.1). En más de tres quintos de los países, el aborto está también permitido para preservar la salud física y mental de la mujer y, en alrededor del 40%, se permite el aborto en caso de violación, incesto o daño fetal. Un tercio de los países permite el aborto sobre bases económicas o sociales y al menos un cuarto, permite el aborto a petición (División Población de las Naciones Unidas 1999). Por ende, todos los países deberían tener servicios seguros y accesibles para realizar un aborto, donde la ley lo permita. Sin embargo, en muchos casos en que las mujeres están legalmente autorizadas para tener un aborto, no se dispone de servicios seguros por diversas razones.

Éstas incluyen problemas del sistema de salud, tales como falta de proveedores capacitados o su concentración en áreas urbanas, actitudes negativas del proveedor, utilización de métodos inadecuados o desactualizados para inducir el aborto, falta de autorización para proveedores o instalaciones, falta de conocimiento de la ley o falta de aplicación de la ley por parte de los proveedores, requerimientos reglamentarios complejos o falta de recursos.

También deben encararse factores políticos y sociales más amplios si va a brindarse acceso a un servicio legal y sin riesgos, tales como los requerimientos reglamentarios o legales, la falta de información pública sobre la ley y los derechos de las mujeres bajo la ley, la falta de conocimiento sobre lugares donde se realizan abortos o la necesidad de efectuar el aborto en etapas tempranas del embarazo, la actitud familiar, el estigma y los temores en relación a la privacidad y confidencialidad y cómo se percibe la calidad de la atención.

Los profesionales de la salud Deben entender y aplicar las leyes nacionales relacionadas al aborto y contribuir al desarrollo de regulaciones, políticas y protocolos para asegurar el acceso a servicios de calidad.”