



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2020 - Año del General Manuel Belgrano

**Mensaje**

**Número:**

**Referencia:** Mensaje - Regulación del Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto

---

AI HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN:

Tengo el agrado de dirigirme a Su Honorabilidad con el objeto de someter a su consideración el presente proyecto de ley.

En la apertura de las sesiones ordinarias del Congreso de la Nación el 1° de marzo pasado anuncié ante los legisladores y las legisladoras que el Poder Ejecutivo enviaría para su tratamiento un proyecto de ley para regular la interrupción voluntaria del embarazo.

En el anuncio dejé en claro el criterio que motiva esta decisión de gobierno y dije: “...*Distintos son los desafíos que enfrentan las mujeres que desean tener a su hijo de aquellas que deciden interrumpir el embarazo [...] Un Estado que cuida debe acompañar a todas las mujeres para que estos procesos se desarrollen accediendo plenamente al sistema de salud*”.

En la misma oportunidad enuncié brevemente los resultados de casi 100 años de vigencia de las normas penales actuales en la materia y del silencio legislativo en materia sanitaria para abordar esos desafíos que enfrentan las personas que deciden abortar. En ese sentido, afirmé: “...*La legislación vigente no es efectiva. Desde 1921 la Argentina penaliza la interrupción voluntaria del embarazo en la mayoría de las situaciones [...] La existencia de la amenaza penal no solo ha sido ineficiente demostrando que el devenir social transcurre más allá de la misma norma. También ha condenado a muchas mujeres, generalmente de escasos recursos, a recurrir a prácticas abortivas en la más absoluta clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y a veces su vida misma...*”.

Es por ello que el primer artículo de este proyecto de ley da cuenta de esa realidad que sucede más allá de las amenazas de sanción penal, que es el problema de salud pública que producen la clandestinidad y la falta de acceso a servicios sanitarios para la atención del aborto. En consecuencia, se asume la responsabilidad del Estado de legislar y proteger con políticas públicas, la salud y la vida de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, a la vez que se pretende incorporar a esas personas al sistema público de salud

y garantizarles el acceso a información útil para la prevención de embarazos no intencionales.

El texto proyectado como primer artículo de esta iniciativa delimita en ese sentido el objeto de la ley y resulta determinante y ordenador del resto de las disposiciones proyectadas: *“La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.”*

Si el Congreso acompaña este proyecto y se sanciona la ley propuesta, cada persona podrá seguir pensando y decidiendo conforme a sus convicciones como lo hace hoy; pero no todo seguirá igual, porque tendremos mejores condiciones para que ocurran menos abortos que los que hoy suceden, y está probado que contribuiremos a reducir infecciones, perforaciones uterinas, otros daños en la salud y las muertes evitables por abortos inseguros.

Si el Congreso sanciona la ley de regulación de la interrupción voluntaria del embarazo, Argentina podrá empezar a desandar el camino de la amenaza penal y la desigualdad y recorrerá el de la justicia social y el ejercicio de derechos como respuestas más justas y democráticas para que todas las personas gestantes tengan los mismos cuidados y condiciones, cualquiera sea la provincia que habiten, su nivel socioeconómico y el subsistema de salud, público o privado, donde se atiendan.

El envío de este proyecto es un hito que se suma a una historia de numerosas luchas para la conquista de este derecho. La “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”, movimiento que se ha constituido en gran protagonista y portavoz de estas demandas, ha sabido expresarlo con un lema que, en su claridad, ha marcado los objetivos principales que deben guiarnos en la materia: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir”.

En ese sentido, en materia de salud pública y derechos sexuales y reproductivos, avanzar en la sanción del presente proyecto confiere y adquiere pleno sentido en el marco de nuestro sistema normativo en su conjunto y, en particular, de las leyes que ha sancionado el Congreso en los últimos VEINTE (20) años.

Argentina cuenta con las Leyes Nros. 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD (del año 2002) y 26.130 que establece el derecho a acceder a las intervenciones de contracepción quirúrgica en los servicios del sistema de salud (del año 2006). Ambas leyes fueron y son fundamentales para el acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos modernos. La Ley N° 26.150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral y establece el derecho de niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones Nacional, Provinciales, de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES y Municipales. Más recientemente, la sanción de la Ley N° 26.485 se ha convertido en bisagra respecto de la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Todas las leyes mencionadas y otras más forman parte de los derechos reconocidos en nuestro plexo normativo desde una concepción de Estado que da cuenta de la necesaria integralidad de los derechos, así como de las políticas públicas correspondientes que son responsabilidad del Estado nacional, de las Provincias y de los Municipios, en su implementación.

En particular, la integralidad de las políticas de salud sexual y reproductiva es central para el efectivo goce y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Y en ese sentido, el acceso al aborto seguro es una política de salud pública dentro del conjunto de políticas necesarias para garantizar la salud sexual y reproductiva de las

niñas, adolescentes, mujeres y otras personas con identidades de género con capacidad de gestar y, con ella, sus derechos humanos.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la salud reproductiva es *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”*. La OMS afirma también que tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios sociales de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la persona gestante y permitan que el parto se produzca de forma segura.[1]

La salud sexual, asimismo, es definida por la OMS como *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales”*. [2]

En relación con la integralidad del abordaje de la salud sexual y reproductiva, es sabido que el acceso y la eficacia de los servicios sanitarios están afectados por factores socioestructurales que la OMS identifica como el entorno *“cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico que viene determinado por cuatro dimensiones interrelacionadas”*. Las cuatro dimensiones señaladas como claves para la mejora de la salud sexual y reproductiva y que deben tenerse en cuenta para el diseño e implementación de las intervenciones de salud pública son: las normas culturales y sociales en torno a la sexualidad, las desigualdades socioeconómicas de género, los derechos humanos relacionados con el disfrute de la salud sexual y la expresión de la sexualidad (derechos sexuales) y, por último, las leyes, políticas, reglamentos y estrategias.[3]

Dichas dimensiones y su impacto en la salud sexual y reproductiva es abordado por la OMS en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015, entre los que se encuentra como objetivo clave para la salud mundial, el de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ODS 3). A tal fin, se ha establecido la meta específica de garantizar, para 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (meta 3.7).

En vista de esa meta específica, y en relación con las *“leyes, políticas, reglamentos y estrategias”* que afectan la salud sexual y reproductiva, la OMS sostiene que *“En los lugares donde se ofrece un acceso fácil a servicios aceptados por la legislación, los abortos suelen ser seguros. En cambio, cuando se establecen muchas restricciones a la disponibilidad de estos servicios y al acceso a los mismos, los abortos tienden a entrañar riesgos y pueden ser una causa significativa de morbilidad materna. Los servicios relacionados con el aborto seguro incluyen el suministro de información, el asesoramiento, la prestación de servicios de aborto farmacológico y quirúrgico, el reconocimiento y manejo de las complicaciones del aborto no seguro, la dispensación de anticonceptivos después del aborto (cuando se deseen) y el establecimiento de sistemas de derivación a servicios sanitarios de más alta complejidad”*. [4]

Hablar de “aborto seguro” siguiendo los lineamientos de la OMS, significa que la práctica es provista por integrantes de equipos de salud con métodos recomendados por la OMS. *“Las personas, preparación y*

*condiciones médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto médico y quirúrgico y además dependen de la duración del embarazo. Lo que se considera “seguro” debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actuales de la OMS.”[5]*

Lo que sí sabemos, sin lugar a dudas, es que el aborto es hoy un problema de salud pública en Argentina, porque la práctica se realiza en la clandestinidad y muchas veces la llevan a cabo personas que carecen de la preparación médica adecuada; por las condiciones en que se producen en gran medida y por las desigualdades geográficas, económicas y sociales que vuelven inaccesible para algunas lo que para otras está disponible y accesible.

Y son esas condiciones de inseguridad las que muchas veces provocan daños irreparables en la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes. Son daños en la salud y muertes que el Estado no puede seguir asimilando como tragedias cuando son evitables. Son daños y muertes prevenibles que el Estado debe atender como un problema de salud pública.

La OMS lo explica de la siguiente manera en su segunda edición de “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”: *“Es difícil medir las muertes y las discapacidades relacionadas con el aborto inseguro. Debido a que estas muertes o complicaciones se producen tras un procedimiento clandestino o ilegal, el estigma y el miedo al castigo impiden que el incidente se notifique en forma confiable [...] Además, las mujeres tal vez no relacionen su afección con una complicación de un aborto previo. Por lo tanto, la notificación de las muertes maternas causadas por abortos inseguros es terriblemente insuficiente. Las complicaciones del aborto inseguro incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20 % al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas, acaban en una infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica. Por cada mujer que solicita atención posterior al aborto en un hospital, existen varias que se sometieron a un aborto inseguro pero que no procuran atención médica, ya sea porque consideran que la complicación no es algo serio o porque carecen de los medios económicos necesarios, o porque temen al abuso, al maltrato o a una represalia legal. La evidencia demuestra que los principales costos fisiológicos, financieros y emocionales son acarreados por las mujeres que sufren un aborto inseguro”.*

Desde aquella concepción de Estado que asumimos desde el inicio de este mensaje, podemos aproximarnos a entender por qué la amenaza de sanción penal a la mujer que aborta ha fracasado y genera esta realidad: la decisión de interrumpir un embarazo, es decir, de no transitar una gestación forzada ni una maternidad forzada, es irrenunciable para muchas mujeres, aun a costa de su vida, como la realidad lo demuestra, en nuestro país y en el mundo. El Estado es ineficaz porque el embarazo y la maternidad forzados no son una opción a considerar por muchas personas. Sin dudas, hay mujeres que deciden continuar un embarazo no intencional. Muchas eligen, aceptan, o incluso desean transitar una gestación y una maternidad en las mismas circunstancias que para otra mujer resulta inaceptable. En ambos casos, esa decisión debe ser respetada y es indelegable. El Estado ha fracasado al pretender soslayarla; en ambos casos el Estado debería ser respetuoso y acompañar a cada una en sus convicciones y en la situación especial que le toca vivir.

Ello implica que la legislación debe generar las condiciones de seguridad para que los servicios de salud dejen de generar temor a represalias penales o a tratos crueles, violaciones de la confidencialidad o revictimizaciones, incluso ante abortos espontáneos, y deben estar disponibles y accesibles para la atención del aborto legal así como para la atención del postaborto, aun cuando la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados.

Tal como lo expresa la OMS en su Guía “Tratamiento médico del aborto” (2019): *“El tratamiento médico del aborto comprende diversas situaciones clínicas, como el aborto espontáneo e inducido (en embarazos viables y no viables), el aborto incompleto y la muerte fetal intrauterina (MFIU), así como la anticoncepción tras el aborto. El tratamiento médico del aborto, que generalmente se realiza con una combinación de mifepristona y misoprostol o solo con misoprostol, es fundamental para proporcionar acceso al aborto seguro, eficaz y aceptable”*.

En línea con estas definiciones y conceptos, el presente proyecto establece en su artículo 2°, y siempre atendiendo a una perspectiva de derechos, los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública. Para que el aborto sea tratado de conformidad con las recomendaciones de la OMS en pos de alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible, en particular su meta 3.7, se establece que las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a: a) Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley; b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley; c) Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados, de conformidad con la presente ley y d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Queda claro que las políticas de acceso al aborto seguro deben implementarse, articularse y fortalecerse con la prevención de embarazos no intencionales y la atención de complicaciones por abortos inseguros, y que los objetivos y compromisos asumidos por Argentina en materia de salud pública son la hoja de ruta del presente proyecto para transitar el camino que revierta la situación de morbilidad y mortalidad materna actual.

Nuestro objetivo es que haya menos embarazos no intencionales, menos abortos, menos complicaciones por abortos inseguros y menos muertes. Y que haya más derechos reproductivos, más embarazos deseados, más salud, más familias, más vida.

Ese debe ser el compromiso del Estado con las mujeres y con la sociedad en su conjunto y ese compromiso está redactado en cada una de las disposiciones de la presente iniciativa y, en caso de convertirse en ley, ese compromiso será una realidad que, estoy convencido, nos hará una sociedad más plural, más respetuosa de nuestras diferencias, más humanitaria y menos desigual.

Ese compromiso es el que nos vienen pidiendo honrar los órganos de seguimiento de los tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional firmados por la Argentina; son los mismos compromisos internacionales que guiaron el fallo de nuestra CORTE SUPREMA DE JUSTICIA en el caso conocido como “F.A.L.”, y por los que el Estado argentino fue encontrado responsable internacionalmente por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, por no garantizar el acceso efectivo al aborto no punible en el caso “L.M.R. vs. Argentina”, CCPR/C/101/D/1608/2007, del 29/03/11.

Las recomendaciones de los órganos convencionales que monitorean el cumplimiento de los tratados de derechos humanos, las cuales forman parte del bloque de constitucionalidad, han dado precisiones respecto al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo:

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), creado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha señalado en su Observación General 22 (año 2016), en la que se refiere al derecho a la salud reproductiva en el marco del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto, que *“...El derecho a la salud sexual y reproductiva también es indivisible e interdependiente respecto de*

*otros derechos humanos. Está íntimamente ligado a los derechos civiles y políticos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía, como los derechos a la vida; a la libertad y la seguridad de la persona; a no ser sometido a tortura ni otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; la privacidad y el respeto por la vida familiar; y la no discriminación y la igualdad. Por ejemplo, la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia o la negativa a practicar abortos son causa muchas veces de mortalidad y morbilidad materna, que, a su vez, son una violación del derecho a la vida o la seguridad, y, en determinadas circunstancias, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (E/C.12/GC/22, Párrafo 10).*

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) ha señalado en su Recomendación general número 35, referida a la violencia de género contra la mujer, que: “... *Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante” (CEDAW/C/GC/35, Párrafo 18).*

Nuestro país en ocasión de las evaluaciones periódicas sobre el estado de cumplimiento de sus obligaciones, ha recibido las siguientes observaciones y recomendaciones:

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en sus Observaciones Finales (OF) de octubre de 2018, en el marco del Cuarto Informe periódico de nuestro país, señaló:

*“El Comité está preocupado por los altos números de abortos peligrosos en el Estado parte, directamente ligado a la mortalidad materna, los obstáculos que encuentran para acceder al aborto en las causales previstas legalmente, como la falta de medicinas requeridas o el impacto negativo de la objeción de conciencia de médicos. El Comité lamenta también que no se haya aprobado la despenalización del aborto”. Por esos motivos recomendó al Estado: a) Adoptar medidas efectivas para la implementación en todas las provincias de la sentencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN de 2012 sobre el aborto legal y garantizar que todas las provincias adopten protocolos para facilitar el acceso efectivo y el cuidado integral a las niñas y mujeres que recurren al aborto en los casos previstos en la ley vigente y en conformidad con dicha sentencia; b) Garantizar el acceso a los medicamentos que permiten una interrupción del embarazo seguro, como el misoprostol y la mifepristona; c) Establecer el marco legal y los servicios necesarios para garantizar el acceso al aborto en los casos previstos en la ley vigente a fin de reducir el número de muertes maternas evitables, y garantizar el acceso a instalaciones, suministros y servicios de atención a la salud para satisfacer las necesidades de atención previas y posteriores al aborto; d) Garantizar la provisión permanente de métodos anticonceptivos de corta y larga duración en todo el territorio nacional garantizando su accesibilidad y efectivo uso, así como mejorar la prevención, proveer los servicios de cuidado temprano y el control del embarazo con un enfoque intercultural, fortaleciendo la estrategia para el alta conjunta hospitalaria para los recién nacidos de alto riesgo; e) Adoptar medidas proactivas para garantizar que las leyes, regulaciones y prácticas pertinentes con respecto a las objeciones de conciencia por parte del personal médico para realizar o asistir en abortos legales no obstruyan el acceso rápido y efectivo al aborto y aseguren el trato profesional y en respeto de la dignidad humana de todas aquellas personas que buscan acceso a servicios de aborto; f) Tomar todas las medidas necesarias para liberalizar las condiciones para el aborto legal y en todo caso nunca criminalizar a las mujeres que recurren al aborto”<sup>[6]</sup>.*

El Comité de los Derechos del Niño, en sus Observaciones Finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la Argentina manifestó: “... *observando con preocupación los obstáculos a los que se siguen enfrentando los adolescentes en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación en ese ámbito, la elevada incidencia de embarazos entre las adolescentes y el alto riesgo de mortalidad materna entre las madres adolescentes, así como el acceso insuficiente a métodos anticonceptivos modernos y de planificación familiar, el Comité recomienda al Estado parte que: ... b) Garantice el acceso de las adolescentes a servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto, asegurándose de que la opinión de la interesada siempre sea escuchada y tenida debidamente en cuenta en el proceso de decisión*”<sup>[7]</sup>.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la CEDAW por su parte, en sus Observaciones Finales sobre el Sexto Informe periódico de Argentina expresó “*su preocupación por la elevada tasa de embarazos entre las adolescentes y la elevada tasa de mortalidad materna, que en una tercera parte tiene como causa el aborto ilegal...*” e instó al Estado a “*que adopte todas las medidas necesarias para reducir aún más la elevada tasa de mortalidad materna. El Comité insta además al Estado parte a que revise la legislación vigente que penaliza el aborto, que tiene graves consecuencias para la salud y la vida de las mujeres*”<sup>[8]</sup>.

Seis años después, en la séptima evaluación periódica, señaló que: “*preocupa profundamente al Comité el estancamiento de la tasa de mortalidad materna, debido, entre otras cosas, a los abortos practicados en condiciones de riesgo; el limitado acceso al aborto legal, en contravención de la legislación y de la decisión adoptada por la Corte Suprema de Justicia en 2012; la frecuente negativa de médicos a practicar un aborto por razones de conciencia; y los casos de enjuiciamientos contra las mujeres que se han sometido a abortos*”, e instó al Estado a que: “*a) Reduzca la tasa de mortalidad materna, garantizando que las mujeres tengan acceso a servicios apropiados (incluidos servicios obstétricos de urgencia) en relación con el embarazo, como atención prenatal, de maternidad y postnatal, y aumente las partidas presupuestarias para la prestación de servicios ginecológicos y obstétricos en las zonas rurales y apartadas; b) Inicie procedimientos de rendición de cuentas para velar por que todas las provincias aprueben protocolos sobre la práctica del aborto no punible, en consonancia con la decisión de la Corte Suprema de Justicia de 2012 y el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo; c) Vele por que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto legal y sin riesgo y de atención posterior al aborto, y defina y aplique requisitos estrictos de justificación para prevenir el uso general de la objeción de conciencia por los médicos que se niegan a practicar abortos, considerando en particular los casos de embarazo temprano como consecuencia de violación o incesto que pueden equivaler a tortura; d) Acelere la aprobación del proyecto de ley relativo a la interrupción voluntaria del embarazo aumentando el acceso legal al aborto, no solo en los casos de violación y de riesgo para la vida o la salud de la madre, sino también en otras circunstancias, como en los casos de incesto y riesgo de graves malformaciones del feto.*”<sup>[9]</sup>

El Comité de Derechos Humanos, en sus Observaciones Finales de 2016, en ocasión de la quinta evaluación periódica señaló: “*El Comité expresa su preocupación por el “caso de Belén”, en que se utilizó la figura del delito de homicidio agravado para una supuesta alegación de aborto ilegal y que la acusada esté todavía privada de libertad. El Comité también está preocupado por los altos índices de abortos clandestinos que han resultado en mortalidad materna, así como por los embarazos de adolescentes (arts. 3, 6, 7 y 17)*”.

En virtud de lo expuesto, se verifica que la reforma propuesta no solo es compatible con nuestra Constitución Nacional, sino que la penalización tal como existe desde el año 1921 y la consecuente inaccesibilidad al aborto legal, es contraria a los derechos consagrados en la misma y en los distintos tratados de derechos humanos y que, lejos de resultar una forma de disuasión para la realización de abortos, ha dado como resultado que la práctica se realice en forma clandestina, con los dramáticos resultados por todos conocidos.

Delimitado y conceptualizado el problema de salud pública que debemos atender y encuadrado su abordaje en términos jurídicos, resta un diagnóstico sanitario del aborto en Argentina y en relación con la región y el mundo, y de los diferentes regímenes legales para tratar el tema y sus efectos en la morbimortalidad materna.

Nadie conoce la magnitud exacta del problema. No sabemos con precisión cuántos abortos ocurren en nuestro país, precisamente porque es parte del problema de la clandestinidad y la ilegalidad. Sí se han realizado estimaciones con métodos que fueron validados internacionalmente. Esas estimaciones realizadas a solicitud del MINISTERIO DE SALUD de la Nación fueron publicadas en el año 2005 y dan cuenta de que ocurren entre 370.000 y 520.000 abortos por año<sup>[10]</sup>.

En relación con las defunciones maternas por embarazos terminados en abortos, y aún con las dificultades de registro por notificaciones insuficientes -como señala la OMS-, en el año 2018 se registraron 257 muertes maternas en Argentina, de las cuales 35 se debieron a abortos inseguros[11], es decir, casi CATORCE POR CIENTO (14%). Si comparamos esa proporción con lo que se estima ocurre a nivel global, donde al menos el OCHO POR CIENTO (8%) de las muertes maternas se deben a abortos inseguros[12], Argentina está cerca de duplicar el porcentaje.

Esa estadística nacional oculta, a su vez, las desigualdades al interior de nuestro país, entre las distintas jurisdicciones. Por ejemplo, SANTIAGO DEL ESTERO o FORMOSA, con poblaciones que, según el Censo 2010 -y sumando las de ambas provincias-, no alcanzan al CUATRO POR CIENTO (4%) del total nacional (DOS COMA DOS POR CIENTO (2,2%) SANTIAGO DEL ESTERO y UNO COMA TRES POR CIENTO (1,3%) FORMOSA), registran el DIECISIETE POR CIENTO (17%) y el SEIS POR CIENTO (6%) de esas muertes. Hay provincias que llegan a cuadruplicar la tasa de mortalidad materna nacional y eso refleja las inequidades entre provincias y que las víctimas probablemente sean mayoritariamente mujeres y otras personas gestantes en situación de vulnerabilidad.

Tampoco conocemos en su totalidad los efectos del aborto sobre la salud física de las personas gestantes, ya que si bien pueden medirse a través de los egresos por diagnóstico de instituciones oficiales (estatales), no se alcanza a captar las externaciones del subsector de las obras sociales y del subsector privado, ni se tiene información oficial sobre las personas atendidas ambulatoriamente.

A su vez, los egresos por aborto conforman una categoría que no distingue en abortos legales por causales permitidas legalmente, complicaciones, o abortos incompletos que no necesariamente son una complicación.

Los egresos hospitalarios por aborto en el subsector estatal en el año 2017 fueron 38.599 sobre un total de 405.469 egresos por causas obstétricas en el mismo subsistema. La razón egresos por aborto/egresos por otras causas obstétricas fue 0,07 (7 abortos cada 100 egresos obstétricos) en SANTA FE a 0,14 (14 abortos cada 100 egresos obstétricos) en CATAMARCA[13].

Estos datos, como muestras de la realidad del aborto en Argentina, cobran mayor significación si los contextualizamos con datos vinculados al acceso al aborto seguro en la región o a nivel global. Según lo publica la OMS en su Segunda Edición de "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud": *"Cada año, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo [...] Aproximadamente 47.000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas por complicaciones de un aborto inseguro. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro"*.

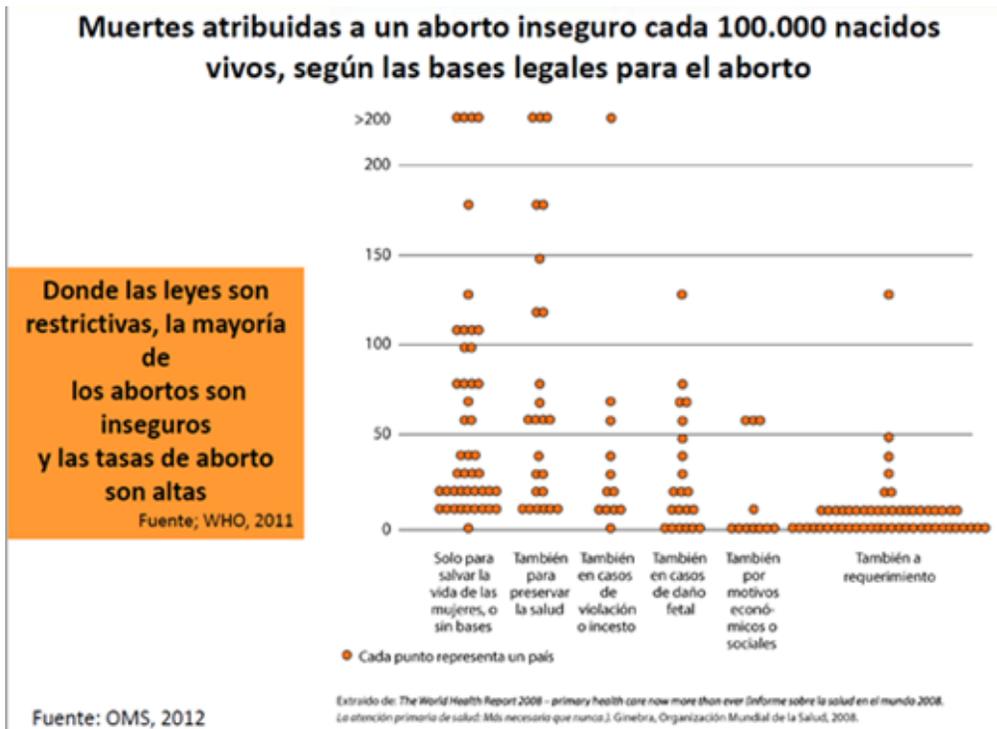
Estas incapacidades y muertes no se distribuyen entre todas las regiones o países de la misma forma. Resultan

determinantes de la morbilidad materna, las condiciones legales de acceso a abortos seguros.

Destaco con énfasis que el hecho de garantizar estas condiciones legales que habilitan el aborto seguro, de ningún modo aumenta la probabilidad de que una mujer decida hacerlo; lejos de ello, se mejoran las condiciones legales de acceso al aborto seguro sin que ello implique que el número de abortos crezca. Lo que se pretende es que las personas gestantes que han tomado la decisión de abortar, lo hagan en forma segura para evitar que pongan en riesgo su vida y su salud y, al mismo tiempo, tengan la posibilidad de ingresar al sistema público de salud y de acceder a información útil para evitar en lo sucesivo, nuevos embarazos no intencionales y nuevos abortos.

Dice la misma publicación citada anteriormente, en el resumen de su capítulo 1: *“Atención para un aborto sin riesgos: los fundamentos lógicos desde el punto de vista de la salud pública y de los derechos humanos [...] Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos. En los lugares donde la legislación permite realizar un aborto según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro en general son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido [...] La tasa de letalidad del aborto inseguro es de 460 cada 100 000 procedimientos de aborto inseguro en África, ...en comparación con 30 cada 100 000 en América Latina y el Caribe y 160 cada 100 000 en Asia. Cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América (EE. UU.), la tasa de letalidad es 0,7 cada 100 000 abortos legales”*.

Y, finalmente, en su capítulo 4 sobre “Consideraciones legales y políticas”, la guía de la OMS es contundente al recorrer la historia de la legislación sobre el aborto en el mundo y los efectos de su flexibilización en materia sanitaria: *“Las leyes del aborto comenzaron a flexibilizarse, a través de la legislación o de aplicaciones e interpretaciones legales más amplias, en la primera parte del siglo XX, cuando se empezó a reconocer la extensión del problema de salud pública asociado con el aborto inseguro. En los últimos años de la década de 1960, ha habido una tendencia hacia la liberalización del aspecto legal para el aborto. Desde 1985, más de 36 países han liberalizado sus leyes relacionadas con el aborto, mientras que solo unos pocos países han impuesto más restricciones en sus leyes. Estas reformas acontecieron tanto a través de la acción judicial como legislativa. Existen cada vez más pruebas de que en los lugares donde el aborto es legal por amplias razones socioeconómicas y a solicitud de la mujer, y donde los servicios seguros son accesibles, tanto el aborto inseguro como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el aborto son reducidos...”* (ver gráfico a continuación).



Un ejemplo de nuestra región que da cuenta del gráfico anterior es Uruguay, que flexibilizó la legislación para el acceso al aborto en el año 2012, cuando las muertes maternas ascendían a 9,6 por año. A partir de entonces nuestro vecino país tiene 1 o 0 muertes maternas por aborto. También en la región, la Ciudad de México es ejemplo de que la legalización del aborto no conlleva el aumento de la ocurrencia de esta práctica. Pasados los primeros años de la legalización, la cantidad de personas gestantes que solicitan la prestación se mantiene estable y comienza a disminuir, posiblemente gracias al acceso al sistema de salud y al ejercicio de los derechos reproductivos que habilita la legalización.

Entre los países que cuentan con legislaciones que autorizan la interrupción legal del embarazo se encuentran: Canadá, Estados Unidos de América, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, España, Suecia, Inglaterra, Austria, Irlanda, Bielorrusia, Bulgaria, República Checa, Lituania, Rumania, Serbia, Ucrania, Armenia, Singapur, China, Cuba y Uruguay, así como la Ciudad de México.

El texto que se propone en el presente proyecto toma en consideración todo lo hasta aquí expuesto, se asienta en la normativa constitucional y convencional, en las recomendaciones de los organismos de derechos humanos, en las Leyes Nros. 25.673, 26.061, 26.075, 26.130, 26.150, 26.485, 26.529, 26.743 y 27.499 y en la jurisprudencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. Asimismo, se nutre de los proyectos de ley presentados desde hace más de DIEZ (10) años por parte de las organizaciones de la sociedad civil en el CONGRESO DE LA NACIÓN y por distintos legisladores y distintas legisladoras.

Los compromisos asumidos por el Estado argentino en los instrumentos que integran la CONSTITUCIÓN NACIONAL son, como mencionamos al referirnos a los artículos 1° y 2°, el punto de partida de esta iniciativa; es por ello que el artículo 3° del proyecto enmarca expresamente las disposiciones de la ley en el artículo 75, inciso 22 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL, en especial en los tratados con jerarquía constitucional que se mencionan y en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la

vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, al derecho a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

El artículo 4° reconoce el derecho de las personas gestantes a interrumpir su embarazo hasta la semana CATORCE (14), inclusive, del proceso gestacional. Se intenta atender las realidades de las personas más vulneradas en sus derechos que, por distintas circunstancias, encuentran obstáculos propios de su situación para decidir y acceder a la interrupción del embarazo.

Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante, tal como está previsto en la legislación actualmente vigente. En este punto se mantienen las causales ya establecidas en el CÓDIGO PENAL y se incorporan los lineamientos del fallo F.A.L de la CSJN. En ese sentido, se legisla que no puede ser exigida la denuncia judicial en los casos de violación. La mayoría de los delitos sexuales son perpetrados por alguien del entorno más cercano de la mujer, niña o adolescente y, por tal motivo, requerir la denuncia puede resultar muchas veces un obstáculo para el acceso al derecho.

Respecto al inciso b) del artículo 4°, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud, se establece que la salud es “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”<sup>[14]</sup>. El derecho a la salud debe interpretarse en el sentido expuesto, abarcando la salud psíquica y entendiendo su íntima relación con el bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos (“Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la interrupción legal del embarazo”, 2° Edición, 2019).

El artículo 5° establece los derechos y las condiciones mínimas que debe garantizar y respetar el personal de salud en la atención del aborto y del postaborto: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información amplia, adecuada y de calidad. Se incorporan aquellas previstas en las Leyes Nros. 26.485, “Ley de protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” y 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. Se plasma en la ley el plazo máximo de DIEZ (10) días corridos desde que fue requerida la práctica por la persona gestante, para cumplir con la prestación de interrupción voluntaria del embarazo habilitada por ley.

Los artículos 6° y 7° disponen los procedimientos que deben seguir los establecimientos de salud ante la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo. El artículo 6° establece que si la persona gestante lo requiere, se le brindará información sobre los procedimientos y los cuidados posteriores, así como los distintos métodos anticonceptivos disponibles. Esto es un derecho de la persona gestante en el marco de la Ley N° 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable y no puede considerarse como una condición para la realización de la práctica. Se trata de aprovechar la oportunidad que otorga el acceso al sistema de salud para que las personas gestantes que solicitaron la interrupción del embarazo puedan acceder a métodos anticonceptivos, y para acercar al Estado como obligado a dar asistencia para cuidar la salud a las familias que lo requieran. En los países que han legalizado el aborto, estas prácticas son las que contribuyeron a que los índices de abortos fueran descendiendo paulatinamente.

Como toda práctica de salud, se requiere el consentimiento informado, que según el artículo 59 del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN es la declaración de voluntad expresada por la paciente, emitida luego

de recibir información clara, precisa y adecuada.

El artículo 8° se refiere a las niñas y adolescentes y se enmarca en la Ley N° 26.061 sobre Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, el CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN y las Resoluciones del MINISTERIO DE SALUD (Resolución N° 65/15 y Resolución N° 1/19).

El artículo 9° regula la forma en que las personas con capacidad restringida brindan su consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo, siguiendo las disposiciones del CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN.

Los y las profesionales de la salud que intervienen de manera directa en la interrupción del embarazo tienen derecho a ejercer la objeción de conciencia. Este derecho debe ser respetado. Al mismo tiempo es necesario dejar claro que el ejercicio de este derecho no puede ser contrario a los derechos de las pacientes. Es una excepción, pero que en muchas oportunidades ha funcionado como la forma de obstruir los derechos sexuales y la interrupción voluntaria del embarazo a mujeres, adolescentes y niñas. Por ello nuestro país recibió una observación por parte del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en sus Observaciones Finales, en el marco del Cuarto Informe periódico.

En virtud de lo expuesto, el artículo 10 establece cuáles son los requisitos que debe cumplir el o la profesional de la salud para ejercer la objeción de conciencia, y en qué situaciones no podrá negarse a la realización de la práctica: estos casos son aquellos en los que la vida o la salud de la persona gestante esté en peligro y se requiere atención médica inmediata e impostergable. Asimismo, se deja establecido que, en todos los casos, se deben adoptar las medidas para garantizar el acceso a la práctica legal en forma oportuna. La norma impide que se alegue la objeción de conciencia para evitar la prestación de atención sanitaria posterior al aborto.

Esta iniciativa se articula con una decisión, también de política de salud pública, sobre la necesidad de garantizar en forma efectiva la Educación Sexual Integral en todo el territorio del país, como medida efectiva para evitar los embarazos no intencionales y también los abortos. El Estado Nacional, las Provincias, la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES y los Municipios tienen la responsabilidad de implementar la Ley N° 26.150, vigente desde el año 2006, pero que cuenta aún con resistencias para su efectiva implementación, o con implementación deficiente, en diversos puntos del país.

La Educación Sexual Integral es impostergable. Por eso, tal como me comprometí ante la Asamblea Legislativa, la Educación Sexual Integral será una política de Estado de este gobierno. Estoy convencido de que la educación sexual, junto con la provisión gratuita de anticonceptivos en los centros de salud, son las políticas públicas indispensables para evitar los abortos y ejercer de manera plena los derechos sexuales y reproductivos.

El artículo 12 incorpora la capacitación a docentes y personal de la salud en perspectiva de género y diversidad sexual a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes requieran la interrupción voluntaria del embarazo.

Las modificaciones al CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN son concordantes con las disposiciones de la ley que se proyecta. Se propone la modificación del actual artículo 85 para penalizar a quien realice un aborto, con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana CATORCE (14) de gestación y sin mediar las causales del artículo 86 del CÓDIGO PENAL, pero se propone la modificación de la pena que prevé el actual inciso 2 del artículo 85, de forma concordante con la modificación que se propicia en el artículo 88.

En el artículo 85 bis se propone la incorporación de un nuevo tipo penal, que prevé la pena que les corresponde a

los funcionarios públicos y a las funcionarias públicas o los o las agentes de salud que dilataren injustificadamente o se negaren a practicar la interrupción voluntaria del embarazo en contravención a la normativa vigente. Se intenta evitar que, mediante una conducta contraria a la ley, se obstruya el derecho a acceder a una práctica legal. La inclusión de este artículo es necesaria para evitar que se repitan situaciones de violencia institucional o actos que podrían configurar maltrato y hasta torturas. El tipo penal descrito se aplicará, si correspondiere, en concurso con otros delitos cuando así correspondiere.

El artículo 86 propuesto excluye del CÓDIGO PENAL al aborto con consentimiento de la persona gestante, hasta la semana CATORCE (14), inclusive, de gestación. Luego, reitera las causales vigentes en el CÓDIGO PENAL desde el año 1921, con las aclaraciones efectuadas por el Fallo F.A.L, las directrices de los Tratados de Derechos Humanos con Jerarquía Constitucional y las observaciones de los organismos de aplicación de los mismos. En virtud de lo expuesto, se explicita que la interrupción voluntaria del embarazo solicitada por la causal de violación no requerirá denuncia judicial ni policial, pero se requerirá la declaración jurada de la mujer.

En el artículo 88 propuesto se modifica la pena respecto del CÓDIGO PENAL vigente, para la persona gestante que causare su propio aborto o consintiere que otro lo causare por fuera de las previsiones legales de esta ley, y se establece que será una pena de prisión de tres meses a un año y que podrá disponerse la eximición de la pena, cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

La presente iniciativa asume que las desigualdades e inequidades de género, socioeconómicas y geográficas que se viven en la Argentina y que se reproducen y expresan cuando se trata de acceder al derecho a la salud deben revertirse. Nos negamos a leer impasibles las estadísticas que nos indican que las mujeres mueren en los abortos clandestinos. Este proyecto, lejos de promover que los abortos sucedan, solo reconoce que efectivamente ocurren, que las mujeres muchas veces mueren allí o su salud queda afectada y que el sistema de salud público debe intervenir para evitarlo porque tiene las herramientas para hacerlo.

Por eso dije el 1° de marzo que “Todos saben de lo que estoy hablando. El aborto sucede. Es un hecho. [...]” y por eso este Poder Ejecutivo le propone al Congreso legislar desde un Estado que es laico y plural, que debe respetar las convicciones con las que cada uno y cada una toma las decisiones personales que involucran esas creencias porque todas ellas son a favor de la vida, sin pretender imponer las propias a los demás.

Por todo lo expuesto, se eleva el presente Proyecto de Ley a consideración de Su Honorabilidad solicitando su pronta sanción.

Saludo a Su Honorabilidad con mi mayor consideración.

---

[1] OMS "Salud Reproductiva", 2003. Ver:[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf) .

[2] OMS “Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health”, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva, World Health Organization, 2006 . Ver: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf).

[3] OMS “La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo”, 2018. Ver:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>

[4] OMS “La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo”, 2018. Ver: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>

[5] OMS “Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS.”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2014;92:155. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>

[6] Comité DESC, Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la Argentina, E/C.12/ARG/CO/4, Párrafos 55 y 56,

[7] Comité de Derechos del Niño, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la Argentina, CRC/C/ARG/CO/5-6, Párrafo 32.

[8] Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el Sexto informe periódico de la Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/6, Párrafo 37 y 38.

[9] Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/7, párrafo 32 y 33.

[10] Mario S y Pantelides A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N87, Cepal. Santiago de Chile. Disponible en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>.

[11] Estadísticas Vitales 2018. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>

[12] Instituto Guttmacher. Aborto inducido a nivel mundial. Guttmacher, 2018. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

[13] Ministerio de Salud, elaboración de la DNSSyR en base a datos provistos por la DEIS en octubre de 2020.

[14] Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

