

BUENOS AIRES, 26 de Junio de 2017

VISTO las decisiones A/HRC/17/31, A/HRC/RES/17/4, A/RES/70/1, A/RES/70/163, A/HRC/33/L.17/Rev.1, de las Naciones Unidas, y la Res. N° 1992/54, reafirmada por la Asamblea General por Res. N° 48/134 de 1993, así como también el Informe de Secretaria, dado por la OMS en la 69ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, del 8 de abril de 2016, entre muchas otras; y

CONSIDERANDO:

1.

Que esta Institución creó el 30 de diciembre de 2015 el **“Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030”**, a fin de colaborar con las Naciones Unidas y con las autoridades públicas de nuestro país para lograr el cumplimiento de los 17 Objetivos y las 169 metas de esa Agenda, por parte del Estado Nacional.

Que, en su virtud, se estrecharon, particularmente, vínculos con el Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y con otras agencias de ONU.

Que, la dinámica del *Programa* durante 2016 demostró que su creación permitió, como Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH), darle un marco estratégico al seguimiento y evaluación de la Agenda 2030.

Que, así y en ejercicio de las competencias propias de esta Defensoría, conforme las leyes vigentes, la misión impuesta por el artículo 86 de la Constitución Nacional y en virtud del mandato que se le reconoce conforme los “Principios de París” adoptados por la Comisión de Derechos Humanos de ONU por Res. N°

1992/54 reafirmada por la Asamblea General por Res. N° 48/134 de 1993, nuestra Institución, como INDH, participa por derecho propio en todo el sistema de promoción y protección de los derechos y libertades fundamentales universalmente reconocidas en la Carta Internacional de Derechos Humanos y demás tratados y convenciones internacionales.

Que, en el marco de los ODS, el **Objetivo 3** prevé: *‘Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las edades’*, se inició, entre otras, una actuación vinculada con la *meta 3.7, : ‘De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación , y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales’*, en concordancia con el Objetivo 5, *meta 5.6, para obtener el reconocimiento absoluto de los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, La Plataforma de Acción de Beijing y los de los documentos finales de sus conferencias de examen.*

Que, se ha recordado el principio de interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos, reconocido en la Declaración y Programa de Acción de Viena, dictada en la Conferencia de Viena de 1993: *‘La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso’.*

2.

Que en orden a tales consideraciones se inició la **Actuación DPN N° 8318/15**, caratulada: *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU). Salud Sexual y Reproductiva.*

Que el objetivo de dicha investigación consiste en:
‘Conocer y evaluar las políticas públicas vinculadas con la salud sexual que garanticen el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva,

incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; así como el reconocimiento absoluto de los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen’.

Que a través del dictado de la **Resolución DPN N° 00052/2017**, de fecha 19 de mayo de 2017, se dispuso, además, la creación del **Programa de Salud y Derechos Humanos**, con la finalidad de *‘identificar, intercambiar, promover y evaluar las buenas prácticas sobre los principios rectores que abrigan las ODS en materia de salud y, en su caso continuar formulando recomendaciones o exhortaciones al Estado Nacional’.*

3.

Que en esta instancia, corresponde evaluar la injerencia y relevancia que a ese respecto compete a las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos (INDH); proceso que realiza esta Institución, tal como lo ha manifestado a través de la implementación del *Programa de Seguimiento y Evaluación de los ODS-Agenda 2030*, iniciado en 2015 y de otras iniciativas y participaciones en foros internacionales, ostentando al respecto una postura de liderazgo para América.

4.

Que, en cuanto a cuestiones directamente vinculadas con la *Promoción y Protección de Derechos Humanos*, en materia de salud sexual y reproductiva, cabe señalar que con la sanción de la ley nacional N° 25.673, de Salud Sexual y Procreación Responsable, producida en 2002, denominada genéricamente ‘ley Nacional de Salud Sexual’, se estableció la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva con alcance nacional. En 2003, a través del dictado de su reglamento,

aprobado mediante decreto N° 1282/03, se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR).

Que en orden a la organización de origen constitucional asumida por el Estado Argentino, las provincias y la ciudad autónoma de Buenos Aires (CABA) pueden optar por adherir a la legislación nacional o sancionar sus propias leyes.¹

Que este factor influye en la implementación del PNSSyPR. El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva depende de los poderes ejecutivos locales, sin embargo el Estado nacional debe, a su vez, garantizar estos derechos para la población objeto. A este respecto la autoridad sanitaria nacional no realiza un monitoreo efectivo en todo el territorio, para verificar el cumplimiento de la referida legislación, que importa un compromiso internacional asumido libremente.

Que se advierten, también, otros problemas, que resultan de la falta de rectoría de la cartera sanitaria competente, que se vinculan con la falta de implementación de la guía de atención de los abortos no punibles; debilidades estructurales en la ejecución del programa de atención post aborto, e incierta distribución y provisión de métodos anticonceptivos incluidos en el Programa.

Que ante estas políticas erráticas, una de las consecuencias visibles se presenta por cuanto las adolescentes, en su mayoría, llegan a los servicios de salud reproductiva sólo cuando ya están embarazadas. En 2009 y 2010, las áreas con menor implementación a nivel nacional fueron las vinculadas con la pobre difusión del Programa y de las actividades de capacitación a los efectores; que tampoco fueron cubiertas por acciones de las provincias.

Que, entre los problemas que se verifican, aparece la relación entre la 'objeción de conciencia' en la práctica de los abortos legales, dado que en **Argentina**, los profesionales de salud de los establecimientos estatales, a nivel

¹ Poseen legislación 20 del total de jurisdicciones, la mayor parte anteriores a la ley nacional. http://www.conders.org.ar/legisla_prov.html.

individual, pueden aducir “objeción de conciencia” para evitar las prestaciones previstas por el Programa Nacional.

Que no hay regulación de carácter nacional al respecto; sin embargo a nivel local se observa que en la provincia de Santa Fe se implementó un registro público de ‘objetores de conciencia’.²

Que, otro de los aspectos a analizar son los de ‘carácter presupuestario’, es decir la doble responsabilidad emergente tanto de la nación como de las provincias, a los que se suma el nivel local, sin embargo ello no implica que las niñas y mujeres tengan siempre el acceso asegurado. La multiplicidad de autoridades responsables se traduce en falta de coordinación, además de las particularidades que ofrece cada jurisdicción, vinculadas con las inequidades propias que plantea la desigualdad estructural del sistema de salud, para responder adecuadamente.

Que en cuanto a las jurisdicciones que cuenten con presupuesto propio, permite, en ciertas ocasiones, la compra de insumos, cuestión que no ocurre en la mayoría de los casos. Se suma a ello la falta o escasez de presupuesto de los programas provinciales que impide que puedan suplirse las deficiencias y/o demoras en la provisión de métodos anticonceptivos por parte del Programa Nacional.³⁴

Que, con respecto al control social que prevé el propio Programa, en el orden nacional, se implementó una línea de asesoramiento y denuncia gratuita para todo el país (Línea Salud Sexual, 0800-2223444). Si bien la línea recibe consultas, otra vez, la difusión de su existencia y por ende su uso es todavía insuficiente.

² Pese a la legislación provincial el Hospital de Emergencias de Rosario, presentaba un equipo de gineco-obstetricia, cuya jefatura se declaró objetor, motivo por el que fue removido de su cargo.

³ Ej. la CABA, que cuenta con ley, tiene un presupuesto asignado que varía año a año. No suele ser suficiente para la compra de anticonceptivos, motivo por el que en gran parte la provisión la supe el Programa Nacional. Las diferentes modalidades de compra no facilitan la posibilidad de realizar las compras y distribución de insumos en tiempo y forma.

⁴ Que, a modo de ejemplo, en el año 2010 la ciudad autónoma de Buenos Aires ejecutó únicamente el 0,1% del presupuesto asignado para educación sexual y ha capacitó sólo a 2000 docentes de los más de 55.000 que se desempeñan en la ciudad⁴.

Que han existido algunos proyectos de monitoreo social, ejecutados por ONG's y grupos locales, desarrollado desde 2003, con la pretensión de realizar tal contralor en muchas ciudades de la mayoría de las provincias, sin embargo, por tratarse de una coalición de entidades no gubernamentales, enfrentaron limitaciones para realizar efectivamente la cobertura geográfica propuesta.

Esto mostró que la mayor parte de las jurisdicciones carecen de mecanismos idóneos para que las mujeres denuncien presuntas violaciones a sus derechos, en general, y en particular respecto de los sexuales y reproductivos.⁵

Que en cuanto a la distribución de *métodos anticonceptivos*, desde 2010 el Programa distribuyó los insumos, principalmente, a través de otro Programa existente –Remediar-, bimensualmente. Sin perjuicio de ello los problemas de disponibilidad persistieron, particularmente, con relación a los anticonceptivos inyectables.

Que los *anticonceptivos orales*, faltaron en la provincia de La Pampa, aunque se señaló que en el año 2009 eran 7 las jurisdicciones con problemas en la provisión continua de este método.

Que la *anticoncepción oral de lactancia* registró faltantes en las provincias de Misiones y Santiago del Estero; y, finalmente, se identificaron carencia de preservativos en las provincias de Salta, Mendoza y el municipio de Ituzaingó. En el caso de la provincia de Córdoba, consideran que la provisión del Programa Remediar era insuficiente y apelaban al Programa de VIH-Sida para garantizar la oferta.

Que, el Ministerio de Salud de la Nación emitió la Resolución N° 232/07, incorporando en el Programa Médico Obligatorio (PMO), la *Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)*. El Ministerio es el organismo que compra y distribuye esa

⁵ Mendoza, San Luis, Santiago del Estero y el Municipio de Ituzaingó, de la provincia de Buenos Aires, instrumentaron mecanismos de control, tales como líneas telefónicas gratuitas, así se supervisan a algunos efectores y se coordinan acciones con otros organismos de gobierno en ciertos casos que involucran a menores.

medicación. Pese a su inclusión en el PNSSyPR, la AHE sigue siendo un mecanismo poco difundido y posiblemente poco usado en el sistema de salud argentino, tanto público como privado, incluso en casos de violencia sexual contra las mujeres. En algunas jurisdicciones como la provincia de Córdoba, se han entablado acciones judiciales contra la fabricación y provisión de AHE.⁶

Que en las provincias de Salta, Mendoza y San Luis aún hay profesionales que consideran dicha medicación como abortiva, pese a las evidencias científicas en contrario, por lo tanto no la ofrecen, desalientan la demanda e incluso optan por no entregarla aunque fuese requerida. En otras jurisdicciones, como la provincia de Tucumán, no se la considera eficiente. Finalmente, en la provincia de La Pampa la provisión de AHE no es suficiente, y el PNSSyPR no envía mayores cantidades por considerar que puede estar realizándose un uso incorrecto de la medicación.

Que el acceso a la AHE debe ajustarse al requisito implementado por el entonces Programa Remediar, que apuntaba a llevar el control administrativo de la entrega de los métodos de anticoncepción, en tanto exigía la presentación del Documento Nacional de Identidad para proceder a su entrega. Este mecanismo lleva inevitablemente a disminuir la demanda, si bien es una forma de controlar la provisión nominalizada, para que las provincias rindan cuentas del uso de los insumos.

Que también han existido algunas faltas puntuales, del *dispositivo intrauterino (DIU)*, que resulta, sin embargo, un avance parcial, ya que en años anteriores este método fue muy resistido por efectores de salud y funcionarios/as de los ministerios respectivos⁷

⁶ En 2005 la organización Portal de Belén denunció a los laboratorios Raffo por la fabricación de la AHE, 'Segurité' argumentando que se trata de un medicamento abortivo peligroso para la salud.

⁷ Santiago del Estero, Misiones, Jujuy y los Municipios de Ituzaingó, San Miguel, Tres de Febrero y San Fernando en provincia de Buenos Aires.

Que, en cuanto a la *anticoncepción quirúrgica*, prevista desde 2006 por medio del dictado de la ley nacional N° 26.130, por la que se aprobó el '*Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica*', tiene el propósito de poner fin a los obstáculos que enfrentaban las mujeres al ser derivadas para judicializar la autorización necesaria para la práctica.⁸

Que entonces, sólo algunas provincias adhirieron o sancionaron sus propias leyes sobre la materia.

Que, sin embargo, el acceso no se facilita, mediante la exigencia de requisitos que la norma no prevé, tales como autorización del cónyuge o conviviente, imposición de límites de edad, informes psicológicos⁹, conocimiento de la cantidad de hijos o consultas con diversos profesionales de la salud, o a través de la pretensión de cobro de la prestación.

Que en algunos casos la cuestión se vincula con el temor de algunos profesionales de quedar desprotegidos legalmente en el contexto de un juicio por mala praxis, derivando entonces en el ejercicio, de lo que se denomina, medicina defensiva.

Que el desconocimiento se impone pese a la publicación, escasamente difundida, de la Guía sobre Ligadura Tubaria, del Ministerio de Salud de la Nación, mediante la que se orienta, a través de información clínica, epidemiológica y el marco legal¹⁰. Algunos ejemplos de estas dificultades se verificaron en la provincia de Tucumán que exhibió un alto grado de *objeción de conciencia* entre los efectores de salud; en 2009, en la provincia de Mendoza, se detectaron *tiempos de espera* de hasta un año para su realización (en 2010 la situación había mejorado, aunque continuaban algunas demoras). En marzo de 2010 en la provincia de Entre Ríos,

⁸ Conf. ELA, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (2006), Informe sobre género y derechos humanos (2005) Bs. As, Ed. Biblos.

⁹ Tal el caso de la provincia de Córdoba.

¹⁰ http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/ligadura_tubaria.pdf

una mujer con 9 hijos, que había solicitado una ligadura que no se realizó y murió a pocos meses del parto¹¹.

Que, otro aspecto significativo está dado por las cuestiones que hacen a la *educación sexual*; así en 2006 se sancionó la ley N° 26.150, que estableció el derecho de todos los alumnos a recibir educación sexual integral¹² y creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Recién en agosto de 2008 se firmó la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" y el Programa comenzó a funcionar.

Que hasta el mayo de 2017, únicamente, en 10 provincias se sancionaron leyes de educación sexual, son éstas las provincias de Buenos Aires, Chaco, Formosa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe, Tierra del Fuego y la CABA.

Que, el Programa incluye contenidos novedosos y ha desarrollado una serie de documentos con los lineamientos curriculares y estrategias que parecen acertados¹³. Sin embargo, en algunas jurisdicciones resistentes a la integración curricular, la distribución no fue lo suficientemente efectiva y no tuvo la difusión

¹¹ El Hospital Rawson de Córdoba, sería la contracara, ya que pese a solicitar informes clínicos, sociales y psicológicos que no son exigidos por la legislación en vigor, realiza las prácticas en un lapso no mayor a dos semanas, por ese motivo recibe derivaciones de otros puntos de la misma provincia.

¹² Art. 1º: '...Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincia, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos'.

Art.5to.'...Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal garantizarán la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.'

¹³ http://www.me.gov.ar/me_prog/esi.html?mny=esi&mny=_obj&carpeta=esi

necesaria, comenzando recién a partir de 2009¹⁴ Pese a los avances, las capacitaciones dirigidas a docentes continúan siendo insuficientes. La cifra total de docentes capacitados/as entre (2009/2012) llega al 4,5% del total de docentes en **Argentina**, que según el censo de 2004 era de 825.250 docentes en todo el país¹⁵.

Que entre los desafíos que señalaba la Coordinación del Programa existen dificultades en el afianzamiento del enfoque de derechos y la perspectiva de género; la inseguridad que sienten los equipos docentes a la hora de instalar los contenidos de educación sexual integral en las aulas, la dificultad y el temor en el diálogo con las familias, la falta de compromiso de algunos docentes y sectores directivos con el tema y ciertas dificultades institucionales de implementación. Otro tema estaría dado por el enfoque de algunos materiales creados a nivel local, dado que pueden resultar más restrictivos e incluso incorrectos que los incluidos a nivel nacional. En otras, sin embargo, se percibió mayor apertura¹⁶.

Que en **Argentina** el *aborto* está tipificado por el Código Penal como un delito contra la vida, establece reclusión o prisión para quien lo efectúa, como también para la mujer que se causara o consintiera esa práctica. El artículo 86 del Código Penal reconoce determinadas excepciones en las que el aborto no es punible, así cuando es practicado por un médico con el consentimiento de la mujer, si se practica para evitar un peligro para la **vida** o la **salud** de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios, y si el embarazo proviene de una **violación** o de un **atentado al pudor** cometido sobre una mujer idiota o demente.

¹⁴ UNICEF 'Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral': '...si bien (los/as entrevistados/as) contaban con cierta información, ésta era extremadamente escasa y vaga. Es decir, la mayoría desconocía totalmente los objetivos de la ley y su alcance. Varios/as señalaron sólo conocer que se trataba de 'una ley polémica por la oposición de la iglesia'.

¹⁵ La Coordinación del Programa Nacional, señalaba como importante avance en la implementación del Programa el aumento en las 'actividades de capacitación docente que pasaron de casi 7900 en 2008 a casi 17.000 en el 2011, en 2012, no habiendo finalizado el año estaban en los 12.443'. En algunas provincias, la capacitación de los docentes de escuelas públicas fue emprendida, con anticipación, por instituciones confesionales que imparten educación y la capacitación según sus propios criterios, sin monitoreo.

¹⁶ Por ejemplo, Tucumán, La Pampa, Formosa (esporádicamente), provincia de Buenos Aires.

En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para realizar el aborto.

Que pese a que la legislación contempla causales en las que el aborto no es punible, las mujeres en esas situaciones históricamente no han podido acceder a un aborto legal y seguro en los servicios públicos de salud. Los profesionales de estos servicios han insistido siempre en exigir autorización judicial para proceder a interrumpir el embarazo, sea por desconocimiento de la ley penal, o bien por temor a persecuciones y denuncias.

Que mayores dificultades aún enfrentan las víctimas de violación ya que, pese a estar contempladas dentro del permiso legal, las respuestas a sus pedidos de *aborto no punible* es todavía, generalmente, restrictiva, reservada casi exclusivamente a mujeres violadas con discapacidad mental.

Que la interpretación amplia, fue avalada incluso por fallos judiciales de primer y segunda instancia, y también, por la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina (CSJN), Tribunal *que considera que el aborto no es punible en cualquier caso de violación*.

Que en 2007, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló una “Guía Técnica para la Atención de Abortos No Punibles”, con el propósito de garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, guía que fue actualizada en el año 2010, adaptada al fallo de la CSJN.

Que en julio de 2010, el Estado argentino anunció en la sesión correspondiente ante el Comité de la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW son sus siglas en inglés), que esta última versión había sido elevada al rango de resolución ministerial. La medida era largamente reclamada por el movimiento de mujeres y fue replicada por los medios argentinos que incluso divulgaron el número de la resolución firmada por el entonces titular de la cartera sanitaria.

Que, sin embargo seguidamente, el Ministerio de Salud emitió un confuso comunicado negando que hubiera suscripto la resolución, y desdiciéndose de lo afirmado por los representantes del Estado ante el Comité de la CEDAW, pero sin manifestar claramente cómo afectaba tal circunstancia la vigencia de la Guía. La sesión ya había finalizado, con lo cual la situación no pudo aclararse.

Que si bien la Guía se encontraba disponible en el portal del Ministerio de Salud de la Nación, la falta de dictado de una norma que le otorgase jerarquía suficiente junto con la aparente falta de voluntad política para su difusión e implementación, hacen que su aplicación resulte irregular.

Que en 2007, varias jurisdicciones locales dictaron resoluciones ministeriales que aprobaron *protocolos de atención para los casos de aborto no punible*. Tal es el caso de la Ciudad de Buenos Aires¹⁷, y la ciudad de Rosario¹⁸, la Provincia de Buenos Aires¹⁹, y la de Neuquén²⁰. En 2009, la Provincia de Santa Fe adhirió a la Guía Técnica del Ministerio²¹. En 2010, Chubut se convirtió en la primera provincia del país en instrumentar la implementación del art. 86 CP de forma legislativa²². Las excepciones son la provincia de Catamarca, Corrientes, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

Que dicha guía fue complementaria del “Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales”, que el Ministerio de Salud desarrolló a finales de 2011, con la colaboración de especialistas fuera ratificada por el Consejo Asesor de la Sociedad civil del PNSSyPR. Allí establece la procedencia del aborto no punible en casos de abuso sexual, con similares lineamientos que los contenidos en el mencionado fallo de la CSJN. Sin embargo, la Guía fue retirada del

¹⁷ Resolución 1174/2007.

¹⁸ Ordenanza 8186/2007.

¹⁹ Resolución 304/2007.

²⁰ Resolución 1380/2007.

²¹ Resolución 887/2009.

²² Ley nº 709/1010.

Portal del Ministerio de Salud, poco después de su lanzamiento debido a las dificultades impuestas para la realización de un aborto que sufrió una niña violada de 11 años en la provincia de Entre Ríos, en enero de 2012²³.

Que las consecuencias de la obstaculización sistemática del acceso al *aborto no punible* han provocado daños físicos y psíquicos a las mujeres, incluso, en algunos casos, la muerte. Un ejemplo de esto ha sido el caso de la joven A.M.A²⁴, quien siendo paciente oncológica y estando embarazada, murió por la negativa de los médicos tanto a realizarle el aborto terapéutico que solicitó, como a brindarle tratamiento para su dolencia, argumentando que dicho tratamiento era incompatible con el embarazo. Otro, fue el caso, de una mujer en la provincia de Entre Ríos, quien por padecer una cardiopatía severa que, implicaba un embarazo de alto riesgo para su vida, solicitó un aborto no punible que le fue negado por los médicos. Luego de 4 meses de internación en un hospital, alejada de su familia, llegó a dar a luz, aunque, como consecuencia de ello, sufrió un accidente cerebro vascular que la dejó paralizada de por vida²⁵.

Que los problemas de inaccesibilidad para la concreción de un aborto no punible motivaron, oportunamente, que un grupo de ONG's²⁶ llevara adelante un litigio internacional ante el Comité de Derechos Humanos de ONU²⁷. Se trataba de una joven de 19 años que padecía una discapacidad mental, víctima de una violación, que solicitó un aborto no punible que no fue atendido por el Estado. Aunque la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires autorizó la

²³ <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-185638-2012-01-17.html>.

²⁴ Caso Acevedo, 'Requerimiento de Instrucción Fiscal N° 1, referido a la muerte de Ana María Acevedo', seguido contra lo profesionales médicos. OSJ, Fallo 566, Observatorio de Sentencias Judiciales, www.articulacionfeminista.org.

²⁵ <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-178801-2011-10-13.html>

²⁶ CLADEM Argentina, CDD ARGENTINA, INSGENAR, CTA/Area de Género, formalizaran una petición ante el Comité de DDHH.

²⁷ Caso LMR c/ Argentina, 1608/2007.

práctica, no pudo llevarse adelante por invocación de argumentos religiosos y a la “objeción de conciencia” opuesta²⁸, por quienes debieron realizar la práctica.

Que el Comité de DDHH de la ONU condenó a la **Argentina** por violación a los artículos 7, 17 y 2, párrafo 3 en relación con los artículos 3, 7 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El dictamen estableció que **Argentina** debía proporcionar a L.M.R. medidas de reparación que incluyesen una indemnización adecuada. El Estado argentino tiene también la obligación de tomar medidas para evitar que se cometan violaciones similares en el futuro, dar difusión al dictamen del Comité e informar, en un plazo determinado las medidas que hubiere adoptado para aplicar el dictamen. Sin embargo, hasta el 2012, el Estado Argentino no sólo no había tomado tales medidas, sino que tampoco adoptó las previsiones para que no se repitan estas situaciones, incumpliendo sus obligaciones ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU²⁹.

Que, tal como se señalara previamente, el 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia Argentina se pronunció en autos ‘*FAL s/medida autosatisfactiva*’, respecto del alcance del permiso para el ‘*aborto en casos de violación*’, establecido en el artículo 86, inciso 2, del Código Penal Argentino. Allí reafirmó que el aborto, en caso de violación, es un derecho que asiste a las mujeres. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación establece que *no es obligatoria una denuncia previa por violación; deben eliminarse las barreras institucionales y burocráticas; Los servicios públicos de salud están obligados a*

²⁸ La decisión de la CSJ de la provincia que autorizó la interrupción del embarazo en el fallo RLM, NN persona por nacer. Protección. Denuncia, está disponible en Observatorio de Sentencia Judiciales, www.articulacionfeminista.org.

²⁹ La inaccesibilidad al aborto no punible hizo que distintos organismos internacionales de derechos humanos llamaran la atención sobre las acciones o la negación de los derechos en Argentina. En las respectivas recomendaciones finales dirigidas al Estado Argentino, tanto el Comité de Derechos Humanos, como el Comité de Derechos del Niño, la CEDAW y el Comité DESC han mostrado su preocupación por la falta de acceso al aborto, así como por la falta de acceso al aborto permitido, así como a causa del índice de mortalidad materna. El Comité de la CEDAW instó al Estado a que ‘revise la legislación vigente que penaliza el aborto, que tiene consecuencias para la salud y la vida de las mujeres.

realizar los abortos no punibles; las autoridades de salud deben capacitar a funcionarios y efectores de salud de manera acorde a este fallo; debe darse difusión pública sobre los derechos que asisten a las víctimas de violación y que debe asistirse a mujeres víctimas de violencia.

Que este fallo no ha merecido pronunciamiento público por parte de la autoridad política sanitaria del país. De hecho, algunas organizaciones requirieron al Ministro de Salud de la Nación que se expida sobre el fallo y que convoque una reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) para acordar con los ministros de salud provinciales la atención de *abortos no punibles*. Algunos gobernadores y ministros provinciales manifestaron públicamente sus dudas respecto a la adhesión de las provincias al fallo de la Corte Suprema³⁰.

Que aunque aún no puede evaluarse la implementación del mentado fallo, se conoce que las jurisdicciones de Chubut y Santa Fe cuentan con protocolos sanitarios que se corresponden con los criterios sentados por la CSJN.

Que sin embargo, la CABA, la Provincia de Buenos Aires y Neuquén mantienen protocolos que permiten el aborto de forma restrictiva, sólo con relación a mujeres con discapacidad mental; además exigen requisitos tales como denuncia policial previa e incluso, algunos, declaración de insania, obligaciones no previstas por el pronunciamiento judicial.

Que con posterioridad a la sentencia de la Corte Suprema, el gobernador de la provincia de Salta dictó un decreto³¹, mediante el que reconoció el derecho al aborto en todos los casos de violación, con la asistencia tutelar del Ministerio Público. Por su parte, la provincia de Córdoba sancionó un protocolo que impone un límite de edad arbitrario.

Que debido a causas vinculadas con el embarazo, parto o puerperio, fue objetivo de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo –CIPD–,

³⁰ Salta, Mendoza, La Pampa.

³¹ 1170/12.

fijar una meta de reducción de la *morbi-mortalidad materna*, derivada de abortos practicados en condiciones de riesgo, destacando que dicha reducción constituyó en el año 2000 uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM 5), que **Argentina** asumió.

Que de acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación la *razón de mortalidad materna (RMM)* del año 2011 fue de 40 x 100.000NV; 302 mujeres murieron ese año por complicaciones del embarazo, aborto inseguro, parto o puerperio³². Los datos confirman que la tendencia de la RMM se asemeja a una meseta y que la situación no ha variado significativamente en los últimos veinte años. Para que Argentina cumpla con la meta de reducir la RMM en un 5,5% anual para el año 2015 (ODM), la ERMM debería llegar a 13 x 100.000NV pero dado el ritmo de descenso que se observa (1% anual) la RMM se calculó en 38,2 x 100.000NV para dicho año, una magnitud 3 veces superior a la comprometida.

Que la RMM por provincia muestra grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a los servicios, la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y la calidad de la atención; más de la mitad de las provincias, 13 de 14 superan la RMM nacional y 4 llegan a duplicarla o triplicarla, (Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones). La estructura de las causas de muerte ha variado poco en los últimas dos décadas. Las complicaciones relacionadas con el *aborto inseguro* siguen siendo la primera causa obstétrica directa de la mortalidad materna, cuyo aumento se registró en mujeres menores de 15 años. En los hospitales públicos del país se reconocen alrededor de 60.000 internaciones por abortos inseguros al año³³. Estos causaron el 20,5% de las muertes maternas, según el boletín informativo del Ministerio de Salud de 2010. Considerando las estadísticas oficiales, el número de

³²La OPS, UNICEF y UNFPA publicaron un documento en el que presentan las cifras corregidas en razón de MM, debido a la existencia de subregistros cuando se trata de abortos. Según estos estudios el valor asciende a casi el doble de la oficial.

³³OSSyR, 'Sala de situación, en base a egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico publicado por la DEIS, www.ossyr.org.ar

mujeres fallecidas por abortos inseguros en el período 2006-2010 ascendió a 384, lo que implica un promedio de 77 mujeres fallecidas por año por esta causa.

Que el *aborto inseguro*, es la primera causa directa de mortalidad materna; sólo un cuarto de estas muertes se registran, ya que mayoritariamente, ocurren en mujeres de escasos recursos y muy jóvenes.

Que tomando como base la información proveniente de los hospitales públicos del territorio nacional, se reconocen casi 60.000 internaciones por abortos inseguros al año.³⁴ Del total, alrededor del 15% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años, y cerca del 50% a mujeres de entre 20 y 29 años. En la última década, la mortalidad por aborto aumentó en las mujeres menores de 15 años, y las mujeres muertas por abortos fueron más jóvenes que quienes fallecieron por otras causas vinculadas a la maternidad.

Que, con relación a la *fertilización asistida*, por tratarse de otro de los aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva, cabe señalar que la ley nacional que la regula, como su reglamento garantizan la cobertura integral en cuanto al acceso a las técnicas, medicamentos y abordaje para cualquier persona, mayor de edad. Sin perjuicio de que la previsión abarca al sector público, de la seguridad social y privado; algunas provincias no adhirieron a la ley nacional ni cuenta con legislación propia³⁵.

Que, a su vez, en **Argentina**, no está regulado el status jurídico de los embriones congelados, por tal motivo, entre otros aspectos, los centros de fertilización conservan el material genético, sin que exista certeza respecto de su destino.

Que la legislación no ha previsto el acceso en situaciones como las que involucran a hombres solos, parejas de hombres y mujeres imposibilitadas de gestar,

³⁴ OSSyR, Sala de situación, en base a egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico publicados por la DEIS, www.ossyr.org.ar, a marzo de 2010.

³⁵ Son las provincias de Catamarca, Córdoba, Corrientes, Formosa, Jujuy, Mendoza, Salta, San Juan, Santiago del Estero, Tucumán y CABA.

cualquiera fuese el motivo; en tal sentido sería la gestación por sustitución la posible solución para estos casos. Regulada en algunos países, prohibida por otros y como en el caso de **Argentina**, no ha sido prevista. En tal sentido cabe recordar que en el ante proyecto del Código Civil y Comercial de la Nación, esta cuestión había sido contemplada, pero al sancionarse dicho cuerpo legal la previsión fue excluida.

Que, sin perjuicio de ello, de acuerdo con artículo 19 de la Constitución Nacional, la práctica, en principio, no estaría prohibida, lo cierto es que para que la o las personas que han tenido la voluntad procreacional adquieran el standard de progenitores deben recurrir a la Justicia para impugnar la maternidad de la mujer que hubiese dado a luz.

Que, en lo que respecta a la atención *pre y post aborto* se señala que en el año 2010, el PNSSyPR comenzó a implementar Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva. En el año 2011 incorporaron la ejecución de la consejería pre y post aborto, tomada de la experiencia de *Uruguay*, apuntando a la reducción de la mortalidad materna por abortos inducidos. Esto supone algún avance en el tratamiento desde el sistema de salud del problema del aborto.

Que se formaron algunos prestadores sobre el tema en la provincia de Buenos Aires, la CABA y la provincia de Santa Fe. A diferencia de la experiencia de *Uruguay*, donde la propuesta se hizo extensiva a todo el sistema de salud, en este caso se trabaja en los lugares donde hay profesionales interesados en realizarlas, lo que supone un límite para el alcance de una política pública que debiera implementarse en todo el territorio nacional.

Que si bien la regulación de la atención del *post aborto* lleva ya algunos años, la política pública en materia de esa atención dista aún de ser apropiada, tanto en términos de la calidad técnica de las prestaciones ofrecidas a las mujeres como la relativa a la calidad de trato que éstas reciben.

Que en **Argentina** se produce un *aborto clandestino* por cada dos nacimientos. Según las cifras del Ministerio de Salud, en 2009 se registraron 745.000 nacidos vivos. Estimaciones realizadas en 2006 indicaron que en el país se practicaron entre 486.000 y 522.000 abortos clandestinos al año. El número de abortos clandestinos evidencia que el efecto disuasivo que pretende la ley sobre las mujeres, no es efectivo, señalando el fracaso de las políticas de educación sexual y la dificultad en el acceso a los métodos de anticoncepción.

Que en la actualidad sectores del país reclaman la despenalización y legalización del aborto y la modificación de la legislación para lograr que el Estado garantice, sin discriminación de ningún tipo, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación en los hospitales públicos. Este reclamo se presenta con vigor, teniendo en cuenta la sucesión de casos con amplia repercusión mediática.³⁶

Que en 2011, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, un movimiento de la sociedad civil que se integró formalmente en 2005, formado por alrededor de 300 organizaciones, cuyo lema es "*Educación sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir*", logró que se discutiera en el Congreso Nacional por primera vez en la historia el proyecto Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hasta la semana 12 de gestación. La jornada culminó con un dictamen de mayoría en la Comisión de Asuntos Penales de la Cámara de Diputados.

Que, sin embargo, seguidamente el pronunciamiento fue impugnado. Ninguna autoridad se pronunció al respecto, pero al finalizar el año legislativo, el proyecto perdió estado parlamentario. En marzo de 2012 el proyecto de la Campaña Nacional volvió a presentarse ante el Congreso Nacional, sin que hasta el presente la situación hubiese logrado la sanción de una ley al respecto.

³⁶ Un ejemplo ocurrido en la provincia de Salta, es el vinculado con una niña de 13 años que murió a causa de un aborto séptico.

Que la ONU³⁷ por medio del Comité de expertos que examina la implementación de los Estados parte del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, recomendó a la **Argentina** revisar la legislación sobre el *aborto*.

Que en sus conclusiones finales correspondientes al Informe de país, el Comité expresó preocupación por el '**caso Belén**', una joven de la provincia de Tucumán, de 27 años, condenada a 8 años de prisión, por homicidio agravado como consecuencia de una supuesta alegación de aborto ilegal. Este caso data de 2014, encontrándose resuelto pues la joven fue ³⁸liberada -agosto/2016-.

Que el Comité 'recomendó' a la **Argentina** que introduzca excepciones adicionales a la prohibición del aborto, que incluyan los casos de embarazos por violación, sin importar la capacidad intelectual o psicológica de la víctima. Indicaron los miembros del Comité que el caso impactó a los expertos, quienes pidieron que fuera revisado, exigiendo la liberación de la mujer. Los expertos mostraron inquietud por los índices de embarazos en adolescentes y de abortos clandestinos que han desembocado en mortalidad materna.

Que precisaron que la preocupación se centra en que las mujeres que no cuentan con recursos recurren a la realización de abortos clandestinos, cuestión que pone en riesgo sus vidas. Refieren que la penalización del aborto pone en peligro la integridad de las personas que no tienen ninguna alternativa.

Que, según este Comité el Estado Argentino debe asegurar que todas las mujeres y niñas puedan acceder a servicios de salud reproductiva en todas las regiones del país, intentando garantizar la integridad de estos grupos, y que las barreras legales, el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los trabajadores de la salud y la falta de protocolos médicos, no las obligue a recurrir al aborto clandestino.

³⁷ Fuente: ONU=www.un.org/spanish/News/sotry.asp?NewsID=35453=

³⁸ La Nación 27/03/2017

Que por medio de un fallo, de fecha 28 de junio de 2016, dictado por la Justicia Nacional Criminal de Instrucción, a través del Juzgado N° 16, se sobreseyó a una mujer víctima de violencia de género, sosteniendo que el embarazo podría ser el resultado de un abuso sexual y que su continuidad, en tales circunstancias, pondría en peligro, la salud mental de la imputada.³⁹

Que la Magistrada actuante sobreseyó a la mujer y a las médicas de un Centro de Salud, dependiente de la ciudad autónoma de Buenos Aires –CABA-, que la asistieron, al suministrarle información y la medicación necesaria para producir la interrupción del embarazo, además señaló: ‘...los Jueces tenemos la obligación de garantizar los derechos...’ y ‘...nuestra intervención no puede convertirse en un obstáculo para ejercerlos, ya que quedan exclusivamente reservados a lo que decidan la paciente y su médico...’.

Que el fallo se encuentra firme, no fue apelado. Entre sus fundamentos la Magistrada se refirió al Fallo FAL, dictado por la CSJN en 2012, que indicó los alcances de los permisos para abortar en Argentina, los Tratados de Derechos Humanos aplicables, como así la definición de salud que pregona la OMS, indicando que *la salud es un concepto que ampara el derecho a la salud en forma integral*.

Que este pronunciamiento implica un avance en la consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que –como en el caso- son además víctimas de violencia de género, la mirada integradora del decisor siembra el camino que debe evitar la judicialización innecesaria de cuestiones contempladas por la legislación en vigor, cuya interpretación requiere una apreciación integral de las normas, aún las previstas por el ordenamiento penal.

³⁹ Página 12, 4/08/16, Últimas Noticias, Cuando la Justicia garantiza los derechos.

Que la postura de **Argentina**⁴⁰, con relación a los temas vinculados con sexualidad y reproducción, incluido el aborto, debió cambiar a partir de 1994, cuando se realizó la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo, sin embargo aún quedan pendientes importantes desafíos.

Que, si bien, estos derechos están incorporados a la agenda de políticas públicas, mediante legislación nacional y local, se observan inequidades en la implementación de tales políticas y barreras para el acceso a los servicios y, por ende, al ejercicio de algunos derechos.

Que la sanción de la ley nacional que promovió la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), impulsó la sanción de leyes provinciales como así la adhesión de algunas jurisdicciones. Sin embargo su aplicación continúa siendo desigual y su implementación, heterogénea. Cuatro de las 24 jurisdicciones, Catamarca, Formosa, San Juan y Tucumán, no disponen de leyes sobre salud sexual y reproductiva⁴¹.

⁴⁰ Fuente: Informe de la Alianza de Organizaciones de la Sociedad Civil sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014. Argentina/junio 2013.

⁴¹ Mientras que las provincias de Catamarca, Formosa, San Juan y Tucumán no cuentan con leyes provinciales ni adhieren a la Ley Nacional, la provincia de Salta tiene una ley provincial que aún no ha sido reglamentada. Las provincias que sí tienen ley son: Buenos Aires, Ley 13.066 Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 418 de 2000, de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; Corrientes, Ley 5.146 de Programa provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable y por la Ley 5.527 adhiere a la ley nacional 25.673; Chaco, Ley 4.276 Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable; Jujuy, Ley 5.133 Creación del Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual; La Pampa, Ley 1.363 creación del Programa de Procreación Responsable; Mendoza, Ley 6.433 creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva; Misiones, Decreto 92/98 Creación del Programa Provincial de Planificación Familiar Integral; Neuquén, Ley 2.222 crea el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva; Río Negro, Ley No 3.059 Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana y Ley 3.157. (P.L.P) Prevención, control y asistencia integral de enfermedades de transmisión sexual; Salta, Ley 7.311 Régimen para la promoción de la responsabilidad en la sexualidad y en la transmisión y cuidado de la vida y Ley 6.660

Que también debe considerarse la situación de las poblaciones que se encuentran alejadas de los centros urbanos y cuyo acceso a los servicios es aún más dificultoso, tal como la falta de adecuación de los servicios de salud sexual y reproductiva destinados a usuarios en virtud de su cultura, costumbres, identidad, agregándose a ello las dificultades de acceso del colectivo LGTTTBQI, que se refleja en la presunción de heterosexualidad en los servicios de ginecología y obstetricia, además de la falta de conocimientos y disponibilidad de métodos preventivos de VIH e ITS, para mujeres y falta de consultorios para brindar asesoramiento a las personas trans.

Que también sucede respecto de las *mujeres viviendo con VIH*, en tanto sufren dificultades en los servicios de salud sexual y reproductiva, desconociendo la doble protección que muchas solicitan y a quienes se entregan sólo preservativos como método anticonceptivo, aún en los casos en que desean tener hijos no obtienen el suficiente asesoramiento, acompañamiento y contención del equipo de salud, que desde las distintas instituciones académicas, universidades, centros de educación terciaria, etc, no reciben una instrucción que tome en cuenta estas particularidades.

Que, métodos como la **anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)**, incorporada al Programa Médico Obligatorio –PMO- en 2007, el **dispositivo intrauterino (DIU)** y la **anticoncepción quirúrgica**⁴² son las prestaciones que presentan mayores obstáculos para el acceso. En el caso de la AHE, se trata de un

Control y prevención de las enfermedades de transmisión sexual; San Luis, Ley No. III -0069 – 2004 Adhesión a la ley 25.673 programa de salud sexual y procreación responsable; Santa Cruz, Ley No. 2.656 Adhesión de la Ley Nacional 25.673; Santa Fe, Ley 11.888 Creación del Programa Provincial de Salud reproductiva y Procreación Responsable; Santiago de Estero, Ley 6.759. (P.L.P.) Programa Nacional de Sexualidad y Procreación Responsable. Adhesión de la Provincia a la Ley nacional 25.673; Tierra del Fuego, Ley 509 Creación el Régimen Provincial de Salud; Sexual y Reproductiva.

⁴²Ley 26.130, del 2006.

método poco difundido y utilizado tanto en el sistema público como en el privado de salud. Se trata no sólo de cuestiones ideológicas, sino también de deficiencias en la organización de los servicios, donde no se encuentran disponibles en las guardias o en los consultorios externos durante las 24hs. Otras peticiones adicionales como la exigencia de receta médica y el DNI atentan contra la confidencialidad del servicio.⁴³

Que con relación al **DIU**, aparecen barreras en algunas provincias debido a la discrecionalidad de las autoridades sanitarias y los profesionales que no habilitan su disponibilidad. En algunos servicios de salud el dispositivo no es colocado y/o no se practica ligadura tubaria debido a objeciones de los Servicios competentes. Se plantean, entonces, objeciones ideológicas, y se exigen requisitos no contemplados por las normas⁴⁴. Por su parte la vasectomía es una práctica casi inexistente y poco difundida en los servicios de salud públicos, pese a encontrarse legislada.

Que, en su caso, la falta de regulación de la **objeción de conciencia**, que puede ser aducida por los profesionales de los establecimientos estatales de salud, para no brindar la prestación requerida, se advierte que ello atenta contra el acceso universal. Se detectaron también formas encubiertas de objeción de conciencia que colocan obstáculos para acceder a prestaciones del Programa Nacional y a los abortos permitidos por la ley, en abierta violación a las normas en vigor. Su falta de regulación opera de modo de permitir conductas discrecionales y arbitrarias.⁴⁵

Que el **acceso a la información** en Argentina aparece como deficiente, en cuanto a la producción de información estadística sistemática, de cobertura nacional, de calidad controlada y con la posibilidad de ser desagregada por edad,

⁴³Se detectó dicha situación en las provincias de Salta, Mendoza, San Luis, Jujuy, Tucumán y Formosa.

⁴⁴Autorización del cónyuge o conviviente, límites de edad, informes psicológicos, análisis prequirúrgicos, determinado número de hijos o revisiones con diferentes profesionales de salud. Detectándose tal situación en las provincias de Santiago del Estero, Tucumán, Mendoza, Córdoba.

⁴⁵A nivel local, la única excepción se encuentra en la provincia de Santa Fe, en donde se implementó un registro público de objetores de conciencia.

sexo y otras condiciones sociales, tampoco se cuenta con información vinculada con determinadas prácticas, resultados e impactos sanitarios de las políticas vigentes.

Que además la escasa información existente no es fácilmente accesible, ello pese a las recomendaciones del último informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.⁴⁶, de la CEDAW⁴⁷ y Comité DESC⁴⁸. El Estado Argentino requiere una ley de acceso a la información pública, vinculada con estos temas, que imponga a las agencias y poderes del Estado –nacionales, provinciales y municipales- producir, publicar y proveer información, situación que coloca a la **Argentina** en un lugar de retraso con relación a otros Estados de la región y del mundo.⁴⁹.

⁴⁶La Comisión Interamericana de Derechos Humanos afirma: “es necesario enfatizar la necesidad de garantizar el derecho a la información para que sea completa, fidedigna, universal, accesible, con perspectiva de género en los procedimientos, la confección de estadísticas e instrumentos de divulgación de la normativa y publicación sobre quienes se pronuncien como objetores de conciencia, sumando la sanción a funcionarios que no la faciliten. (“Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos” Comisión Interamericana de Derechos Humanos OEA/Ser.L/V/II.Doc.61-2 noviembre 2011-Original: Español).

⁴⁷CEDAW, Recomendaciones Argentina, 2004. Ver también Informe Alternativo presentado por las organizaciones ANDHES, El AGORA, ELA, MEI y PRADE 2008. El Comité CEDAW reparó en la necesidad de que Argentina avance en la producción de datos desagregados por sexo así como en el desarrollo de relevamientos específicos que permitan volcar para su análisis la situación de las mujeres en distintos ámbitos.

⁴⁸ONU, Comité DESC, Recomendaciones Finales 2011, párr. 11. Además de subrayar la importancia de disponer de datos fiables y completos para la elaboración y la aplicación de políticas públicas, recomendó al Estado a adoptar las medidas necesarias para que sus estadísticas oficiales sean comparables con los datos obtenidos por las instituciones internacionales pertinentes.

⁴⁹De acuerdo al relevamiento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de 2011, los países de la región que cuentan con legislación en materia de acceso a la información son: Antigua y Barbuda, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, y

Que en cuanto a la **información sobre Servicios Salud Sexual y Reproductiva**, se percibió un tenue avance en cuanto al uso de material de difusión, sin embargo no existen campañas sistemáticas, masivas y anuales como lo establece la ley, siendo una de las áreas de menor desarrollo, desde que se implementó el Programa, la de difusión y capacitación a los efectores, estrategias de la que tampoco se ocuparon los estados provinciales.

Que si bien la **participación de la sociedad civil**, prevista por el Programa, está dada por un Consejo Asesor Nacional con representación de la sociedad civil, este mecanismo no fue replicado en las provincias, pese al reclamo de organizaciones y distintos grupos de mujeres.

Que con relación al **acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual**, cabe señalar que las necesidades de esta población en esta etapa del ciclo vital y particularmente el respeto de los derechos contemplados en los Tratados y Pactos Internacionales, continúa siendo una asignatura pendiente. Se plantean exigencias, tales como que sean acompañados por un mayor de edad, se cobran las prestaciones o se rechaza la provisión de un método anticonceptivo, entre otros. Dificultades para brindar atención en espacios confidenciales, seguros y de calidad aún en servicios especiales para adolescentes. El acceso al sistema de salud y el

Uruguay. Argentina cuenta con una ley particular en materia de acceso al derecho a la información pública ambiental y un decreto que vincula al Poder Ejecutivo Nacional. Por su parte, Bolivia cuenta con un decreto de acceso a la información en materia de la gestión del Poder Ejecutivo. CIDH. Informe Anual 2011. OEA/Ser.L/V/II. Doc 69. 30 de diciembre de 2011. Cabe agregar que recién se dictó la Ley 27275 de Libre Acceso a la Información Pública.

Volumen II: Informe Anual de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Capítulo III. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/informes/anuales/2012%2003%2021%20Informe%20Anual%20RELE%202011%20impresion.pdf>

18Informe conjunto sobre el derecho de acceso a la información pública en la República Argentina. ADC y otros. 2012. Disponible en: http://www.adc.org.ar/sw_contenido.php?id=941

fomento del uso de los servicios de salud sexual, debe enfatizar la atención integral y los cuidados preventivos de esta población que resulta altamente vulnerable.

Que en cuanto a las **mujeres que viven con VIH**, la medicación anti retro viral –ARV- está disponible; también hay mujeres que no conocen su diagnóstico, y con relación a las ya diagnosticadas hay dificultades en la cobertura de las necesidades básicas como alimentación, vivienda, trabajo, atención psicológica y médica. Resultaría primordial incluir recomendaciones surgidas desde la sociedad civil, y la Dirección de VIH/SIDA e ITS, en particular la atención adecuada de los servicios de salud sexual y reproductiva⁵⁰.

Que, con relación a esta cuestión el Ministerio de Salud de la Nación, dictó con fecha 12 de enero de 2017, la Resolución N° 55-E/2017, por medio de la que se *dispusieron medidas tendientes a facilitar el diagnóstico del VIH*.⁵¹ Se trata de un avance significativo, si bien del texto del propio acto surgen las limitaciones que se imponen al sistema de salud, en principio sólo obliga a prestar el servicio al sector público en el ámbito nacional, quedando a criterio de las provincias y demás jurisdicciones la adhesión a las previsiones de la resolución.

Que respecto de la **reducción de la morbilidad materna** debido a *causas vinculadas con el embarazo, parto o puerperio*, se recuerda que la RMM por provincia muestra grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a

⁵⁰ Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Mayo 2012. <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones%20virtuales/MujeresVIHPV/index.html>

⁵¹ Dicho acto resolutivo prevé al obligatoriedad del ofrecimiento del test de diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana con información a personas que en la consulta médica se verifiquen las patologías o circunstancias anunciadas en el ANEXO I, se prevé la misma obligatoriedad con la información necesaria a la pareja de la mujer embarazada; también recomienda a los miembros del equipo de salud informar y ofrecer la prueba a todas las personas que entren en contacto con el sistema de salud independientemente de la causa que los lleve a la consulta; no se requiere obligatoriamente una orden firmada por un médico para la realización y/o procesamiento de las pruebas para la detección del virus de VIH, en todo el sistema público, bastando la simple solicitud y la firma del consentimiento informado de las personas interesadas en cualquier lugar donde se realice el test. Finalmente invita a las provincias y jurisdicciones a adherir a la resolución.

los servicios, la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y la calidad de la atención

Que la Corte Suprema de Justicia de la Nación a través del fallo de fecha 13/03/2012, (caso “FAL s/medida autosatisfactiva”), como se señalara previamente, aclaró los alcances de los abortos legales establecidos en el art. 86 del Código Penal.

Que en 2015, el Ministerio de Salud de la Nación reconoció que “en la **Argentina** se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año⁵² Estas cifras son estimativas ya que, por tratarse de una práctica clandestina, no se dispone de datos precisos. La única información disponible al respecto es el número de hospitalizaciones producidas en los establecimientos públicos por complicaciones relacionadas con abortos. No obstante, este dato no distingue entre abortos espontáneos y provocados, por lo que representa solo una fracción de los que ocurren anualmente.

Que según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, en 2011 se registraron en el país 47.879 egresos hospitalarios por abortos, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años. En 2012 murieron en nuestro país 33 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran menores de 20 años y 7, jóvenes de entre 20 y 24 años (DEIS, 2013)”. Y especificó también el Ministerio de Salud de la Nación que “En 2013, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años, entre ellas nueve de adolescentes de 15 a 19 años (DEIS, 2014)”.

Que en un contexto que muestra una elevada proporción de partos ocurridos en instituciones de salud (99%) y de partos atendidos por profesionales capacitados (98%) (DEIS, 2013), la **Argentina** tiene el potencial necesario para

⁵² (Mario y Pantelides, 2009).

disminuir considerablemente la tasa de mortalidad materna y las amplias brechas que existen en la materia. Sin embargo, las inequidades en el acceso a servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención sanitaria, impactan de diferente forma sobre las razones de la mortalidad materna y generan un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en las jurisdicciones más pobres del país”.

Que, cabe tener presente, que la **tasa de mortalidad materna**, en 2006, era de 44 por 100.000 nacidos vivos, y se mantuvo estable en años posteriores. Sin embargo, la OMS estima un fuerte subregistro, por lo que para el 2010 la ubica en 77 por cien mil nacidos vivos. Se considera que cerca de un tercio (26,7%) de las muertes maternas se deben a complicaciones derivadas de abortos realizados clandestinamente. Nuestro país presenta estadísticas de crecimiento poblacional similar a la de países desarrollados, dado que la tasa de natalidad de 18.4 por mil, sin embargo, en cuestiones de mortalidad materna **Argentina** se encuentra hoy entre el grupo de países considerados de media y alta mortalidad materna.

Que este panorama se complejiza por la heterogeneidad que registra el interior de **Argentina**. Un estudio realizado en 6 provincias argentinas muestra grandes diferencias entre estas provincias, en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires era de 14 por 100 mil pero en el caso de Formosa llegaba al 166 por 100 mil, casi 12 veces más alto. Las jóvenes hasta 20 años explican el 23% de las muertes maternas, las mujeres de entre 20 y 34 años, el 53,8% y las mujeres de 35 años o más, el 35% restante. El 26% de las muertes ocurren después de la semana 20 de gestación.

Que el *impacto negativo de la interrupción del embarazo bajo condiciones no seguras*, es significativo en **Argentina** dado que de manera constante un tercio de las muertes maternas son atribuibles a complicaciones por aborto.

Que la falta de registros integrales, hace que sólo existan datos sobre aquellos abortos que, por las condiciones en las que fueron realizados, produjeron problemas posteriores y por ello debieron ser asistidos en los servicios de salud; o fueron realizados en servicios de salud privados o públicos directamente.

Que el registro parcial de datos en relación al aborto y también de sus posibles consecuencias negativas, son producto de la condición de clandestinidad en que se practica. Es la realización en tales condiciones, lo que torna inseguro el aborto, no sólo en los casos en que se practica sin la adecuada profilaxis médica sino también en aquellos casos donde es realizado por un profesional no capacitado o por alguien que no cuenta con los conocimientos científicos adecuados.

Que, por esta razón, la sociedad y el Estado deben debatir este problema y encontrar soluciones que den respuesta a un problema que no puede continuar en el campo de la clandestinidad y de la negación socio-sanitaria.

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba para fines de los años noventa que la mitad de los abortos inducidos anualmente son abortos inseguros y que el 95% de éstos ocurrían en países en vías de desarrollo. Si la relación de 1 aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos era lo observable a nivel global, en el caso de América Latina se producía más de 1 aborto inseguro por cada 3 nacidos vivos.

Que las complicaciones relacionadas con el aborto son la primera causa de muerte materna y de esta manera se vulneran derechos fundamentales tales como: acceso a la salud, derecho a una vida sana y plena, derecho al ejercicio de la autonomía y autodeterminación sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la reproducción. En los últimos años los estudios y debates sobre la situación del aborto en la **Argentina** han mostrado un importante crecimiento, al igual que las propuestas relativas a la despenalización y/o legalización de esta práctica, sin resultado positivo hasta el presente.

Que, para medir el progreso 'multidimensional', se evaluaron distintos indicadores de desarrollo humano y se los comparó con el nivel de ingreso per cápita de cada país. De ese cálculo surge que **Argentina** tiene un desempeño 'peor al esperado' en indicadores clave como embarazo adolescente, cantidad de jóvenes nini⁵³ y fuerza laboral con educación terciaria, entre otros, ya señalado por el PNUD.

Que cada 1000 nacimientos, el 54,4 corresponden a madres adolescentes (de entre 15 y 19 años). Para los países de desarrollo humano 'muy alto', entre los cuales se encuentra **Argentina**, el promedio es casi 5 veces más bajo: 12,7. En nuestro país, cada 5 minutos una mujer menor de 20 años es madre; son más de 117 mil nacimientos al año. El problema no disminuye, sino que aumenta un 15,7% según registros de la última década.

Que, por lo tanto, el embarazo adolescente es un 'síntoma' muy relacionado con otros problemas que señala el PNUD, tal como el alto número de jóvenes de 15 a 24 años que no estudian ni trabajan, que también creció durante la última década. A nivel nacional, indican, 3 de cada 4 ninis son mujeres, dedicadas a tareas de cuidado.

Que los expertos señalan que el embarazo adolescente, asociado con la deserción escolar, es consecuencia de la falta de proyecto de vida. La maternidad joven es uno de los pocos 'títulos' o 'status' a los que se puede acceder fácilmente en el corto plazo. Ante la falta de oportunidades laborales de calidad para los jóvenes y ante un sistema educativo expulsivo, la maternidad se vuelve un proyecto de vida para los adolescentes.

Que una encuesta dirigida a madres adolescentes, realizada por el Fondo de Población de Naciones Unidas, encontró que el 69% de los embarazos fueron no planificados: sólo el 30% quería tener un hijo. Para la mayoría de las chicas, ser madre no es una decisión, sino el resultado de un contexto de escasez de

⁵³ Jóvenes que no estudian ni trabajan.

oportunidades. La desigualdad detrás de los indicadores señala que las mujeres de sectores medios y altos tienden cada vez más a postergar la maternidad, es como si en **Argentina** hubiera dos países.

Que coinciden los especialistas en que hacen falta políticas en varios frentes, con estrategias concatenadas y a largo plazo, empezando por garantizar el acceso gratuito a métodos anticonceptivos y profundizar los avances de los últimos años en educación sexual integral.

Que la educación sexual no sólo contribuye a prevenir embarazos no deseados, también empodera a las jóvenes, les permite evitar noviazgos violentos y prevenir abusos, se agrega que cada año nacen en el país más de 3 mil bebés paridos por niñas entre 10 y 14 años; siendo que los países que lograron abordar el problema del embarazo adolescente apostaron a la educación sexual de modo sostenido en el tiempo, siendo clave la formación de los docentes y la generación de material para las escuelas.

Que **Argentina** es uno de los 49 países de ‘desarrollo humano muy alto’, según PNUD, sin embargo, el país aún está muy atrasado en algunos indicadores clave, en comparación con los países desarrollados de Europa y Asia. Las altas tasas de embarazo adolescente, el elevado número de jóvenes nini y el bajo porcentaje de graduados universitarios son algunas de las principales deudas que **Argentina** tiene con los jóvenes.

Que el Informe Regional sobre Desarrollo Humano del PNUD, indica que **Argentina** persiste en la brecha de *género*. El país exhibe un desempeño ‘peor al esperado’, en función de su nivel de ingreso, en indicadores como la participación laboral de las mujeres, los días de licencia por maternidad y la mortalidad materna. En cambio, se destaca por la cantidad de mujeres que ocupan cargos en el Congreso de la Nación.

Que las licencias por maternidad son de las más bajas en la región, las licencias por paternidad son cortas y no existen licencias parentales⁵⁴ que sí están vigentes en países como *Cuba y Chile*.

Que en **Argentina** la tasa de participación laboral femenina es de 63,7%, inferior al promedio de América Latina (66,2%), se estima que el crecimiento de la participación laboral de las mujeres perdió dinamismo en la última década.

Que pese a la alta representación femenina, como consecuencia de la denominada Ley de Cupo, el país no logra revertir las diferencias de género. Esta mayor representación política en el Congreso ha permitido avanzar en legislación de igualdad y empoderamiento, pero hay una diferencia entre las leyes aprobadas y su implementación, que depende del nivel ejecutivo.

Que, por su parte expertos del *Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)* indicaron en la Observación N° 22 –en relación al art. 12 del Pacto DESC sobre *derecho a la salud-* dado a conocer el 8 de Marzo de 2016- que *"el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva sigue siendo un objetivo lejano para millones de personas, especialmente para las mujeres y las niñas, en todo el mundo"*, señalaron que *"...la falta de servicios de atención obstétrica de emergencia o negación del aborto a menudo conducen a la mortalidad y morbilidad materna, que a su vez constituye una violación del derecho a la vida o la seguridad, y en ciertas circunstancias, puede equivaler a tortura o tratos crueles, inhumanos o degradante"*. Esta Observación General N° 22, detalla las obligaciones de los Estados respecto de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la remoción de leyes y políticas que obstruyen el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva.

Que, tal como se ha mencionado, el Ministerio de Salud de la Nación adecuó la antigua *Guía de Atención de Abortos no Punibles* a los estándares del

⁵⁴ Aquellas que pueden tomar la madre o el padre indistintamente.

fallo F.A.L y en su función de rectoría nacional en materia sanitaria, confeccionado el *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a Interrumpir legalmente un Embarazo*. En este documento estandariza la buena praxis en torno a la atención de los abortos permitidos por la ley, los derechos de las mujeres que acuden como pacientes en búsqueda de estas prestaciones, la casuística de las causales en toda su extensión, las obligaciones del personal de salud en cada caso, las responsabilidades de las Instituciones Sanitarias de los tres subsectores – público, privado y de obras sociales- frente a la obligación de garantizar esta atención médica y sobre las alternativas terapéuticas que deben garantizarse en todos los casos. Sin embargo, aún persisten resistencias sociales y culturales para garantizar este derecho en varias jurisdicciones del país.

Que es de destacar que esta INDH solicitó formalmente a la cartera sanitaria nacional que otorgase al mencionado Protocolo una jerarquía jurídica que permitiese su aplicación en todo el territorio, animando a las demás jurisdicciones a adoptarlo y cumplirlo, para las situaciones previstas. Para ello, con fecha 20 de octubre de 2016, exhortó al Ministerio de Salud de la Nación, *para que otorgue la jerarquía correspondiente al “Protocolo para la Atención de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, dictando el acto administrativo correspondiente a ese ámbito, según el trámite del expediente informado, o bien proponiendo el dictado de un decreto que permita mostrar el cumplimiento de las directrices dirigidas al Estado Nacional por los organismos internacionales, en pos de la defensa y protección de los derechos humanos de las mujeres.*⁵⁵

Que en orden a tales antecedentes, la ampliación de los derechos en la **Argentina** no estará completa hasta que la *Interrupción Voluntaria del Embarazo* no

⁵⁵ Por medio del mismo acto resolutivo dispuso el ‘ARTICULO 2º: Poner la presente en conocimiento de la Jefatura de Ministros de la Nación, para que articule los mecanismos necesarios para que se proceda en el sentido indicado en el Artículo 1º de la presente resolución, con la colaboración del Ministerio de Salud de la Nación’

tenga plena vigencia legal. El Estado debe buscar el camino para garantizar a las mujeres- y también a sus parejas- el goce pleno de la sexualidad y la reproducción.

Que, además de las estadísticas que marcan el estado de situación de la mortalidad materna en la **Argentina**, son las condiciones en las que ocurren los abortos las que plantean un problema de inequidad, reforzando las diferencias entre sectores sociales, siendo éste un problema de Salud Pública y de Políticas Públicas vinculados con la equidad y la justicia social.

Que entre los países que lo hicieron, como el caso de *Uruguay*, se logró reducir la mortalidad materna en pocos meses, y así pasaron de 25 por 100 mil nacidos vivos a 9 por 100 mil y cumplió la meta del milenio establecida por la OMS para disminuir la muerte materna. Sin embargo, **Argentina** no cumplió dicha meta, prevista por los ODM para el año 2015.

Que, actualmente, más del **60%** de la población mundial vive en países donde el aborto inducido está permitido, ya sea en una amplia variedad de supuestos o causas, o bien sin restricción alguna en cuanto a los motivos que lo determinan. Contrasta con ello que más de **25%** de la población mundial reside en países donde el aborto se encuentra esencialmente prohibido, cuando cerca del **14%** vive en países donde el aborto es permitido para preservar la salud de la mujer. En América Latina, sólo Puerto Rico, Cuba, Uruguay, Guyana y México D.F. se encuentran en ese grupo. Con restricciones de algún tipo se encuentran Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. Penalizado bajo todas las circunstancias están Chile, Honduras, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana.

Que es del caso tener en cuenta que con relación a la situación de los derechos humanos en general y de los niños, niñas y adolescentes, en el campo de la competencia para los actos médicos la vigencia del Código Civil y Comercial de la Nación, ocurrida en 2015, introdujo cambios sustanciales relativas a la autonomía de

las personas, los artículos 8 y 9 receptan estos criterios. El Código Civil y Comercial de la Nación tiene como fuente normativa preexistente y de superior jerarquía a la Constitución Nacional, y como antes se mencionara los tratados de derechos humanos ratificados por nuestro país, que contienen los estándares mínimos que deben respetar todas las normas del ordenamiento jurídico interno. Por ello, toda interpretación normativa debe realizarse atendiendo a los principios *pro homine*, *de progresividad y no regresividad*, *autonomía e igualdad*, entre otros (arts. 1 y 2 CCCN). Cuando se interpretan normas relacionadas con el ejercicio de derechos humanos, siempre debe preferirse la interpretación y/o aplicación de la norma que conceda un alcance más amplio a los derechos para el mayor número de personas posible.

Que el mencionado Código Civil y Comercial de la Nación ha dado un paso adelante importantísimo para la adecuación del tema capacidad a los tratados de derechos humanos, en especial la Convención de Derechos del Niño y CEDAW, ratificada a través de la ley nacional 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. El Código legisla basándose en paradigmas no-discriminatorios, de libertad e igualdad, tiene presente que se trata de una sociedad multicultural poseedora de una serie de conductas sociales diversas y ha receptado la doctrina de la capacidad progresiva permitiendo al menor de edad ejercer los derechos que le son permitidos de acuerdo con su edad y grado de madurez.

Que en este punto cabe distinguir entre capacidad civil y el concepto de competencia bioética o médica, de las personas que mayores dificultades tienen para acceder al cuidado de su salud sexual y reproductiva; para ello cabe considerar que la capacidad civil se adquiere al cumplir la mayoría de edad. La competencia bioética no se alcanza en un momento determinado de la vida, sino que se va desarrollando y evolucionando con el paso del tiempo, hasta que paulatinamente se alcanza la madurez. Se trata de un concepto que pertenece al área de los derechos

personalísimos que se ejercen a medida que se va adquiriendo la capacidad necesaria para hacer efectivos derechos como la salud y la vida.

Que el artículo 26 del CCCN establece: *“La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona. Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”.*

Que de ello surge indubitadamente que los 16 años se es mayor de edad en todo lo que hace al cuidado del propio cuerpo, incorporándose con claridad el concepto de competencia médica. Respecto de las personas entre 13 y 16 años, debe tenerse presente la interpretación de tres términos clave que se utilizan, tales como *invasivos, riesgo grave para la vida o la salud*. Los mismos son interdependientes y deben coexistir en forma coetánea, o sea, invasividad y riesgo grave para la salud y/o para la vida.

Que con relación a derechos sexuales y reproductivos, la subordinación legal a la Constitución y a las normas de derechos humanos, se traduce en la aplicación de los siguientes criterios interpretativos; es decir, el interés superior y autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes, presunción de la capacidad de todas las personas en todas las circunstancias, pro persona, pro niños, niñas y adolescentes, e igualdad y no discriminación.

5.

Que, en función de las cuestiones reseñadas, corresponden algunas *consideraciones finales* respecto de la situación de **Argentina**, desde la óptica de esta Institución Nacional de Derechos Humanos.

Que *los derechos sexuales y reproductivos* están incorporados a la agenda de las políticas públicas a nivel nacional, provincial y municipal⁵⁶.

Que se sancionaron leyes y se crearon programas que consagran el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, varones, y adolescentes.

Que, sin embargo, aún persisten diferencias en la concreción de estos derechos; para superarlas deberá ponerse énfasis en las brechas existentes en la implementación de las políticas, como también en las barreras en el acceso a los servicios.

⁵⁶Existen distintos instrumentos, como decretos y resoluciones, solo se mencionarán las Leyes dictadas: 24.247 s/protección de la Violencia Familiar; 25.087 s/delitos contra la integridad sexual; 25.273 s/delitos contra la integridad sexual; 25.273 s/ creación de un sistema de inasistencias justificadas por razones de gravidez; 25.543 s/test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada; 25.584 s/prohibición de acciones contra alumnas embarazadas; 25.673 s/creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable; 25.808 s/ garantiza a las alumnas embarazadas o que estén dando de amamantar el derecho a seguir estudiando; 26.150 s/programa de salud sexual integral; 26.485 s/protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales; 26.061 s/protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; 26.130 s/ régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica; 26.171 s/aprobación del protocolo facultativo de la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 26.529 s/derechos del paciente en relación con los profesionales de la salud; 26.743 s/ identidad de género; 26.862 s/fertilización médicamente asistida

Que esto evidencia una fragmentación en el territorio nacional, sin embargo el carácter federal del país, no habilita al Estado Nacional a que se incumplan las normas vigentes o se vulneren los derechos sexuales y reproductivos, debiendo establecerse los mecanismos, acuerdos y alianzas necesarias para que la implementación de las normas en vigor resulte homogénea y adecuada a los derechos humanos en juego.

Que, es de señalar, la legislación con relación a la igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres y las diversidades sexuales en Argentina es amplia, pero debe ser acompañada por la decisión de que tales posibilidades se verifiquen en la realidad fáctica para los grupos involucrados.

Que, no obstante, se presentan brechas significativas entre las cuestiones legisladas a través de las normas en vigor y su implementación, debido, posiblemente, a la falta de voluntad política en el acatamiento diferencial por jurisdicción o debido a intereses ajenos a la salud pública que plantean los diversos actores

Que, a su vez, la implementación de políticas y programas requiere del acceso a estadísticas actualizadas, completas y confiables que permitan diseñar estrategias de intervención adecuadas.

Que la propia A/RES/70/1, señala que *“Se necesitarán datos desglosados de calidad, accesibles, oportunos y fiables para ayudar a medir los progresos y asegurar que nadie se quede atrás, ya que esos datos son fundamentales para adoptar decisiones. Deberán utilizarse siempre que sea posible los datos y la información facilitados por los mecanismos existentes...”*.

Que, en materia de *Población, Desarrollo y Educación*, el Estado produjo el incremento del presupuesto destinado al sector, sin embargo no se conjuga con la verificación de progresos significativos.

Que la mayor disponibilidad presupuestaria deberá ser acompañada por otras medidas que tiendan a revertir falencias, tales como el acceso a la educación inicial en los sectores más desfavorecidos y el derecho a la educación por parte de población migrante.

Que cabría poner énfasis en la difusión y enseñanza de la Salud Sexual y Reproductiva, en forma integral, lo cual contribuiría a difundir y ejercer otros derechos vinculados.

Que en cuanto a los adolescentes y jóvenes existen problemas que deben ser abordados particularmente para lograr resultados concretos, es el caso del *embarazo adolescente*, con distintas implicancias de acuerdo con las jurisdicciones y la diversidad de posturas asumidas por éstas.

Que el desafío consiste en garantizar el acceso a la salud, en particular, a los derechos sexuales y reproductivos, permitiendo la planificación familiar, previniendo, a su vez, enfermedades de transmisión sexual.

Que deben atenderse también las cuestiones vinculadas con violencia de género, explotación y trata de personas, cuestiones que afectan de manera particular a la población joven e inciden sobre su desarrollo sexual y reproductivo.

Que cabe propiciar también la participación de las organizaciones no gubernamentales que aglutinan a jóvenes, indígenas, LGTBI, en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas.

Que el trabajo realizado hasta el presente (2015/junio 2017)⁵⁷ permite la elaboración de algunos señalamientos dirigidos al **Estado Argentino**, que podrían contribuir al mejoramiento del actual sistema, ello teniendo en cuenta la forma de organización federal que reconoce la Constitución Nacional.

⁵⁷ Con datos disponibles a la fecha.

Que, no es ocioso recordar que en carácter de Institución Nacional de Derechos Humanos, se realiza una tarea activa de colaboración que permite al Estado Nacional conocer y comprender cuál es el reclamo de la sociedad.

Que, así pues, el Estado Nacional debería adoptar medidas urgentes para garantizar la distribución de todos los métodos anticonceptivos disponibles en forma eficaz y equitativa en todo el territorio nacional.

Que, debería regular la 'objeción de conciencia', de acuerdo con estándares internacionales de derechos humanos.

Que, debería promover la difusión de la información pública, indicando cuáles son las medidas efectivas que impulsa, cuál es el presupuesto disponible, cuáles son las normas que se promoverán para garantizar la concreción del PNSSySR, en todas las provincias, teniendo en cuenta competencias federales y locales.

Que, debería incluir a la sociedad civil, en consulta, sobre el diseño y evaluación de políticas públicas que garanticen la salud sexual y reproductiva, en todas las jurisdicciones del país, generando canales efectivos para recibir sugerencias, denuncias y quejas provenientes de usuarios/as de los servicios de salud públicos, con relación a esta materia.

Que, debería informar qué medidas adoptará para lograr que los lineamientos curriculares elaborados por el Consejo Federal de Educación se dicten en todas las jurisdicciones del país, respetando los objetivos plasmados en la ley, evitando desigualdades en el acceso al derecho a la educación sexual integral, así como para garantizar la formación docente en materia de educación sexual integral, en todos los niveles y jurisdicciones del país.

Que, debería convocar al COFESA para formalizar la adopción de la Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a Interrumpir legalmente el embarazo, como política pública, refrendada por el dictado de los

respectivos actos administrativos, es decir otorgándole la jerarquía necesaria para que su aplicación no pueda eludirse en los casos en que corresponda su aplicación.

Que, debería lograr que aquellos gobiernos provinciales que cuentan con protocolos de atención restrictivos los ajusten, en correspondencia con el pronunciamiento de la CSJN. En cuando a los que no cuenten con los respectivos protocolos, se ajusten al fallo, o adhieran al Protocolo que desarrolló el Ministerio de Salud (2011).

Que, debería arbitrar los mecanismos necesarios para reducir la tasa de mortalidad materna, incluyendo la vigilancia activa de las muertes maternas, la atención adecuada y oportuna de la emergencia obstétrica, la atención de calidad de las complicaciones de abortos, como así la legalización del aborto.

Que, debería formalizar la introducción del *misoprostol* para las indicaciones obstétricas que ya fueron aprobadas, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Que, debería insistir para que las provincias y demás jurisdicciones, que no contaran con legislación propia o no hubiese adherido a la ley nacional de Fertilización Asistida, lo hagan.

Que, debería resolver la situación de los embriones congelados.

Que, debería incluir dentro de las técnicas de reproducción humana asistida, la gestación por sustitución.

6.

Que, es del caso poner de manifiesto que la Agenda 2030 tiene estrecha vinculación con el Examen Periódico Universal, a punto tal que la ONU aconseja relacionar las metas de los 17 Objetivos con las recomendaciones EPU; que guarda íntima relación con la *salud y el respeto de los derechos humanos*, razón por la cual el *Programa Agenda 2030*, el *Programa EPU* y ahora el *Programa de Salud y Derechos Humanos*, guardarán necesaria interrelación, y se nutrirán mutuamente.

Que, en ese aspecto, cabe recordar las recomendaciones 99.89 a 99.96 que el Consejo de Derechos Humanos le formuló a nuestro país en ocasión de Examen Periódico Universal, A/HRC/22/4, así como también la Resolución A/HRC/22/4/Add.1/Rev.1., y el Informe elaborado por nuestra Institución, oportunamente presentado en Naciones Unidas, en el mes de marzo del corriente año 2017.

Que, no debe olvidarse que en la 12ª Conferencia Internacional del CIC (ahora GANHRI), que se llevó a cabo en Mérida, Yucatán, México, en el mes de octubre de 2015, organizada en colaboración con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), bajo el lema "*Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles: ¿cuál será el papel de las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos?*", las 53 Instituciones Nacionales de Derechos Humanos de todo el mundo, adoptaron la Declaración de Mérida, documento que establece claramente el Programa de Acción sobre Desarrollo Sostenible de las INDH hasta el año 2030.

Que en esa Declaración, su punto 17 dispone "*...para así contribuir a un enfoque que se base en los derechos humanos a la hora de poner en marcha la Agenda. Tales funciones y actividades incluyen, entre otras cosas, lo siguiente: (4) Colaborar con los titulares de deberes, los de derechos y otros actores clave, tales como; los organismos gubernamentales, parlamentos, el poder judicial, las autoridades locales, las oficinas nacionales de estadística, la sociedad civil, grupos principales, los grupos marginados, la corriente principal y los medios sociales, la ONU y otras instituciones internacionales y regionales, para concienciar y fomentar la confianza, y promover el diálogo y los esfuerzos concertados de un enfoque basado en los derechos humanos, para la ejecución y seguimiento de la Agenda, y abrir espacio para la participación de los titulares de derechos y la sociedad civil.*".

Que, también se expresa que las INDH deberán "*(6) Monitorear el progreso de la ejecución de la Agenda en los planos locales, nacionales, regionales*

e internacionales, para denunciar cualquier desigualdad o discriminación en este sentido, incluso a través de enfoques innovadores para la recolección de datos y alianzas con los titulares de derechos, grupos vulnerables y marginados, para una vigilancia participativa e inclusiva y mediante la identificación de obstáculos, así como de acciones para el progreso acelerado.”.

Que, asimismo se señala que las INDH habrán de *“(7) Colaborar y responsabilizar a los gobiernos de los escasos avances o irregularidades sobre la puesta en marcha de la Agenda, incluyendo el tener en cuenta el progreso de su ejecución y los obstáculos a la hora de informar a los parlamentos, al público en general y a los mecanismos nacionales, regionales e internacionales, tales como el Consejo de Derechos Humanos y sus mecanismos, tales como: el Examen Periódico Universal, los procedimientos especiales, los órganos de tratados, así como los órganos de control de las Organizaciones Internacionales del Trabajo, las comisiones regionales de la ONU y el Foro Político de Alto Nivel.”.*

Que, en ese sentido, debe recordarse que la A/RES/70/1, indica en su punto 78 que *“Alentamos a todos los Estados Miembros a que formulen lo antes posible respuestas nacionales ambiciosas para la implementación general de la presente Agenda. Esas respuestas pueden facilitar la transición hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible y basarse en los instrumentos de planificación existentes, como las estrategias nacionales de desarrollo y desarrollo sostenible, según proceda.”.*

Que, la Resolución A/HRC/31/NI/15 hace saber que las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos deben monitorear el progreso de la Agenda en los planos locales, nacionales, regionales e internacionales, para denunciar cualquier desigualdad o discriminación en este sentido, incluso a través de enfoques innovadores para la recolección de datos y alianzas con los titulares de derechos, grupos vulnerables y marginados, para una vigilancia participativa e inclusiva y

mediante la identificación de obstáculos, así como de acciones para el progreso acelerado.

Que, a su turno, el punto 95 de la Resolución A/HRC/33/33 señala que *“Se alienta a los Estados Miembros a dar seguimiento y aplicar las recomendaciones de las instituciones nacionales de derechos humanos.”*

Que, en su punto 100 se indica que *“Se alienta a las instituciones nacionales de derechos humanos a seguir trabajando para lograr la aplicación, en colaboración con los principales asociados, de la Declaración de Mérida sobre el papel de las instituciones nacionales de derechos humanos en la ejecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en la 12ª Conferencia Internacional de Instituciones Nacionales de Derechos Humanos.”*

Que, en ese marco de actuación y cumpliendo con nuestras obligaciones internacionales, se dicta la presente resolución.

Que la Asesoría Legal y Técnica ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y la autorización conferida por los Señores Presidentes de los bloques mayoritarios del H. Senado de la Nación, como de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, ratificada por su resolución 0001/2014 de fecha 23 de abril de 2014, y la nota de fecha 25 de agosto de 2015 del Sr. Presidente de la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, que ratifica las mismas facultades y atribuciones otorgadas al Secretario General en la persona del Subsecretario, para el supuesto de licencia o ausencia del primero.

Por ello,

EL SUBSECRETARIO GENERAL DEL
DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Poner el contenido de esta resolución, muy especialmente su considerando 5., en conocimiento del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en estos dos últimos casos a través de sus oficinas ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

RESOLUCION DP N° 00064/2017