

SESIONES DE PRÓRROGA

2020

ORDEN DEL DÍA N° 352

Impreso el día 10 de diciembre de 2020

Término del artículo 113: 21 de diciembre de 2020

COMISIONES DE LEGISLACIÓN GENERAL,
DE LEGISLACIÓN PENAL, DE MUJERES
Y DIVERSIDAD Y DE ACCIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA

SUMARIO: **Ley** de Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto. (11-P.E.-2020.)

I. **Dictamen de mayoría.**

II. **Dictamen de minoría.**

I

Dictamen de mayoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Legislación General, de Legislación Penal, de Mujeres y Diversidad y de Acción Social y Salud Pública han considerado el mensaje 134/20 y proyecto de ley del Poder Ejecutivo, sobre Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto. Modificaciones al Código Penal; y, han tenido a la vista los expedientes 2.810-D.-2019 de la señora diputada Donda Pérez y otras/os señoras/es diputadas/os, 5.424-D.-2019 de la señora diputada Ferreyra A. y otro señor diputado y 6.457-D.-2020 de la señora diputada Vigo y otras/os señoras/es diputadas/os, todos ellos sobre el mismo tema; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconsejan la sanción del siguiente

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados, ...

Art. 1° – *Objeto.* La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

Art. 2° – *Derechos.* Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

- a) Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- c) Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley;
- d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Art. 3° – *Marco normativo constitucional.* Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y su Protocolo Facultativo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad

de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Art. 4° – *Interrupción voluntaria del embarazo.* Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:

- a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida;

- b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 5° – *Derechos en la atención de la salud.* Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto:

- a) *Trato digno.* El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar;
- b) *Privacidad.* Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización, conforme las previsiones del artículo 8° de la presente ley.

Asimismo, deberá protegerse a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas o adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos previsto en el artículo 30 de la ley 26.061 y el deber de formular denuncia penal establecido en el artículo 24, inciso e), de la ley 26.485 en el marco de lo dispuesto por el artículo 72 del Código Penal, deberán cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de niñas y adolescentes, su capacidad progresiva e interés superior de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061 y el artículo 26 del Código Civil y Comercial, y no deberán obstruir ni dilatar el acceso a los derechos establecidos en la presente ley;

- c) *Confidencialidad.* El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

La paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente;

- d) *Autonomía de la voluntad.* El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad;
- e) *Acceso a la información.* El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitud.

Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita;

f) *Calidad.* El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Art. 6° – *Información y tratamiento del aborto y de la salud sexual y reproductiva.* Realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con el artículo 4°, el establecimiento de salud pondrá a disposición de las personas gestantes que así lo requieran, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ley 25.673, lo siguiente:

- a) Información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios, siguiendo los criterios del artículo anterior;
- b) Atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso;
- c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la ley 25.673 o la normativa que en el futuro la reemplace.

Estos servicios no son obligatorios para la paciente ni condición para la realización de la práctica.

Art. 7° – *Consentimiento informado.* Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 y concordantes y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

Art. 8° – *Personas menores de edad.* En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo deberá ser efectuada de la siguiente manera:

- a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;
- b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto

en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.

Art. 9° – *Personas con capacidad restringida.* Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.

Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Art. 10. – *Objeción de conciencia.* El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;
- b) Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;
- c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria postaborto.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Art. 11. – *Objeción de conciencia. Obligaciones de los establecimientos de salud.* Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad so-

cial que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

Art. 12. – *Cobertura y calidad de las prestaciones.* El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Art. 13. – *Educación sexual integral y salud sexual y reproductiva.* El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, de Educación Sexual Integral, Estableciendo Políticas Activas para la Promoción y el Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de toda la población.

Estas políticas deberán estar enmarcadas en los objetivos y alcances establecidos en las leyes 23.798, 25.673, 26.061, 26.075, 26.130, 26.150, 26.206, 26.485, 26.743 y 27.499, además de las leyes ya citadas en la presente ley. Deberán, además, capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los y las docentes y a los y las profesionales y demás trabajadores y trabajadoras de la salud, a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley, así como a los funcionarios públicos y las funcionarias públicas que actúen en dichos procesos.

Art. 14. – *Modificación del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 85 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 85: El o la que causare un aborto será reprimido:

1. Con prisión de tres (3) a diez (10) años, si obrare sin consentimiento de la persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona gestante.
2. Con prisión de tres (3) meses a un (1) año, si obrare con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86.

Art. 15. – *Incorporación del artículo 85 bis al Código Penal.* Incorpórase como artículo 85 bis del Código Penal de la Nación, el siguiente:

Artículo 85 bis: Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

Art. 16. – *Sustitución del artículo 86 del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 86 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 86: No es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional.

Fuera del plazo establecido en el párrafo anterior, no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante:

1. Si el embarazo fuere producto de una violación. En este caso, se debe garantizar la práctica con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el o la profesional o personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida.

2. Si estuviera en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 17. – *Sustitución del artículo 87 del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 87 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 87: Será reprimido o reprimida con prisión de seis (6) meses a tres (3) años, el o la

que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado del embarazo de la persona gestante fuere notorio o le constare.

Art. 18. – *Sustitución del artículo 88 del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 88 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 88: Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año, la persona gestante que, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86, causare su propio aborto o consintiera que otro se lo causare. Podrá eximirse la pena cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

La tentativa de la persona gestante no es punible.

Art. 19. – *Capacitación.* El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley y de la normativa complementaria y reglamentaria. A tal fin, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implementarán los correspondientes programas de capacitación.

Art. 20. – *Autoridad de aplicación.* La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 21. – *Orden público.* Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

Art. 22. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de las comisiones, 9 de diciembre de 2020.

Cecilia Moreau. – Ana C. Gaillard.* – Mónica Macha.* – Pablo R. Yedlin.* – Ana C. Carrizo.* – Silvia G. Lospennato.* – Hernán Pérez Araujo.* – Martín Soria. – Gabriela B. Estévez.* – Paola Vessvessian.* – Karina Banfi. – Eduardo Bucca. – Maximiliano Ferraro.* – Ramiro Gutiérrez.* – Gabriela Lena. – Jimena López.* – Claudia Najul.* – Juan C. Alderete. – María C. Álvarez Rodríguez. – Brenda L. Austin.* – Mara Brawer.** – Alejandro Cacace. – Adriana Cáceres. – Lía V. Caliva. – Nilda M. Carrizo. – Gabriela Cerruti. – Camila Crescimbeni.* – Gonzalo P. del Cerro. – Enrique Estévez. – Federico Fagioli. – Federico Frigerio. – Lucas J. Godoy. – Pablo G. González. – Leonardo Grosso. – Marcelo Koenig. – Florencia Lampreabe.* – Mario Leito. – María R. Martínez.* – María L. Masin. – Josefina*

Mendoza. – María C. Moisés. – Flavia Morales. – María G. Ocaña. – Claudia B. Ormachea. – Paula A. Penacca. – María L. Rey. – Nicolás Rodríguez Saa. – Sebastián N. Salvador. – Magdalena Sierra. – Vanesa Siley.* – Ayelén Sposito. – Mariana Stilman. – Rodolfo Tailhade. – Marisa L. Uceda. – Liliana P. Yambrún.*

En disidencia parcial

Romina Del Plá.

FUNDAMENTOS DE LA DISIDENCIA PARCIAL DE LA SEÑORA DIPUTADA ROMINA DEL PLÁ

Señor presidente:

El tratamiento de este proyecto de ley para avanzar en una legislación que consagre el derecho al aborto legal es sin lugar a dudas una conquista de la marea verde, de la juventud, de las trabajadoras y de las organizaciones de lucha del movimiento de mujeres y diversidades. Lo votamos favorablemente con esta convicción y acompañamos el presente dictamen.

Fueron necesarias décadas de lucha y una multitudinaria movilización, como la que en 2018 puso a dos millones de personas en las calles, para imponer el avance de este derecho ante los distintos gobiernos y un Congreso que se caracteriza por la sistemática postulación ante el lobby de las iglesias y de los capitalistas.

Votamos favorablemente este dictamen y somos parte de una batalla por su aprobación sin dilaciones en ambas cámaras. En medio de esta pelea, presentamos dos observaciones a este dictamen, adelantando la que será la próxima batalla de la marea verde: la lucha por la implementación del aborto legal en todo el país, contra las trabas que el Estado y las iglesias pretenden instaurar en regiones enteras.

Nuestra disidencia parcial a este dictamen se funda precisamente en las disposiciones que abren las puertas a esa intromisión de las iglesias en la propia ley que se busca aprobar.

Queremos señalar con nuestra disidencia parcial a este dictamen el rechazo, en primer lugar, a la objeción de conciencia –una figura jurídica que en el ámbito de la salud es ungida como un instrumento para vulnerar derechos de las mujeres y las diversidades. El proyecto que se va a votar habilita la objeción por ideario institucional al no establecer la obligación de los centros de salud a garantizar la práctica, permitiendo la derivación de la persona gestante que requiera interrumpir un embarazo a otro centro de salud– lo que en buena parte del país significa la necesidad de trasladarse a otros distritos o provincias. Es una prerrogativa inadmisibles para permitir que las clínicas e

* Integra dos (2) comisiones.

** Integra tres (3) comisiones.

* Integra dos (2) comisiones.

instituciones de salud vulneren la ley en nombre de la objeción de conciencia. Un bloqueo de hecho al acceso a la práctica y una concesión enorme a los agentes del clero que tienen colonizado buena parte del sistema de salud público y privado en todo el territorio nacional.

El dictamen habla por ejemplo de la ESI. Pero al día de hoy, tras 14 años de sanción de la ley, la juventud sigue siendo privada de una educación sexual laica, científica y respetuosa de las diversidades sexuales y de género en casi todos los rincones del país. Ello sucede en virtud del enorme peso que bajo los sucesivos gobiernos las iglesias han preservado en el sistema educativo nacional, y del artículo 5° de dicha ley que le fuera otorgado a ese mismo lobby clerical que enfrentamos hoy, habilitando bajo la figura del “ideario institucional” la vulneración del derecho que la propia ley debía consagrar.

Otro aspecto es el que refiere a la persistencia de la criminalización de la práctica a partir de las 14 semanas. Se limitan las penas, pero se preserva un poderoso instrumento de persecución de las mujeres. El proyecto que tratamos refiere a los artículos 85, 86, 87 y 88 del Código Penal, pero omite deliberadamente que la inmensa mayoría de las mujeres criminalizadas por esta práctica son juzgadas en virtud del artículo 80, bajo la figura de “homicidio agravado por el vínculo”. Nuevamente, el peso de las iglesias y su ideología reaccionaria y misógina en otro de los poderes del Estado –el Judicial– opera como un contrapeso brutal contra nuestras reivindicaciones. Y ese peso es consagrado por el poder político que, a través de las propuestas de los poderes ejecutivos y la consagración parlamentaria, designa a esos jueces del lobby del oscurantismo religioso.

Defendemos la completa eliminación de la interrupción voluntaria del embarazo del Código Penal y su despenalización absoluta.

Finalmente, defendemos la autonomía progresiva de nuestras niñas y adolescentes, y su derecho a decidir según su madurez y capacidad, y el respeto irrestricto a su derecho a ser “niñas, no madres”.

El sentido de esta disidencia busca ser, por lo tanto, un aporte a la marea verde, que deberá continuar movilizada –en primer lugar, para consagrar esta ley– pero aún después del tratamiento parlamentario, para enfrentar todos los obstáculos que desde el poder del Estado imponen a nuestro derecho.

Somos parte de este tsunami verde que enfrenta a los poderes instituidos, a la alianza de las iglesias y el Estado, que avanza a fuerza de barrer prejuicios, de combatir a la reacción oscurantista y la misoginia clerical, de levantar las demandas de las y los oprimidos y que está a un paso de reforzar su potencia de lucha y transformación con una ley que se ganó en las calles y ahora debe abrirse curso en este Parlamento.

El tratamiento de este proyecto de ley llega luego de un año entero de dilaciones y bloqueos por parte

de esta cámara y del gobierno nacional. Y, sobre todo, llega tras un sistemático reforzamiento de la intervención de los agentes de las iglesias en el ámbito de la salud, la educación, la justicia, los barrios, que son los que se dedican a bloquear y negar los derechos que conquistamos con la lucha.

Ese lugar y ese poder otorgado a los sectores que nuestro movimiento de lucha ha bien denominado “antiderechos”, también lo hemos visto en el tratamiento parlamentario de este tema en la última semana en la Cámara de Diputados. El oficialismo habilitó un 50 % del tiempo del debate en comisiones a que se montara una tribuna para quienes vienen a predicar contra los derechos de las mujeres y las diversidades, contra nuestra lucha por barrer con la tutela estatal y clerical que persigue el adoctrinamiento, la sumisión, la opresión y la regimentación social. Hemos debido soportar escuchar una vez más a quienes comparan a las mujeres que necesitan interrumpir un embarazo con los genocidas de la dictadura –siendo ellos mismos representantes de una iglesia que bendijo a los Videla y los Massera–. Han tenido una representación que no les corresponde, y que solo obtuvieron en virtud de los lazos que los unen al gobierno.

Esa alianza con el clero es la que seguiremos combatiendo en las calles y en todos los terrenos. Porque sin separación de las iglesias del Estado, no habrá efectivo y completo cumplimiento de ninguno de nuestros derechos ni camino allanado para nuestras más sentidas aspiraciones.

Por estos motivos, juzgamos necesario hacer explícito estos señalamientos. Porque hacen a una plataforma de lucha por la que deberemos seguir organizadas y movilizadas quienes en todo el país festejaremos si logramos la sanción de esta ley, pero con conciencia y preparadas para las batallas venideras.

Que se apruebe esta ley, que se refuerce la marea verde y la lucha popular que la rodea y acompaña, porque una conquista así potencia enormemente la pelea que tenemos por delante por una verdadera transformación social, contra los defensores de un régimen de opresión, contra el Estado capitalista y contra las iglesias.

Romina Del Plá.

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Legislación General, de Legislación Penal, de Mujeres y Diversidad y de Acción Social y Salud Pública, al considerar el mensaje 134/20 y proyecto de ley del Poder Ejecutivo, referente a la Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto. Modificaciones al Código Penal; y han tenido a la vista los expedientes 2.810-D.-2019 de la señora diputada Donda Pérez y otras/os señoras/es diputadas/os, 5.424-D.-2019 de

la señora diputada Ferreyra A. y otro señor diputado y 6.457-D.-2020 de la señora diputada Vigo y otras/os señoras/es diputadas/os, todos ellos sobre el mismo tema. Luego de su estudio resuelven despacharlo favorablemente con las modificaciones propuestas en el dictamen que antecede.

Cecilia Moreau.

II

Dictamen de minoría

Honorable Cámara:

Las comisiones de Legislación General, de Legislación Penal, de Mujeres y Diversidad y de Acción Social y Salud Pública han considerado el mensaje 134/20 y proyecto de ley del Poder Ejecutivo, sobre Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto. Modificaciones al Código Penal; y, han tenido a la vista los expedientes 2.810-D.-2019 de la señora diputada Donda Pérez y otras/os señoras/es diputadas/os, 5.424-D.-2019 de la señora diputada Ferreyra A. y otro señor diputado y 6.457-D.-2020 de la señora diputada Vigo y otras/os señoras/es diputadas/os, todos ellos sobre el mismo tema; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante aconsejan su rechazo.

Sala de las comisiones, 9 de diciembre de 2020.

Marcela Campagnoli. – Carmen Polledo. – María G. Burgos. – Bernardo J. Herrera. – Rubén Manzi. – Estela M. Neder. – Lidia I. Ascarate. – Beatriz L. Ávila. – Hernán Berisso. – Graciela Camaño. – José M. Cano. – María S. Carrizo.* – Luis G. Contigiani. – Soher El Sukaria. – Jorge R. Enríquez.* – Leonor M. Martínez Villada. – Vanesa L. Masetani. – Diego M. Mestre. – Victoria Morales Gorleri. – Luis A. Petri.* – Dina Rezinovsky. – Cristian A. Ritondo. – Gisela Scaglia. – Alicia Terada. – Pablo G. Tonelli. – Natalia S. Villa.*

INFORME

Honorable Cámara:

Las comisiones de Legislación General, de Legislación Penal, de Mujeres y Diversidad y de Acción Social y Salud Pública, al considerar el mensaje 134/20 y proyecto de ley del Poder Ejecutivo, referente a la Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto. Modificaciones al Código Penal; y han tenido a la vista los expedientes 2.810-D.-2019 de la señora diputada Donda

Pérez y otras/os señoras/es diputadas/os, 5.424-D.-2019 de la señora diputada Ferreyra A. y otro señor diputado y 6.457-D.-2020 de la señora diputada Vigo y otras/os señoras/es diputadas/os, todos ellos sobre el mismo tema, aconsejan su rechazo por las siguientes razones:

I. Introducción

Contexto sanitario y la oportunidad del tratamiento del proyecto para legalizar el aborto (IVE) en la Argentina

El proyecto de ley enviado por el Poder Ejecutivo nacional para legalizar el aborto en la Argentina, denominado Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto para su tratamiento en el Congreso en diciembre de este año resulta extremadamente inoportuno.

En lo referente al contexto sanitario, desde el mes de marzo, nuestro país y todo el mundo están enfrentando la pandemia producida por el SARS-CoV-2/ COVID-19. El descubrimiento de este nuevo coronavirus ha tenido y, todavía tiene, en vilo a la comunidad médica, científica y académica. Esta peste, que se ha propagado por todo el mundo, ha resultado altamente contagiosa, no existiendo, hasta el momento, tratamientos comprobados y efectivos y recién ahora se está evaluando la aprobación de las primeras vacunas.

El modo de contagio del coronavirus más reportado ha sido por el contacto estrecho con otra persona portadora del virus. Por esa razón, se fomentaron algunas medidas de precaución para la población como mantener el distanciamiento físico, llevar mascarilla, ventilar bien las habitaciones, evitar las aglomeraciones, lavarse las manos y, al toser, cubrirse la boca y la nariz.

Pero, durante largos períodos, la única manera de mitigar la espiral de contagios en todos los países ha sido el aislamiento social, aplicado con diversos grados de racionalidad, rigor y cumplimiento.

Ese aislamiento, que se suponía duraría unas semanas terminó durando meses y generó consecuencias que, al margen de las ayudas que pudieron hacer llegar o no los diferentes gobiernos, afectaron seriamente las condiciones de vida de las personas, no solo en lo referente a la salud física y psíquica, sino muy especialmente en cuanto a lo económico porque muchas empresas tuvieron que cerrar sus puertas durante la mayor parte del tiempo y otras, definitivamente.

Esta enfermedad ha ocasionado la muerte de más de un millón y medio de personas en todo el mundo. En nuestro país, ha afectado a un millón y medio de personas y han fallecido 40.000 personas.

Los gobiernos han tenido que realizar sus máximos esfuerzos para reforzar las políticas sanitarias y adquirir los insumos médicos necesarios para combatir esta enfermedad.

* Integra dos (2) comisiones.

En estos momentos se está trabajando en la adquisición de las vacunas y en la organización de la logística para inmunizar, lo antes posible, a nuestros trabajadores esenciales y a la población de riesgo

En esta situación se impulsa el tratamiento de un proyecto para legalizar la llamada interrupción voluntaria del embarazo, eufemismo utilizado para referirse al aborto.

Es difícil imaginar una ocasión menos oportuna para abocarnos al tratamiento de semejante proyecto y para comprometer al sistema de salud pública y privada en su instrumentación.

En lugar de ayudar y brindar alivio a los trabajadores de la salud, que vienen trabajando sin descanso y asumiendo riesgos todos los días, ahora, en caso de aprobarse este proyecto, les estaríamos poniendo una carga más sobre sus espaldas.

Los que están a favor del aborto dicen que para quienes nos oponemos nunca es oportuno su tratamiento. Es cierto que un proyecto de semejante naturaleza nunca será oportuno para nosotros, pero en esta ocasión también es cierto que hay circunstancias objetivas que lo hacen inoportuno para todos los argentinos.

Prioridades de la sociedad y la oportunidad del tratamiento del proyecto para legalizar el aborto (IVE) en la Argentina

Pero no es inoportuno solo por el contexto sanitario, sino también porque la sociedad, en estos momentos, está transitando una situación de crisis extrema, donde están en juego la continuidad de miles de pequeños emprendimientos y porque en las familias existe preocupación por la continuidad de las fuentes de trabajo.

Es decir, la legalización del aborto no está en la agenda de nuestro pueblo en estos momentos, como bien lo han señalado diversos referentes políticos, sociales y religiosos.

Como consecuencia de la pandemia, el aislamiento nacional e internacional, la situación de los argentinos durante este último año ha sido muy difícil desde donde se la mire.

Tanto desde el gobierno como en la oposición, se reconoce y describe un escenario delicado.

En lo social, las aulas están cerradas desde marzo. Durante muchos meses los locales no esenciales han tenido que bajar sus persianas. La circulación se restringió en todo el país, provocando situaciones de varados y dividiendo a las familias. El aislamiento preventivo social y obligatorio ha dejado secuelas en la población, de las cuales aún no podemos tomar dimensión de su alcance.

Sin dudas, este año ha modificado drásticamente las prioridades de los argentinos que quieren retomar sus vidas, sus trabajos, estudios y poder ver a sus seres queridos sin temor a los contagios.

Consideremos que, dado el escenario actual, las prioridades deben estar enfocadas en resolver los problemas económicos y sociales ocasionados por la crisis sanitaria y retomar las actividades, en la llamada “nueva normalidad”, lo antes posible.

Y más allá de la pandemia y sus efectos, en el interior de nuestro país, el aborto no está en la agenda de nuestras jóvenes.

En este contexto, sin embargo, se impulsa el tratamiento de un proyecto para legalizar la llamada interrupción voluntaria del embarazo, eufemismo utilizado para referirse al aborto, como si fuese la gran solución para un reclamo urgente de la sociedad, que no es tal.

La solución no es el aborto, sino la educación sexual integral y las políticas públicas de prevención del embarazo no intencional

Más allá de la falta de oportunidad para el tratamiento de este proyecto, entendemos que la solución no pasa por la legalización del aborto, sino por una adecuada implementación de la educación sexual integral y de la eficacia de las políticas públicas que se lleven a cabo para la prevención del embarazo no intencional.

Sabemos que el problema del embarazo no intencional persiste en nuestro país, especialmente entre los adolescentes y es un problema que debemos abordar desde el Estado y que merece atención prioritaria en la agenda pública.

La Argentina cuenta con políticas públicas sostenidas a lo largo de los años, como lo es la educación sexual integral (ESI) o el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo No Intencional (ENIA). En un país federal y diverso como el nuestro, es un desafío lograr una implementación uniforme de estas políticas.

Alcanzar los objetivos que proponen ambos programas sí debería ser una prioridad de todos los gobiernos superando las polémicas sobre los contenidos que retrasan la implementación.

Es allí donde más posibilidades de éxito vamos a tener como sociedad en la prevención del embarazo no intencional y no en legalizar una práctica contraria a la vida y a nuestra Constitución.

Sin embargo, la respuesta a esta problemática que nos presente este proyecto, en lugar de fortalecer la prevención, es legalizar el aborto.

El Congreso Nacional rechazó la legalización del aborto en el año 2018

En el año 2018 se produjo un hecho fundamental en el Congreso. Por primera vez el tema del aborto fue puesto a debate y sometido a consideración de los legisladores, con posiciones a favor y en contra.

En esa oportunidad se presentaron numerosos proyectos de ley, algunos con la intención, como este, de legalizar el aborto y otros con la intención de ofrecer

alternativas que evitaran llegar a semejante solución y esto fue de manera transversal a todos los bloques políticos.

Hubo un intenso debate en ambas Cámaras. En el año 2018, participaron 738 expositores a lo largo de 15 jornadas, cuya transmisión oficial tuvo 1.035.353 reproducciones, con picos de 11.500 personas siguiendo el debate en vivo. Hubo juristas, científicos, líderes religiosos, filósofos, intelectuales y dirigentes de distintas organizaciones civiles que se expresaron a favor y en contra del proyecto.

En aquella oportunidad, la legalización del aborto tuvo su media sanción en esta Cámara, pero posteriormente el Honorable Senado de la Nación rechazó el proyecto.

Hoy, a menos de 2 años de aquel rechazo, estamos tratando un proyecto enviado por el Poder Ejecutivo nacional que casi no presenta diferencias respecto del proyecto del año 2018.

¿Qué es lo que cambió en dos años para volver a tratar este proyecto? ¿Acaso se percibe que la sociedad ha valorizado en estos dos años que el aborto es algo positivo y necesario? ¿O simplemente resulta que el recambio de la mitad de la Cámara de Diputados y un tercio del Honorable Senado ofrece, prima facie, una perspectiva más favorable para su aprobación?

Nosotros consideramos, sin embargo, que las mujeres en nuestro país están cada vez más lejos de la solución que les propone este proyecto que se aferra a paradigmas del siglo pasado.

II. Análisis del proyecto de ley 11-P.E.-2020

El 17 de noviembre del corriente año, el Poder Ejecutivo nacional presentó ante esta Honorable Cámara el proyecto 11-P.E.-2020, de Regulación del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la Atención Postaborto. En veintinueve artículos se desarrolla la forma en la que, a su criterio, debería regularse el acceso a un aborto libre y gratuito.

Aborto voluntario hasta las 14 semanas

En el cuarto artículo, el proyecto enuncia que “las mujeres y otras personas con identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive, del proceso gestacional” incorporando así una nueva causal a las hoy previstas en nuestro ordenamiento jurídico.

Esta modificación normativa que propone incluir un nuevo supuesto de aborto no punible fundado en un límite temporal y no en causales específicas, implica pasar a un sistema en el que el respeto de la vida humana es elegido arbitrariamente en función de diversos períodos en el proceso de su desarrollo. El comienzo de la vida humana no es algo que pueda consensuarse, “es” o “no es” vida humana, ese dilema no puede decidirlo por consenso un Estado, puede asumir

o no el respeto de esa vida humana, pero su existencia no depende de una decisión consensuada.

El vasto ordenamiento jurídico que protege la vida humana desde la concepción no condice con las argumentaciones que sostienen que la legalización del aborto libre y voluntario hasta la semana 14 del proceso de gestación conlleva indicar que hasta ese momento el embrión no es persona porque no está totalmente desarrollado su sistema nervioso central. Recurrir a ese argumento para determinar si se es o no persona, implicaría de suyo sostener que cualquier persona nacida que carece de actividad cerebral por un accidente o una enfermedad no sería persona. Más aún, en el caso del sistema nervioso central, las neuronas tienen que comenzar a migrar, a reproducirse y a hacer sinapsis, y ese proceso no solo se da durante la gestación, sino que continúa desarrollándose en la etapa extrauterina.

En esa misma inteligencia si se le desconoce al embrión su condición de *vida humana* resulta más sencillo, o por lo menos más cómodo, hablar del derecho a la interrupción del proceso que se ha desencadenado, proceso que si no se interrumpe natural o voluntariamente desembocará inevitablemente en el nacimiento de un ser humano.

En palabras de la doctora Elena Rita Passo “...independientemente de la consideración que se realice sobre la personalidad del embrión, el solo hecho de estar en presencia de un ser que constituye una realidad individual y que forma parte de la especie humana, implica el respeto a su integridad y a su vida”.¹ La vida humana siempre es un bien, y es inviolable porque es la vida de un ser humano, cualquiera sea su condición o circunstancia.² ¿Quién puede determinar y en virtud de qué concepto, ¿cuál es el umbral de la humanidad?”.³ A su vez, “desde el momento mismo de la penetración del espermatozoide en el ovocito, se constituye un nuevo ser, que posee una identidad biológica nueva; se activa un programa completo e individualizado, estrictamente suyo, dotado de una teleología propia. Es un ser con un patrimonio genético exclusivo de la especie humana, y que, por lo tanto, lo identifica como biológicamente humano. Esta nueva realidad se autoconstruye y tiene una finalidad propia”.⁴

La evidencia científica no pone en duda el comienzo de la vida humana, queda definir el instante a partir del cual la vida humana adquiere significado digno de ser respetado. Con la sanción de este proyecto, esa vida humana deja de ser susceptible de respeto jurídico. En el fondo, se trata de determinar si la noción de

1. *El embrión humano. Análisis bioético de su derecho a la vida*. Doctora Elena Rita Passo.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

4. *El embrión humano. Análisis bioético de su derecho a la vida*. Doctora. Elena Rita Passo. En igual sentido, ponencia: “Inicio a la vida humana”. Autora: Graciela Elena S. Moya.

persona es inherente del ser humano o es un atributo adquirido en algún momento del proceso de su desarrollo o, incluso, otorgado arbitrariamente por otros seres humanos.¹

En resumen, si se define al ser humano en la vida prenatal como ser individual, concreto y único, una humanización indirecta o gradual difícilmente pueda ser sostenida. El ser humano “es” persona en virtud de su naturaleza racional, no se “convierte en” persona debido al efectivo ejercicio de determinadas funciones (como son la capacidad de relacionarse, la sensibilidad o la racionalidad). El ser persona pertenece, entonces, al orden ontológico, no se puede adquirir ni disminuir gradualmente, independientemente de su estadio de desarrollo físico o social.²

Si se aceptara, como el presente proyecto pretende, que el “ser persona” y su dignidad vienen en grados, no todos los seres humanos tendríamos el mismo valor intrínseco, sino que este sería un atributo adquirido o perdido en forma cuantitativa. En ese caso, el respeto por la dignidad de la persona humana, y en consecuencia su derecho a la vida, serían graduales y se aplicarían en ciertas etapas de su vida y no en otras.³

El no respetar la vida humana solo porque no está plenamente desarrollada, y en posibilidad de ejercer todas las funciones de ser humano adulto, sentaría utilmente las bases para una doctrina muy peligrosa. Esta doctrina es el antihumanismo que solo piensa la realidad desde el punto de vista del desarrollo o no desarrollo, desde la posibilidad de ser autónomo o no, y por lo tanto otorga amplios poderes a los más fuertes. Ello suscita la posibilidad de que la influencia de estas teorías invite a establecer leyes que justifican eliminar a los más débiles, justamente por no estar plenamente “desarrollados”, o por ser dependientes, o por no ser plenamente conscientes o plenamente productivos, o por no poder tomar decisiones por sí mismos.

Aborto legal hasta la semana 14 y sus implicancias en relación a las personas con discapacidad

Respecto al punto de corte de la semana catorce de gestación también es de fundamental importancia recordar algunas de las exposiciones vertidas en las reuniones informativas que permiten vislumbrar cómo dicho límite se relaciona con la eliminación de las personas con discapacidad.

En primer lugar, la doctora María Urraza –médica obstetra de La Plata, provincia de Buenos Aires, indicó que “las catorce semanas es un punto de corte que no tiene nada que ver con la dignidad del ser humano. Creo que es un punto de corte porque es el último día donde se puede hacer un diagnóstico de trisomías.

Hasta la semana trece más seis de gestación se puede diagnosticar el síndrome de Down”.

A su vez, Nicolas Laferrière –doctor en ciencias jurídicas, en bioética, persona y familia– expuso que a pesar de la eliminación de la causal de malformaciones fetales graves como legitimadora del aborto luego de la semana catorce “el problema está latente y subsiste porque en esas primeras catorce semanas se realizan estudios de tamizaje y diagnóstico prenatal. En torno a este tema desarrollé mi tesis doctoral y pude constatar que, en países con aborto legalizado, las personas con discapacidad son eliminadas en un 90 por ciento de los casos detectados. Aunque en apariencia la ley es neutra, la discriminación ocurre en los hechos, por la combinación que se da entre la disponibilidad de estudios prenatales –cada vez más accesibles, rápidos, no invasivos y precisos– y el aborto legal hasta la semana catorce. Este aborto en personas con discapacidad ocurre por una doble presión: hacia los médicos, que ofrecen los estudios prenatales de forma sistemática y rutinaria a toda embarazada antes de la semana catorce –para atajarse ante cualquier posible acción de daños y perjuicios por la pérdida de la chance de abortar a tiempo al hijo con discapacidad– y hacia los padres, por el sistema de salud u otros actores que los impulsan a abortar a sus hijos para evitar cargar con los costos del nacimiento de una persona con discapacidad. El aborto sistemático de personas con discapacidad será una consecuencia lamentable e ineludible de la sanción de esta ley.”

En igual sentido, la docente de bioética y doctoranda en la Universidad de El Salvador Ségolène du Closel trajo la experiencia de las consecuencias de la legalización del aborto en países como Francia y sostuvo: “Ese es el fruto de la legalización y la banalización del aborto, que nos hace mirar el embrión como una cosa de la cual podemos disponer. En Francia, que tiene 65 millones de habitantes, solo nacen 450 personas con síndrome de Down cada año. En la Argentina nacen 1.200 personas con síndrome de Down. Este genocidio se llama también ‘racismo cromosómico’, y por eso es muy probable que en Francia nunca tengamos jóvenes con síndrome de Down que destaquen como ocurre en las panaderías argentinas o en deportes como el fútbol y el patinaje sobre hielo”.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece en su artículo 3º, inciso d), “El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana”. En el artículo 4º, inciso 1, “los Estados partes se comprometen a: ... b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad”. El artículo 5º, inciso 2, dispone: “Los Estados partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con dis-

1. Cfr. Ponencia: “Inicio a la vida humana”. Autora: Gracie-la Elena S. Moya, pág. 7.

2. Cfr. Ponencia: “Inicio a la vida humana”. Autora: Gracie-la Elena S. Moya, pág. 14.

3. Ibid, pág. 16.

capacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo”. El artículo 8° establece un deber de “Toma de conciencia”, y dispone: “Los Estados partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para: a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas; b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida; c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad”.

Por su parte, el artículo 10 se refiere al “derecho a la vida” y lo significativo de su redacción es que establece como criterio para la protección de la vida la “igualdad”: “Los Estados partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás”.

También resulta contundente la posición manifestada por la Asociación Síndrome de Down de la República Argentina: “Desde ASDRA queremos dejar muy en claro nuestro total y absoluto repudio a esta actitud de los profesionales de la salud que, sin ningún escrúpulo, sugieren a los padres que interrumpan sus embarazos en una actitud lisa y llanamente discriminatoria. Ningún bebé con síndrome de Down puede ser descartado a causa de su condición”.¹

Cuando aceptamos estas formas de discriminación, la convivencia social queda regida por reglas contrarias al respeto de los derechos humanos y de la dignidad de todas las personas, instalándose en nuestro país un escenario inaceptable en el que se transforme en una práctica legal y legítima el hecho de eliminar personas con discapacidad. Estamos llamados a ser inclusivos con toda vida humana, especialmente con aquella que se presenta como más vulnerable y necesitada de protección.

Aborto legal sin límite temporal

Además de la mencionada inclusión de la causal de aborto libre y voluntario hasta la semana 14 de gestación, el proyecto presentado por el Poder Ejecutivo nacional amplía las dos causales hoy contempladas en nuestro Código Penal.

Por un lado, también en su artículo 4°, el proyecto establece que fuera del plazo dispuesto la mujer o personas gestante tiene derecho a decidir y acceder a un aborto si el embarazo fuere resultado de una violación o si estuviere en peligro su vida o la salud integral.

Esto implica que, en estos casos, la persona podría acceder a un aborto sin límite de tiempo alguno.

Dicho artículo se complementa con la reforma propuesta para el artículo 86 del Código Penal, en el cual actualmente se contemplan aquello conocido como “abortos no punibles”. Podemos observar que, en primer lugar, se elimina el primer párrafo, que actualmente reza: “Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo”.

Luego la propuesta de reforma empieza afirmando, contrario a toda buena técnica legislativa y en completa incongruencia con los restantes artículos del ordenamiento, que “no es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana 14 inclusive del proceso gestacional”.

Por último, pasa a establecer que no será punible, sin importar el plazo en el cual se practique, los abortos realizados a personas cuyo embarazo fuere producto de una violación o cuando estuviere en riesgo la vida o la salud integral. Así, de sancionarse esta ley, se ampliaría en forma considerable y discrecional la causal salud: ya no se habla de un peligro sino de un riesgo; y se elimina un requisito fundamental que hoy está contemplado en nuestro Código como es la condición de que el aborto sea el único medio para evitar el peligro.

En este punto, resulta pertinente mencionar que el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es decir que el proyecto legaliza el aborto –sin límite de tiempo– para los casos en los que quien solicite el aborto alegue un malestar físico o social.

Esto lleva a que más allá del límite arbitrario de la semana 14, muchos casos puedan encuadrarse en un riesgo para la salud integral y así se legaliza y establece como un derecho el acceso al aborto hasta etapas muy avanzadas del embarazo.

Ausencia de acceso a información integral

El artículo 6° del proyecto del Poder Ejecutivo nacional establece que, realizada la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo, el establecimiento de salud debe poner a disposición de la solicitante que lo requiera: información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios; atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso; y acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles y la provisión prevista en el PMO.

De esta forma, la única opción que esta ley prevé que el Estado ofrezca es aquella vinculada al aborto.

1. <https://www.asdra.org.ar/destacados/asdra-repudia-a-medicos-y-genetistas-que-sugieren-la-interrupcion-del-embarazo-por-sindrome-de-down/>

Se omite por completo garantizar que toda persona que transite un embarazo vea cumplido su derecho a acceder a información integral que le permita conocer los derechos que la asisten y el modo de ejercerlos y/o reclamar su cumplimiento si los mismos son vulnerados.

Como legisladores, deberíamos velar por crear mecanismos para que el Estado logre finalmente, en toda la extensión del territorio nacional, estar presente para brindar la protección real e integral que las mujeres requieren durante el embarazo, parto y postparto, sin soluciones simplistas basadas en la propia incapacidad del sistema de acompañarla. Es decir, sin la necesidad de reducir las opciones de la persona al aborto. Ello, con especial foco en garantizar un acceso a la información integral, desde el convencimiento de saber que no existe posibilidad alguna de ejercer un derecho y/o reclamar su vulneración si, previamente, no se conoce la existencia y alcance del mismo.

Niñas y adolescentes

A su vez el proyecto contempla, en su octavo artículo, la forma en la que deberá prestarse el consentimiento en los supuestos en los que el aborto deba practicarse a personas menores de edad.

Ante los cambios introducidos a último momento en dictamen del Ejecutivo, entendemos que ya no se hace la distinción explícitamente, pero se la remite al Código Civil y Comercial de la Nación, de modo que, en rigor, no modifica en nada el proyecto.

Desde los 13 a los 16 años, se establece que se presume que la adolescente cuenta con aptitud y madurez suficiente para decidir la práctica y prestar el debido consentimiento. Si debe utilizarse un procedimiento que implique un riesgo grave para su salud o su vida será necesario también el asentimiento de al menos uno/a de sus representantes legales o, a falta de ellos/as, se solicitará la asistencia de las personas contempladas legalmente. Para los casos de persona mayores de 16 años se le reconoce plena capacidad para decidir abortar.

Según se ha dicho en los fundamentos y en las exposiciones que defienden la postura, ella encuentra fundamento en el artículo 26 del Código Civil y Comercial. Sin embargo, está claro que ello no es así dado que en dicho artículo se establece como regla general que “La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes” (1^{er} párrafo.). La propuesta de que la menor de 13 años puede dar su consentimiento para abortar tan solo con la asistencia de algún adulto, es contraria a la letra del CCyC y, además, de aprobarse generaría situaciones absurdas y contradictorias, como por ejemplo que determinadas prácticas cotidianas y legales requerirían de la asistencia del representante legal en tanto que la decisión de abortar puede ser acompañada por personas que no son ni progenitores ni representantes legales.

En lo que respecta a las adolescentes de entre 13 y 16 años, presumen su capacidad para decidir el aborto nuevamente amparados en la letra del artículo 26 del CCyC que en su parte pertinente dispone: “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” (párrafos 4° y 5°). ¿Esto significa que consideran que el aborto es un tratamiento que no resulta invasivo, no compromete el estado de salud y no provoca un riesgo para la vida o integridad física de la menor? Tal apreciación es médicamente infundada.¹

En lo que hace a las jóvenes mayores de 16 años, el artículo 26 del CCyC prevé que: “A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes a su propio cuerpo”, ahora bien, de lo expuesto y de lo que la ciencia ya ha dicho hasta el cansancio, el aborto no es una decisión “sobre el propio cuerpo, en verdad se trata de la decisión sobre la vida de “otro” íntimamente vinculado a la madre. De allí que, tratándose de una menor, tomando decisión sobre una persona por nacer”, el texto citado del artículo 26 no resultaría aplicable.

Más allá de lo expuesto, consideramos de gran importancia destacar que el único abordaje que el proyecto en tratamiento propone para los casos de niñas y adolescentes que soliciten un aborto legal es la regulación de la forma de brindar el consentimiento. No aborda otras dos problemáticas centrales: la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia y el abuso sexual infantil.

El 70 % de los embarazos en adolescentes en Argentina no son intencionales: ocurrieron durante una relación sexual sin protección anticonceptiva o por imposición. Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia

1. En línea con lo expuesto, se expresó una de las redactores del Código Civil y Comercial, Aida Kemelmajer de Carlucci, quien, en un artículo publicado en 2015, explicó que la interrupción del embarazo se rige por lo normado en el párrafo 5° y en la última parte del artículo 26 del CCyC, por lo que antes de los 16 años los adolescentes necesitan el asentimiento de uno de sus representantes legales para acceder a la práctica y si por alguna razón fundada el adolescente se niega a que se le informe la situación al progenitor, el Ministerio Público Fiscal debe necesariamente intervenir de conformidad con lo normado por el artículo 103 del CCyC. Kemelmajer de Carlucci, Aida - Herrera, Marisa - Lamm, Eleonora - Fernández, Silvia E., *El principio de autonomía progresiva en el Código Civil y Comercial*. Algunas reglas para su aplicación, cita online: AP/DOC/939/2015

2017-2019 (Plan ENIA), en la Argentina, 1 de cada 4 de las mujeres que tuvo su primer hijo en esa etapa tendrá el segundo antes de los 19 años. El Ministerio de Salud de la Nación, en tanto, alerta que en el 80 % de las maternidades públicas del país, el 29 % de las adolescentes fue madre por segunda o tercera vez antes de los 20.¹ Este proyecto, lejos de también proponer soluciones integrales para hacer frente al fondo de esta problemática y que las y los adolescentes conozcan el uso correcto de métodos anticonceptivos, la manera de acceder a ellos para evitar embarazos no intencionales e infecciones de transmisión sexual, únicamente refleja el acceso a un aborto libre como solución.

UNICEF, en su documento “Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos”, sostiene que a pesar de que el abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes constituye un problema creciente en el mundo, la mayoría de los casos no son detectados ni denunciados. Y afirma que en la mayor parte de los casos judicializados los abusos son cometidos por conocidos y familiares, que acceden con facilidad al niño o niña y aprovechan la confianza nacida en la convivencia. Generalmente no hay lesiones físicas que funcionen como indicios para determinar quién fue el agresor ni testigos, lo cual hace que el diagnóstico y posterior denuncia sean una tarea compleja. El abuso sexual contra los niños, niñas y adolescentes es una de las peores formas de violencia. Las víctimas sufren un daño irreparable a su integridad física, psíquica y moral. Se daña su derecho a la integridad, la intimidad, la privacidad y, principalmente, se vulnera el derecho a no ser expuesto a ningún tipo de violencia, abuso, explotación o malos tratos. Los agresores que no son detectados representan un riesgo para los niños y para toda la sociedad. Cuando se presenta una niña o adolescente embarazada, esto puede ser un indicio claro de que la misma puede haber sufrido abuso sexual. Sin embargo, el presente proyecto no repara en una propuesta para estos casos como, por ejemplo, la obligación de que los trabajadores de la salud deban notificar a la defensora de las Niñas, Niños y Adolescentes para que evalúe si de las circunstancias del caso se desprenden indicios que ameriten una investigación judicial. Una vez más, la única respuesta del Estado es el aborto.

Personas con capacidad restringida

Con respecto al artículo 9º, la redacción que propone el texto enviado por el Poder Ejecutivo se encuentra en contradicción con lo establecido en el último párrafo del artículo 32 Código Civil y Comercial de la Nación en lo referente a las restricciones a la capacidad.

Producto de una interpretación muy particular de las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (leyes 26.378 y 27.044) se pretende impedir al Estado argentino que declare incapaz a una persona ya que si el representante legal del declarado incapaz no puede ejercer los actos que le competen y debe limitarse a acompañar mientras su representado presta el consentimiento, la declaración de incapacidad queda desvirtuada del mismo modo que el rol de su representante.

La citada Convención no dice que el Estado no puede declarar la incapacidad de una persona con discapacidad, lo que dice es que no se puede asimilar discapacidad con incapacidad; es decir, lo que de ella se desprende es que la mera discapacidad no puede ser un fundamento suficiente para la declaración de incapacidad.

Si por reunir las condiciones de excepcionalidad previstas en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación una persona resulta declarada incapaz, es porque se trata de un caso extremo en el que la persona se encuentra absolutamente imposibilitada de interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulta ineficaz. ¿Cómo se puede imaginar que en esas condiciones la persona declarada incapaz pueda expresar su voluntad válidamente, con libertad y conocimiento de lo que está haciendo?

Objeción de conciencia

A pesar del cambio que se introduce al permitir, en aquellos casos donde no exista profesional de la salud disponible para realizar el aborto, puedan prevenir y derivar a otros efectores de salud, ello no implica en realidad ni reconocer y respetar la objeción de conciencia institucional.

En el décimo artículo del proyecto en análisis se prevé la objeción de conciencia para el o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo. Además, es de fundamental importancia tener en cuenta que, a pesar de los dichos esgrimidos respecto al fracaso del derecho penal en la temática que el proyecto aborda, el proyecto propone –en su artículo 15– la creación de un nuevo tipo penal. Así, mediante la incorporación de un artículo 85 bis al Código Penal, se establece que “al funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados” se los puede condenar con una pena de prisión de tres meses a un año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena.

Considerar en forma insuficiente la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud, dejando afuera tanto a las instituciones como a quienes se considere que no intervienen en forma direc-

1. https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/puedodecidir2020?gclid=CjwKCAiAwrf-BRA9EiwAUWwKXhBbA3J8tUIP73KDDd95j7ENQgs1tjI_SZzG-YJLHgKgTxYhP08LWRoCApcQAvD_BwE

ta, amenaza la libertad de pensamiento, conciencia y religión de muchos profesionales de la salud. Por objeción de conciencia se entiende el derecho a eximirse, total o parcialmente, del cumplimiento de una disposición legal, debido a que la misma violenta la conciencia religiosa o moral de una persona. Se trata de un verdadero derecho explícitamente reconocido por los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía constitucional. En efecto, la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas en su resolución 46, de 1987, expresó que: “la objeción de conciencia (...) debe ser considerada como un ejercicio legítimo del derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”.

Por su parte, en 1993, el Comité de Derechos Humanos declaró legítima esa interpretación en su observación general 22, cuando afirmó que si bien “en el pacto no se menciona explícitamente el derecho a la objeción de conciencia [...] el comité cree que ese derecho puede derivarse del artículo 18, en la medida en que la obligación de utilizar la fuerza mortífera puede entrar en grave conflicto con la libertad de conciencia y el derecho a manifestar y expresar creencias religiosas u otras creencias”.

El Código de Ética de la Asociación Médica Argentina establece en su artículo 48 que “el equipo de salud debe disponer de libertad en el ejercicio profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. Ninguna circunstancia que no se base en un estricto criterio científico podrá poner limitaciones al ejercicio de la libertad profesional”. A su vez, los artículos 70 y 219 consignan que “los miembros del equipo de salud tienen el derecho de ejercer la libre elección de sus pacientes [...]” y que “[...] deben defender su derecho a prescribir libremente”.

La falta de alusión a la objeción de conciencia institucional implica un cercenamiento del ejercicio de la labor del equipo de salud, por cuanto supone violentar las convicciones de equipos médicos enteros que conforman instituciones con una clara postura respecto de la defensa de la vida y los derechos de todas las personas desde el momento de la concepción. Frente al argumento que suele utilizarse que esgrime que la conciencia es de las personas físicas y no de las jurídicas, el constitucionalista Norberto Padilla sostenía que “las (personas) físicas, tienen el derecho de crear instituciones dotadas de determinado ideario, que refleja las convicciones éticas o religiosas de aquellos y configura la actividad de estas”.

Otro aspecto destacable como parte esencial del principio de libertad en el ejercicio de la medicina, íntimamente ligado a la objeción de conciencia, es la libertad de opinión, la que encuentra justificación normativa del más alto nivel (artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional). Todo lo manifestado anterior-

mente se desprende de una premisa subyacente que no puede ser soslayada: los médicos también poseen el derecho a que se respeten sus derechos humanos, consagrados en instrumentos con la máxima jerarquía en nuestro país.

Modificaciones al Código Penal de la Nación

Entre los artículos 14 y 18 del proyecto se abordan reformas al Código Penal. En primer lugar, en el artículo 14 se modifica el actual artículo 85 de dicho código y se reduce la pena a quien causare un aborto cuando se obre con consentimiento de la persona gestante y no mediaren los casos permitidos, se pasa de la actual pena de prisión de uno a cuatro años, a una menor de tres meses a un año.

Luego, el artículo 15 del proyecto que aborda la incorporación de un artículo 85 bis para penalizar a quienes dilataren injustificadamente, obstaculizaren o se negaren a practicar un aborto, así como la reforma del 86 en el cual actualmente se contemplan aquello conocido como “abortos no punibles”. Ambas temáticas fueron abordadas ya en apartados anteriores del presente informe, por lo que no procederemos a reiterar las problemáticas de los mismos.

Más allá de la discusión respecto a la conveniencia o no de despenalizar por completo a las mujeres, lo cierto es que el proyecto mantiene una estrategia punitivista, pero ahora orientada a perseguir penalmente al objetor que no se muestre solícito con el pedido de practicar un aborto, es decir, se incorpora una nueva figura para penalizar a aquellos profesionales de la salud que se nieguen a practicar un aborto.

Lo curioso de todo este dispositivo penal es que hay un delito respecto del aborto que penaliza y despenaliza a las personas involucradas de una manera bastante confusa y con fundamentos poco sólidos, pero el que parece ser merecedor del reproche penal más claro es el objetor que intenta no participar en la realización de la conducta típica.

III. Argumentos en que se funda el proyecto en análisis

Mortalidad materna y aborto “seguro”

Se habla de “miles de mujeres fallecidas por abortos inseguros”. Desde ya toda muerte evitable es un hecho grave que merece la atención y prevención. Una sola muerte por aborto alcanza para que nos ocupemos de la problemática, pero las cifras de fallecimientos por esta causa son muy diferentes a las que se pretenden instalar en pos de la legalización del aborto.

En este sentido, la expositora María Elena Critto, socióloga e investigadora en temas de salud de la mujer en la región, presentó su investigación basada en datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación:

“Por otro lado, de las doscientas cincuenta y siete muertes maternas de 2018, treinta y cinco fueron por aborto en general. Esto incluye todo tipo de abortos,

de los cuales diecinueve son abortos médicos, abortos no identificados, otros abortos e intentos fallidos. En esos diecinueve podrían entrar las muertes por abortos clandestinos, que representan el 7 por ciento de las doscientas cincuenta y siete muertes maternas prevenibles de 2018. [...] Si hablamos del primero, que la muerte por aborto es una prioridad de salud pública, las estadísticas muestran que el aborto representa el 0,2 por ciento de las defunciones femeninas en edad fértil; ocupa el puesto 58° en el ranking de causas y el 72° en el total de defunciones femeninas. El aborto representa el 7 por ciento de las doscientas cincuenta y siete defunciones prevenibles del año 2018. La tasa de mortalidad materna por aborto en general ha disminuido significativamente en la Argentina y en la actualidad es una de las más bajas del mundo.”

Reafirmando los argumentos presentados sobre la tendencia a la disminución de la mortalidad materna por abortos en nuestro país, el doctor Beruti en su oportunidad, durante el debate del año 2018, también sostuvo: “El aborto entonces es una de las causas de mortalidad materna al igual que las hemorragias, los trastornos hipertensivos y las infecciones. En 2015, murieron por aborto en la Argentina 55 mujeres y en 2016 murieron 43, o sea hubo una disminución del 20 % en el año 2016 respecto al 2015. Y en 2009 murieron por aborto 87 mujeres, por lo cual, si comparamos la mortalidad materna por aborto en la Argentina desde el 2009 al 2016 observamos una disminución de más del 50% y el aborto aún no ha sido legalizado en nuestro país”.

Con lo expuesto por María Elena Crito y el doctor Beruti, queda en evidencia que la reducción de las muertes no es necesariamente dada por la legalización del aborto. Los fundamentos en los que se apoyan los proyectos de despenalización se basan en estimaciones, las cuales carecen de evidencia empírica.

Como dice el doctor Elard Koch, ‘los cambios legislativos no tienen ningún efecto en la tasa de mortalidad materna desde el punto de vista de la evidencia científica’. En cambio, los factores que sí reducen la mortalidad materna en todo el mundo son: la educación, el acceso a la atención obstétrica de emergencia y al control prenatal temprano, a la atención profesional del parto, el acceso al agua potable y otras variables, como la disminución de la desnutrición.

Lo que busca este proyecto, poniendo el acento solo en la legalización del aborto, no es reducir verdaderamente la tasa de mortalidad materna sino utilizar datos y cifras falsas para instalar en nuestro ordenamiento jurídico el derecho al aborto libre.

El “aborto legal” se propone como un procedimiento seguro para la mujer, ese presupuesto constituye una falacia pues no es real y no tiene incidencia alguna en la disminución de la mortalidad materna, peor aún, en base a estudios realizados en muchos casos representó su aumento.

En relación al uso del misoprostol, la doctora María Urraza, médica obstetra en la ciudad de la Plata, provincia de Buenos Aires, indicó lo siguiente:

“El misoprostol es una medicación cuyo efecto deseado es la metrorragia. [...] El misoprostol es una medicación poderosa que produce sangrado de diferente cuantía -poco o mucho- y puede llegar a sangrados profusos que requieran transfusiones sanguíneas. Creo que el misoprostol debería administrarlo un profesional de la salud entrenado. [...] En cuanto a las edades gestacionales, creo que el misoprostol no se puede administrar a menores de trece años. [...] A medida que va aumentando la edad gestacional, se da una menor dosis de misoprostol porque, justamente, como es un medicamento muy poderoso, puede provocar la ruptura uterina. Se va administrando progresivamente una menor cantidad a medida que avanza el embarazo pero, en general, en todos los embarazos los abortos se hacen con misoprostol. Lo que ocurre es que, cuando el embarazo es más avanzado, muchas veces requiere intervención instrumental: raspado, AMEU, etcétera.”

Asimismo, la doctora Gisela Reynaga, médica de la provincia de Tucumán, expresó lo siguiente:

“Entonces, el misoprostol, que es una droga artificial, produce un aumento de llegada de sangre extra porque aumenta la vascularización. Es una droga que aumenta asimismo su absorción, por consiguiente, aumenta las contracciones uterinas, y por esta razón, la indicación o administración del misoprostol se debe considerar con mucho cuidado, de riesgo. La doctora anterior expuso que podemos tener ruptura uterina, pero lo más común, como acá hablamos de aborto –entre comillas- a libre demanda hasta las catorce semanas, es que hay que considerar– y por eso digo que trabajo en el hospital público- que la paciente sufre un sangrado abundante en el domicilio, y muchas veces tiene que llegar al hospital para que se le realice una práctica llamada “legrado”. Esto también les ayudaría un poquito a entender a aquellas expositoras que dicen que es seguro. Es totalmente falso, y lo digo yo que trabajo en un hospital hace varios años. No es seguro el uso del misoprostol. Por más que lo indique la OMS, o quien sea, no es seguro. ¿Por qué? Porque la paciente puede sufrir un shock hipovolémico, sin contar otras complicaciones uterinas. Siempre, aunque se realizara AMEU –ustedes más o menos ya conocen, la aspiración-, hemos tenido pacientes a las que hubo que hacerles nuevamente un legrado. Se les hizo AMEU dos veces y después se tuvo que practicar un legrado instrumental. Las pacientes con las que usamos misoprostol están internadas con un suero endovenoso que tiene una vía permeable para pasarle hidratación, porque se desangra. Eso es lo que quería decir.”

Por su parte, la señora Sonia Tarragona, economista de la salud y subsecretaria de Medicamentos e Información Estratégica del Ministerio de Salud de la Na-

ción expresó lo siguiente respecto a las complicaciones por aborto y el sistema de salud:

“En cualquier caso –no es que minimizo cuál es el número de abortos, pero no presenta diferencias a los efectos de esta presentación–, cuando consideramos los costos de hacerlos con medicamentos o con las otras alternativas propuestas por la Organización Mundial de la Salud, también estamos incluyendo a los abortos que salen mal. No es que consideramos que todos salen bien, porque hay una parte que, aun haciéndose dentro del sistema hospitalario, también tiene complicaciones, y lo hemos considerado en cada uno de los casos. Hemos instrumentado algo que llamamos “costos de aprendizaje”. Eso significa que, por más que mañana estuviera aprobada la interrupción voluntaria del embarazo, nuestros sistemas de salud no están listos para atenderlas de la manera que se recomienda a nivel internacional o por la Organización Mundial de la Salud.”

De las declaraciones de las expositoras antes mencionadas, podemos concluir que la práctica del aborto con medicamento misoprostol es insegura, tiene graves consecuencias y riesgos en la salud de la mujer. Asimismo, podemos destacar que los abortos realizados con medicamentos o las alternativas propuestas por la OMS dentro del sistema hospitalario, pueden salir mal, tener complicaciones, según lo indicó la actual funcionaria del Ministerio de Salud Sonia Terragona como “costos de aprendizaje”, y además el sistema de salud actual no estaría listo para atender a las mujeres que requieran la práctica abortiva según los estándares internacionales.

IV. Análisis normativo

Bloque de constitucionalidad

La democracia y los derechos humanos deben ser las dimensiones normativas básicas que deben ser respetadas por nuestra ley para permanecer conforme al bloque constitucional en el que se encuentran incorporados los tratados internacionales suscriptos por nuestro país.

En este punto es claro el preámbulo del Pacto de San José de Costa Rica, que en su parte pertinente reza: “Los Estados Americanos signatarios de la presente Convención: Reafirmando su propósito de consolidar en este continente, dentro del cuadro de las instituciones democráticas, un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre; reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican una protección internacional, de naturaleza convencional coadyuvante o complementaria de la que ofrece el derecho interno de los Estados Americanos;”

El proyecto de ley presentado por el Poder Ejecutivo nacional, se enfrentan claramente a tales prin-

cipios. El derecho a la vida desde el momento de la concepción se encuentra implícitamente protegido en el artículo 33 de la Constitución Nacional y ha sido consagrado de modo explícito en varias constituciones provinciales.

En la Constitución Nacional, el artículo 75, inciso 23, indica que el Estado queda obligado a formular un régimen de protección social para “el niño durante el embarazo”.

La Declaración Universal de Derechos Humanos define el concepto de dignidad de la vida humana, como intrínseca; y el derecho a la vida a todos los individuos. Para ello, proclama en su preámbulo: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”; Y aclara en el artículo 3º: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

El artículo 1º, párrafo 2, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, reconoce que “persona es todo ser humano”;

El artículo I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre cuyo texto declara que “todo ser humano tiene derecho a la vida”;

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada por la ley 23.054 y conocida como Pacto de San José de Costa Rica en el artículo 1, párrafo 2 reconoce que “persona es todo ser humano”; en tanto que el artículo 3º indica que “toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica” y en el artículo 4.1, dispone que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado por ley 23.313, en su artículo 6º proclama que “*todo ser humano tiene derecho a la vida*”.

En este orden de ideas, la Convención sobre Derechos del Niño ratificada mediante la ley 23.849, estableció en su preámbulo que “teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, ‘el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento’”.

Asimismo, la citada convención “entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. Con relación a este artículo, la Argentina declaró, tal cual surge taxativamente de la declaración interpretativa prevista artículo 2º de la ley 23.849 que “declara que el mismo debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad”.

Además, el interés superior del niño está establecido en la mencionada convención y en la ley 26.061 de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes. Dicho interés establece la “máxima satisfacción, integral y simultánea de (sus) derechos” y que, “cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas, niños y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros”.

Tales argumentos objetivos, terminan de convencernos que para nuestro país la vida humana encuentra protección desde la concepción. De acuerdo al derecho internacional, la “declaración interpretativa” que formuló la Nación Argentina tiene el valor del texto constitucional y para ser derogada se requiere la misma mayoría que para reformar la Constitución Nacional.

Código Civil y Comercial de la Nación

Por su parte, el Código Civil y Comercial en el artículo 19 establece que la persona humana comienza con la concepción. Aún en el vientre materno, como persona y como hijo de sus progenitores, le reconoce los mismos derechos que un adulto, solo que los ejerce a través de sus representantes legales, que son sus padres. Esto es, la madre que lo lleva en el vientre y el padre (si está casado, se aplica la presunción matrimonial tanto que, si no lo está, se puede iniciar el juicio de filiación durante el embarazo) y en todos los casos solicitar alimentos. Se pueden solicitar daños y perjuicios e incluso el derecho a la herencia, el niño por nacer tiene los mismos derechos que un niño ya nacido.

No cabe la menor duda que la protección de la vida humana corresponde desde la concepción, y para ello no vale tampoco entrar a analizar desde cuándo se es persona, recurriendo al origen de la vida y a la concepción de “persona” que desde la filosofía o bioética puedan ensayarse. Los convencionales constituyentes estipularon claramente en el artículo 19 de nuestra Constitución Nacional un límite a las acciones individuales de las personas al establecer que “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

En este sentido, la doctora. María Angélica Gelli sostuvo en su exposición de 2018 lo siguiente: “La normativa que me parece más importante es la contenida en el artículo 19 de la Constitución Nacional que establece, precisamente, el derecho a la privacidad y el derecho a la intimidad. Eso ha sido invocado para hablar de la autonomía, de la autodeterminación de la mujer. Es cierto que con este artículo se podría construir todo un sistema de valores asentados en la libertad y en la autodeterminación. Pero hete aquí que tiene un límite, que es –entre otros– el daño al tercero. Este es el pun-

to crucial, porque si en algún momento se produce la concepción de un ser humano, de una persona humana, el artículo 19 pondría una limitación a la decisión sobre la vida de ese ser. Pero ya la reforma de 1994 nos dio elementos más contundentes, más fuertes para reconocer el derecho a la vida, reitero, de la mujer gestante y del no nacido”.

Inexistencia del derecho al aborto

Como bien hemos manifestado en el apartado anterior acerca de la protección del niño por nacer desde la concepción establecida en nuestro ordenamiento jurídico interno y en los tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional incorporados en la reforma del año 1994 en el artículo 75, inciso 22, de igual modo es menester afirmar que a nivel internacional no existe mención en los tratados a los que hemos adherido respecto al derecho al aborto.

En este sentido, en el transcurso de las reuniones informativas realizadas en el año en curso, el doctor Alfredo Vitolo –profesor de derecho Constitucional y de Derechos Humanos– expresó que: “Si la existencia de un derecho al aborto fuese tan clara, ¿por qué ningún tratado lo reconoce expresamente? La respuesta es muy simple, porque no hay consenso sobre este punto. Los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos no definen el comienzo de la vida, esta omisión no fue un mero olvido, el aborto estuvo presente en los borradores y debates, y estos instrumentos internacionales se preocuparon expresamente por dejar la cuestión reservada a la discreción de los Estados.[...] Por otra parte, debe reiterarse, como ya se ha dicho aquí, que conforme al derecho internacional, las observaciones o recomendaciones que formulan estos comités no poseen valor de norma obligatoria. De hecho, la República Argentina, reiteradamente discrepa contra las observaciones, sin que genere consecuencia jurídica alguna. De allí que sostener que reconocer el derecho al aborto es una exigencia del derecho internacional, no resulta cierto.”

Asimismo sobre la responsabilidad del Estado argentino frente a las recomendaciones y observaciones de los organismos internacionales, la directora del Instituto de Política Constitucional de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, María Angélica Gelli expresó lo siguiente: “Hice una referencia al exprocurador Righi, ya fallecido, que en el fallo Acosta señaló que el Estado argentino –voy a mencionar dos artículos, el 67 y el 68– está obligado a cumplir los tratados y las sentencias de la Corte Interamericana cuando el Estado es condenado. Esa es la única obligación, el resto, el corpus jurídico de los distintos organismos de derechos humanos, tiene valor, pero no un valor vinculante de la misma manera en que la tienen los tratados con jerarquía constitucional.”

En el mismo sentido, el doctor en Ciencias Jurídicas Siro de Martini, miembro de la Academia Nacional de Derecho expresó: “Nosotros no tenemos

absolutamente ninguna obligación con organismos internacionales de instaurar el aborto en nuestro país. Hay agencias internacionales que nos han pedido que lo hagamos, como se lo han pedido a otros países. Hay una cantidad de países a los cuales se lo han pedido y no han hecho absolutamente nada con esto.”

Respecto a las sentencias u opiniones consultivas de la Corte Interamericana de Derechos Humanos el doctor . en Derecho Néstor Sagüés, catedrático titular en Derecho Constitucional indicó: “La Corte Interamericana de Derechos Humanos. Conviene subrayar que este tribunal en ningún caso ha justificado el aborto discrecional o libre por parte de la madre. En ninguna sentencia u opinión consultiva ha avalado tal derecho.”

V. Conclusiones

A modo de conclusión, luego de haber realizado un análisis pormenorizado del proyecto que propone la legalización del aborto, podemos indicar que dicha propuesta es incompatible con nuestro ordenamiento jurídico y presenta una grave contradicción con el derecho a la vida.

Ante la presentación de este proyecto, lo que se está debatiendo es cómo se resuelve la tensión entre el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo y el derecho a la vida del niño por nacer.

Si nos atenemos a lo que establece nuestro ordenamiento jurídico, conforme a lo que hemos desarrollado, la vida tiene protección desde la concepción.

Pretender equiparar esos derechos nos lleva a una discusión de tener que elegir entre dos vidas, pero esto no es así porque no son derechos equivalentes para nuestro ordenamiento jurídico donde, como en toda concepción de corte humanista, el derecho a la vida está por encima de todos los demás derechos.

Por otra parte, se presentan una serie de argumentos que pretenden fundar la legalización del aborto en cuestiones de índole práctica o por lo que sucede en la sociedad conforme a una visión de un escenario donde las mujeres en situaciones de vulnerabilidad solo encontrarían la solución a un embarazo no intencional a través de la práctica de un aborto.

La verdad es que no siempre es así. Por el contrario, son las mujeres que deben afrontar un contexto más difícil quienes se aferran a la vida con más fuerza y quienes ejercen y reciben la solidaridad de su entorno para superar los problemas.

Si se busca la disminución de la mortalidad materna, no será a través de la legalización del aborto que, además implica una práctica riesgosa para la salud de la mujer. Se requiere buscar las causas y abordarlas con propuestas serias mediante un acompañamiento integral de la mujer y su hijo por nacer, a fin de garantizarles a ambos el máximo respeto por su dignidad.

Curiosamente, este proyecto de ley no avanza con una propuesta de solución a la citada problemática que no sea estrictamente el aborto libre.

Lo dicho pone en evidencia que se pretende sensibilizar a gran parte de la sociedad y convencer así sobre las bondades del presente proyecto, instaurando así un derecho inexistente, no reconocido por nuestra Constitución Nacional, que significa la eliminación de una de las personas involucradas en la problemática, sin ningún tipo de opción para ella, negándole a la par el derecho más supremo que puede tener un ser humano: el derecho a la vida.

En esa misma dirección se manipula el uso del lenguaje. Así, se utilizan las expresiones “Regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo”, o bien “Derecho a decidir la interrupción del embarazo”. Tal juego de palabras no es inocente, tiene por finalidad convencer a la mayor cantidad de personas posible respecto de la necesidad de legalizar el derecho al aborto voluntario, libre y gratuito, utilizando para ello la situación de mujeres en situación de vulnerabilidad cuyos casos muchas veces ya están actualmente contemplados en el artículo 86 del Código Penal; si bien son las que más sufren los problemas que se describen de inequidad y pobreza, no se acredita que resultarán beneficiadas en el presente proyecto ya que la problemática de heterogeneidad en el acceso a los servicios de salud no se resolverán con la sanción de esta ley.

Otro problema que tampoco resuelve este proyecto es el tema de las niñas y adolescentes. Según la redacción actual del texto, en el caso de una niña menor de 13 años, deja abierta la posibilidad para que un posible abusador la acompañe a realizarse la práctica del aborto, quedando la niña en situación de desprotección y abandono por parte del Estado. Otra situación que genera preocupación es el caso de las adolescentes de entre 13 y 16 años de edad, ya que se les permitiría realizar un aborto, pero sin contemplar algún tipo de acompañamiento y apoyo frente a semejante situación traumática. El proyecto hace posible la imagen de una niña de 13 años yendo sola, sin acompañamiento, a practicarse un aborto, y es algo que más allá de todas estas consideraciones no puede dejar de generar preocupación.

En definitiva, como dijimos en el año 2018, antes que la legalización del aborto, hay que explorar otros caminos y en este sentido, la educación sexual integral, el Plan Nacional de Embarazo no Intencional en la Adolescencia debería superar las polémicas en torno a la posiciones ideológicas o irreductibles que retrasan su adecuada implementación.

Además, existen otras propuestas legislativas que merecerían especial tratamiento como los cuidados de la mujer embarazada y del niño por nacer, la modificación de la normativa referida a las adopciones, así como programas que promuevan el acompañamiento familiar y el fortalecimiento de la primera infancia.

Resulta imperioso resolver la cuestión de fondo y ellos nos obliga a no mirar para otro lado ni proponer soluciones que promuevan desestimar la vida. Debe-

mos reconocer que el embarazo no intencional es una práctica que ocurre, pero en función de ello debemos trabajar en propuestas superadoras que promuevan el respeto por toda vida humana e incluyan una atención especial a la situación de las mujeres desprotegidas o que se sienten forzadas a abortar.

Recordemos las palabras de la doctora en ciencias jurídicas Úrsula Basset cuando instó a los legisladores a “cambiar el país para que no haya abusos, que haya responsabilidad, que acompañemos a los vulnerables, que demos opciones.”

Creemos que existen otras opciones para reducir el número de abortos que no sea legalizando más muertes. El aborto suma más vulnerabilidad que no podemos desconocer a la hora de proteger la salud física y emocional de las mujeres.

Por todo lo expuesto, consideramos que corresponde rechazar este proyecto.

Marcela Campagnoli.

ANTECEDENTE

Mensaje del Poder Ejecutivo

Buenos Aires, 17 de noviembre de 2020.

Al Honorable Congreso de la Nación:

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

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

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

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

Es por ello que el primer artículo de este proyecto de ley da cuenta de esa realidad que sucede más allá de las amenazas de sanción penal, que es el problema de salud pública que producen la clandestinidad y la falta de acceso a servicios sanitarios para la atención del aborto. En consecuencia, se asume la responsabilidad del Estado de legislar y proteger con políticas públicas, la salud y la vida de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, a la vez que se pretende incorporar a esas personas al sistema público de salud y garantizarles el acceso a información útil para la prevención de embarazos no intencionales.

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

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

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

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

En ese sentido, en materia de salud pública y derechos sexuales y reproductivos, avanzar en la sanción del presente proyecto confiere y adquiere pleno sentido en el marco de nuestro sistema normativo en su

conjunto y, en particular, de las leyes que ha sancionado el Congreso en los últimos veinte (20) años.

La Argentina cuenta con las leyes 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud (del año 2002), y 26.130, que establece el derecho a acceder a las intervenciones de contracepción quirúrgica en los servicios del sistema de salud (del año 2006). Ambas leyes fueron y son fundamentales para el acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos modernos. La ley 26.150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral y establece el derecho de niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provinciales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipales. Más recientemente, la sanción de la ley 26.485 se ha convertido en bisagra respecto de la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

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

En particular, la integralidad de las políticas de salud sexual y reproductiva es central para el efectivo goce y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Y en ese sentido, el acceso al aborto seguro es una política de salud pública dentro del conjunto de políticas necesarias para garantizar la salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas con identidades de género con capacidad de gestar y, con ella, sus derechos humanos.

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

1. OMS “Salud reproductiva”, 2003. Ver: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf.

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

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

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

En vista de esa meta específica, y en relación con las “leyes, políticas, reglamentos y estrategias” que afectan la salud sexual y reproductiva, la OMS sostiene que “en los lugares donde se ofrece un acceso fácil a servicios aceptados por la legislación, los abortos suelen ser seguros. En cambio, cuando se establecen muchas restricciones a la disponibilidad de estos servicios y al acceso a los mismos, los abortos tienden a entrañar riesgos y pueden ser una causa significativa de morbilidad materna. Los servicios relacionados con el aborto seguro incluyen el suministro de información, el asesoramiento, la prestación de servi-

2. OMS “Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health”, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva, World Health Organization, 2006. Ver: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf.

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

cios de aborto farmacológico y quirúrgico, el reconocimiento y manejo de las complicaciones del aborto no seguro, la dispensación de anticonceptivos después del aborto (cuando se deseen) y el establecimiento de sistemas de derivación a servicios sanitarios de más alta complejidad”.¹

Hablar de “aborto seguro”, siguiendo los lineamientos de la OMS, significa que la práctica es provista por integrantes de equipos de salud con métodos recomendados por la OMS. “Las personas, preparación y condiciones médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto médico y quirúrgico y además dependen de la duración del embarazo. Lo que se considera ‘seguro’ debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actuales de la OMS.”²

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

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

La OMS lo explica de la siguiente manera en su segunda edición de “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”: “Es difícil medir las muertes y las discapacidades relacionadas con el aborto inseguro. Debido a que estas muertes o complicaciones se producen tras un procedimiento clandestino o ilegal, el estigma y el miedo al castigo impiden que el incidente se notifique en forma confiable [...]. Además, las mujeres tal vez no relacionen su afección con una complicación de un aborto previo. Por lo tanto, la notificación de las muertes maternas causadas por abortos inseguros es terriblemente insuficiente. Las complicaciones del aborto inseguro incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20% al 30% de los abortos inseguros causan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20% y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres

sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrolle una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica. Por cada mujer que solicita atención posterior al aborto en un hospital, existen varias que se sometieron a un aborto inseguro pero que no procuran atención médica, ya sea porque consideran que la complicación no es algo serio o porque carecen de los medios económicos necesarios, o porque temen al abuso, al maltrato o a una represalia legal. La evidencia demuestra que los principales costos fisiológicos, financieros y emocionales son acarreados por las mujeres que sufren un aborto inseguro”.

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

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

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

En línea con estas definiciones y conceptos, el presente proyecto establece en su artículo 2°, y siempre atendiendo a una perspectiva de derechos, los compromisos asumidos por el Estado en materia de salud pública. Para que el aborto sea tratado de conformidad con las recomendaciones de la OMS en pos de alcan-

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

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

zar los objetivos de desarrollo sostenible, en particular su meta 3.7, se establece que las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a: *a)* Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley; *b)* Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley; *c)* Requerir y recibir atención posaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados, de conformidad con la presente ley; *d)* Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

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

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

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

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

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

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), creado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha señalado en su observación general 22 (año 2016),

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

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

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

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en sus observaciones finales (OF) de octubre de 2018, en el marco del cuarto informe periódico de nuestro país, señaló:

“El Comité está preocupado por los altos números de abortos peligrosos en el Estado parte, directamente ligado a la mortalidad materna, los obstáculos que encuentran para acceder al aborto en las causales previstas legalmente, como la falta de medicinas requeridas o el impacto negativo de la objeción de conciencia de médicos. El Comité lamenta también que no se haya aprobado la despenalización del aborto”. Por esos motivos recomendó al Estado: *a)* Adoptar medidas efectivas para la implementación en todas las provincias de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de 2012 sobre el aborto legal y garantizar que todas las provincias adopten protocolos para facilitar

el acceso efectivo y el cuidado integral a las niñas y mujeres que recurren al aborto en los casos previstos en la ley vigente y en conformidad con dicha sentencia; *b)* Garantizar el acceso a los medicamentos que permiten una interrupción del embarazo seguro, como el misoprostol y la mifepristona; *c)* Establecer el marco legal y los servicios necesarios para garantizar el acceso al aborto en los casos previstos en la ley vigente a fin de reducir el número de muertes maternas evitables, y garantizar el acceso a instalaciones, suministros y servicios de atención a la salud para satisfacer las necesidades de atención previas y posteriores al aborto; *d)* Garantizar la provisión permanente de métodos anticonceptivos de corta y larga duración en todo el territorio nacional garantizando su accesibilidad y efectivo uso, así como mejorar la prevención, proveer los servicios de cuidado temprano y el control del embarazo con un enfoque intercultural, fortaleciendo la estrategia para el alta conjunta hospitalaria para los recién nacidos de alto riesgo; *e)* Adoptar medidas proactivas para garantizar que las leyes, regulaciones y prácticas pertinentes con respecto a las objeciones de conciencia por parte del personal médico para realizar o asistir en abortos legales no obstruyan el acceso rápido y efectivo al aborto y aseguren el trato profesional y en respeto de la dignidad humana de todas aquellas personas que buscan acceso a servicios de aborto; *f)* Tomar todas las medidas necesarias para liberalizar las condiciones para el aborto legal y en todo caso nunca criminalizar a las mujeres que recurren al aborto”.¹

El Comité de los Derechos del Niño, en sus observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la Argentina manifestó: “... observando con preocupación los obstáculos a los que se siguen enfrentando los adolescentes en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación en ese ámbito, la elevada incidencia de embarazos entre las adolescentes y el alto riesgo de mortalidad materna entre las madres adolescentes, así como el acceso insuficiente a métodos anticonceptivos modernos y de planificación familiar, el Comité recomienda al Estado parte que: ...*b)* Garantice el acceso de las adolescentes a servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto, asegurándose de que la opinión de la interesada siempre sea escuchada y tenida debidamente en cuenta en el proceso de decisión”.²

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la CEDAW por su parte, en sus observaciones finales sobre el sexto informe periódico de la Argentina expresó “su preocupación por la

elevada tasa de embarazos entre las adolescentes y la elevada tasa de mortalidad materna, que en una tercera parte tiene como causa el aborto ilegal...” e instó al Estado a “que adopte todas las medidas necesarias para reducir aún más la elevada tasa de mortalidad materna. El Comité insta además al Estado parte a que revise la legislación vigente que penaliza el aborto, que tiene graves consecuencias para la salud y la vida de las mujeres”.³

Seis años después, en la séptima evaluación periódica, señaló que “preocupa profundamente al Comité el estancamiento de la tasa de mortalidad materna, debido, entre otras cosas, a los abortos practicados en condiciones de riesgo; el limitado acceso al aborto legal, en contravención de la legislación y de la decisión adoptada por la Corte Suprema de Justicia en 2012; la frecuente negativa de médicos a practicar un aborto por razones de conciencia, y los casos de enjuiciamientos contra las mujeres que se han sometido a abortos”, e instó al Estado a que: “*a)* Reduzca la tasa de mortalidad materna, garantizando que las mujeres tengan acceso a servicios apropiados (incluidos servicios obstétricos de urgencia) en relación con el embarazo, como atención prenatal, de maternidad y posnatal, y aumente las partidas presupuestarias para la prestación de servicios ginecológicos y obstétricos en las zonas rurales y apartadas; *b)* Inicie procedimientos de rendición de cuentas para velar por que todas las provincias aprueben protocolos sobre la práctica del aborto no punible, en consonancia con la decisión de la Corte Suprema de Justicia de 2012 y el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo; *c)* Vele por que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto legal y sin riesgo y de atención posterior al aborto, y defina y aplique requisitos estrictos de justificación para prevenir el uso general de la objeción de conciencia por los médicos que se niegan a practicar abortos, considerando en particular los casos de embarazo temprano como consecuencia de violación o incesto que pueden equivaler a tortura; *d)* Acelere la aprobación del proyecto de ley relativo a la interrupción voluntaria del embarazo aumentando el acceso legal al aborto, no solo en los casos de violación y de riesgo para la vida o la salud de la madre, sino también en otras circunstancias, como en los casos de incesto y riesgo de graves malformaciones del feto”.⁴

El Comité de Derechos Humanos, en sus observaciones finales de 2016, en ocasión de la quinta evaluación periódica, señaló: “El Comité expresa su preocupación por el ‘caso de Belén’, en que se utilizó la figura del delito de homicidio agravado para una

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

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

3. Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de la Argentina, CEDAW/C/ARG/CO/6, párrafo 37 y 38.

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

supuesta alegación de aborto ilegal y que la acusada esté todavía privada de libertad. El Comité también está preocupado por los altos índices de abortos clandestinos que han resultado en mortalidad materna, así como por los embarazos de adolescentes (artículos 3°, 6°, 7° y 17)°”.

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

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

Nadie conoce la magnitud exacta del problema. No sabemos con precisión cuántos abortos ocurren en nuestro país, precisamente porque es parte del problema de la clandestinidad y la ilegalidad. Si se han realizado estimaciones con métodos que fueron validados internacionalmente. Esas estimaciones realizadas a solicitud del Ministerio de Salud de la Nación fueron publicadas en el año 2005 y dan cuenta de que ocurren entre 370.000 y 520.000 abortos por año.¹

En relación con las defunciones maternas por embarazos terminados en abortos, y aún con las dificultades de registro por notificaciones insuficientes –como señala la OMS–, en el año 2018 se registraron 257 muertes maternas en la Argentina, de las cuales 35 se debieron a abortos inseguros,² es decir, casi catorce por ciento (14%). Si comparamos esa proporción con lo que se estima ocurre a nivel global, donde al menos el ocho por ciento (8%) de las muertes maternas se debe a abortos inseguros,³ la Argentina está cerca de duplicar el porcentaje.

Esa estadística nacional oculta, a su vez, las desigualdades al interior de nuestro país, entre las distintas jurisdicciones. Por ejemplo, Santiago del Estero o Formosa, con poblaciones que, según el Censo 2010 –y sumando las de ambas provincias–, no alcanzan al cuatro por ciento (4%) del total nacional (dos coma

dos por ciento [2,2%] Santiago del Estero y uno coma tres por ciento [1,3%] Formosa), registran el diecisiete por ciento (17%) y el seis por ciento (6%) de esas muertes. Hay provincias que llegan a cuadruplicar la tasa de mortalidad materna nacional, y eso refleja las inequidades entre provincias y que las víctimas probablemente sean mayoritariamente mujeres y otras personas gestantes en situación de vulnerabilidad.

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

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

Los egresos hospitalarios por aborto en el subsector estatal en el año 2017 fueron 38.599 sobre un total de 405.469 egresos por causas obstétricas en el mismo subsistema. La razón egresos por aborto/egresos por otras causas obstétricas fue 0,07 (7 abortos cada 100 egresos obstétricos) en Santa Fe a 0,14 (14 abortos cada 100 egresos obstétricos) en Catamarca.⁴

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

Estas incapacidades y muertes no se distribuyen entre todas las regiones o países de la misma forma. Resultan determinantes de la morbimortalidad materna, las condiciones legales de acceso a abortos seguros.

Destaco con énfasis que el hecho de garantizar estas condiciones legales que habilitan el aborto seguro, de ningún modo aumenta la probabilidad de que una mujer decida hacerlo; lejos de ello, se mejoran las condiciones legales de acceso al aborto seguro sin que ello implique que el número de abortos crezca. Lo que se pretende es que las personas gestantes que han tomado la decisión de abortar lo hagan en forma segura

1. Mario, S., y Pantelides, A. (2009). “Estimación del aborto inducido en la Argentina. Notas de población”. Año XXXV, N87, CEPAL. Santiago de Chile. Disponible en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>.

2. Estadísticas vitales 2018. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf>

3. Instituto Guttmacher. “Aborto inducido a nivel mundial”. Guttmacher, 2018. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

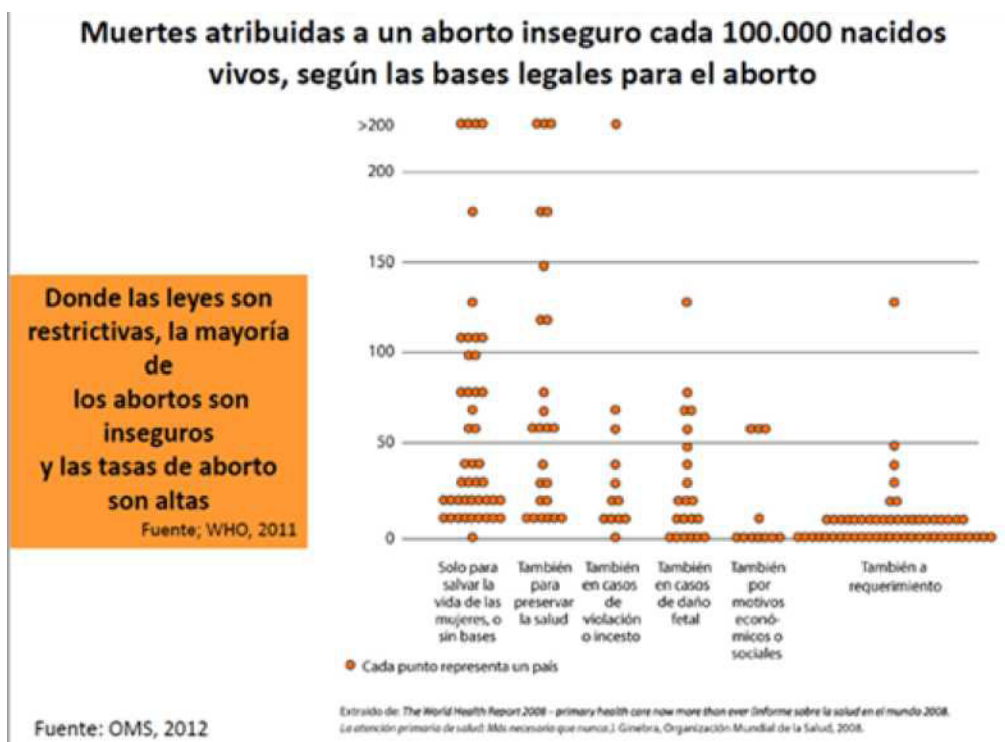
4. Ministerio de Salud, elaboración de la DNSSyR sobre la base de datos provistos por la DEIS en octubre de 2020.

para evitar que pongan en riesgo su vida y su salud y, al mismo tiempo, tengan la posibilidad de ingresar al sistema público de salud y de acceder a información útil para evitar en lo sucesivo nuevos embarazos no intencionales y nuevos abortos.

Dice la misma publicación citada anteriormente, en el resumen de su capítulo 1: “Atención para un aborto sin riesgos: los fundamentos lógicos desde el punto de vista de la salud pública y de los derechos humanos [...] Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos. En los lugares donde la legislación permite realizar un aborto según indicaciones amplias, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro en general son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido [...] La tasa de letalidad del aborto inseguro es de 460 cada 100.000 procedimientos de aborto inseguro en África, en comparación con 30 cada 100.000 en América Latina y el Caribe y 160 cada 100.000 en Asia. Cuando el aborto inducido es

realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América (EE. UU.), la tasa de letalidad es 0,7 cada 100.000 abortos legales”.

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



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

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

El texto que se propone en el presente proyecto toma en consideración todo lo hasta aquí expuesto, se asienta en la normativa constitucional y convencional, en las recomendaciones de los organismos de derechos humanos, en las leyes 25.673, 26.061, 26.075, 26.130, 26.150, 26.485, 26.529, 26.743 y 27.499 y en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Asimismo, se nutre de los proyectos de ley presentados desde hace más de diez (10) años por parte de las organizaciones de la sociedad civil en el Congreso de la Nación y por distintos legisladores y distintas legisladoras.

Los compromisos asumidos por el Estado argentino en los instrumentos que integran la Constitución Nacional son, como mencionamos al referirnos a los artículos 1° y 2°, el punto de partida de esta iniciativa; es por ello que el artículo 3° del proyecto enmarca expresamente las disposiciones de la ley en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, en especial en los tratados con jerarquía constitucional que se mencionan y en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, al derecho a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

El artículo 4° reconoce el derecho de las personas gestantes a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Se intenta atender las realidades de las personas más vulneradas en sus derechos que, por distintas circuns-

tancias, encuentran obstáculos propios de su situación para decidir y acceder a la interrupción del embarazo.

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

Respecto al inciso b) del artículo 4°, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud, se establece que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹ El derecho a la salud debe interpretarse en el sentido expuesto, abarcando la salud psíquica y entendiendo su íntima relación con el bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos (“Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la interrupción legal del embarazo”, 2ª edición, 2019).

El artículo 5° establece los derechos y las condiciones mínimas que debe garantizar y respetar el personal de salud en la atención del aborto y del posaborto: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información amplia, adecuada y de calidad. Se incorporan aquellas previstas en las leyes 26.485, Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, y 26.529, de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Se plasma en la ley el plazo máximo de diez (10) días corridos desde que fue requerida la práctica por la persona gestante, para cumplir con la prestación de interrupción voluntaria del embarazo habilitada por ley.

Los artículos 6° y 7° disponen los procedimientos que deben seguir los establecimientos de salud ante la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo. El artículo 6° establece que, si la persona gestante lo requiere, se le brindará información sobre los proce-

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

dimientos y los cuidados posteriores, así como los distintos métodos anticonceptivos disponibles. Esto es un derecho de la persona gestante en el marco de la ley 25.673 sobre salud sexual y procreación responsable y no puede considerarse como una condición para la realización de la práctica. Se trata de aprovechar la oportunidad que otorga el acceso al sistema de salud para que las personas gestantes que solicitaron la interrupción del embarazo puedan acceder a métodos anticonceptivos, y para acercar al Estado como obligado a dar asistencia para cuidar la salud a las familias que lo requieran. En los países que han legalizado el aborto, estas prácticas son las que contribuyeron a que los índices de abortos fueran descendiendo paulatinamente.

Como toda práctica de salud, se requiere el consentimiento informado, que, según el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, es la declaración de voluntad expresada por la paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada.

El artículo 8° se refiere a las niñas y adolescentes y se enmarca en la ley 26.061 sobre protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, el Código Civil y Comercial de la Nación y las resoluciones del Ministerio de Salud (resolución 65/15 y resolución 1/19).

El artículo 9° regula la forma en que las personas con capacidad restringida brindan su consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo, siguiendo las disposiciones del Código Civil y Comercial de la Nación.

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

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

Esta iniciativa se articula con una decisión, también de política de salud pública, sobre la necesidad de garantizar en forma efectiva la educación sexual integral en todo el territorio del país, como medida efectiva para evitar los embarazos no intencionales y también los abortos. El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, vigente desde el año 2006, pero que cuenta aún con resistencias para su efectiva implementación, o con implementación deficiente, en diversos puntos del país.

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

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

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

En el artículo 85 bis se propone la incorporación de un nuevo tipo penal, que prevé la pena que les corresponde a los funcionarios públicos y a las funcionarias públicas o los o las agentes de salud que dilataren injustificadamente o se negaren a practicar la interrupción voluntaria del embarazo en contravención a la normativa vigente. Se intenta evitar que, mediante una conducta contraria a la ley, se obstruya el derecho a acceder a una práctica legal. La inclusión de este artículo es necesaria para evitar que se repitan situaciones de violencia institucional o actos que podrían configurar maltrato y hasta torturas. El tipo penal descripto se aplicará, si correspondiere, en concurso con otros delitos cuando así correspondiere.

El artículo 86 propuesto excluye del Código Penal al aborto con consentimiento de la persona gestante, hasta la semana catorce (14), inclusive, de gestación. Luego, reitera las causales vigentes en el Código Penal desde el año 1921, con las aclaraciones efectuadas por el fallo F.A.L., las directrices de los tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional y las observaciones de los organismos de aplicación de los mismos. En virtud de lo expuesto, se explicita que la

interrupción voluntaria del embarazo solicitada por la causal de violación no requerirá denuncia judicial ni policial, pero se requerirá la declaración jurada de la mujer.

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

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

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

Por todo lo expuesto, se eleva el presente proyecto de ley a consideración de su honorabilidad solicitando su pronta sanción.

Saludo a su honorabilidad con mi mayor consideración.

Mensaje 134

ALBERTO Á. FERNÁNDEZ.

Santiago A. Cañero. – Ginés M. González García. – Marcela M. Losardo. – Elizabeth Gómez Alcorta.

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

Artículo 1° – *Objeto.* La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención posaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

Art. 2° – *Derechos.* Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

- a) Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- c) Requerir y recibir atención posaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley;
- d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Art. 3° – *Marco normativo constitucional.* Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y su protocolo facultativo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos de Niño y la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Art. 4° – *Interrupción voluntaria del embarazo.* Las mujeres y otras personas con identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:

- a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración

jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida;

- b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 5° – *Derechos en la atención de la salud.* Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley, y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y posaborto:

- a) *Trato digno.* El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar;
- b) *Privacidad.* Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización, conforme las previsiones del artículo 8° de la presente ley.

Asimismo, deberá protegerse a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros;

- c) *Confidencialidad.* El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

La paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente;

- d) *Autonomía de la voluntad.* El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las

decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad;

- e) *Acceso a la información.* El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita;

- f) *Calidad.* El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Art. 6° – *Información y tratamiento del aborto y de la salud sexual y reproductiva.* Realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con el artículo 4°, el establecimiento de salud pondrá a disposición de las personas gestantes que así lo requieran, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ley 25.673, lo siguiente:

- a) Información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios, siguiendo los criterios del artículo anterior;
- b) Atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso;
- c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos en el programa médico obligatorio (PMO) y en la ley 25.673 o la normativa que en el futuro la reemplace.

Estos servicios no son obligatorios para la paciente ni condición para la realización de la práctica.

Art. 7° – *Consentimiento informado*. Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 y concordantes y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

Art. 8° – *Personas menores de edad*. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo deberá ser efectuada:

- a) En los casos de personas menores de trece (13) años de edad, mediante su consentimiento informado con la asistencia de al menos uno/a de sus progenitores/as o representante legal. En ausencia o falta de ellos/as, se solicitará la asistencia de las personas indicadas en el artículo 4° del anexo I del decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673, en el artículo 7° del anexo I del decreto reglamentario 415/06 de la ley 26.061, de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. No se deberá requerir autorización judicial alguna;
- b) En los casos de adolescentes de entre trece (13) y dieciséis (16) años de edad, se presume que cuentan con aptitud y madurez suficiente para decidir la práctica y prestar el debido consentimiento, a menos que deba utilizarse un procedimiento que implique un riesgo grave para su salud o su vida. En dichos casos será necesario, además de su consentimiento, el asentimiento de al menos uno/a de sus representantes legales o, a falta de ellos/as, se solicitará la asistencia de las personas indicadas en el artículo 4° del anexo I del decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673, en el artículo 7° del anexo I del decreto reglamentario 415/06 de la ley 26.061 y en la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación.

Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento, a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley.

Art. 9° – *Personas con capacidad restringida*. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin

ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.

Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Art. 10. – *Objeción de conciencia*. El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público y privado, en que ejerza su profesión;
- b) Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;
- c) Adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el acceso a la práctica;
- d) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria posaborto.

El incumplimiento de los requisitos para ejercer el derecho de objeción de conciencia dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Art. 11. – *Cobertura y calidad de las prestaciones*. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidas en la ley 26.682 de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden

servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Art. 12. – *Educación sexual integral y salud sexual y reproductiva.* El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, de educación sexual integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.

Estas políticas deberán estar enmarcadas en los objetivos y alcances establecidos en las leyes 23.798, 25.673, 26.061, 26.075, 26.130, 26.150, 26.206, 26.485, 26.743 y 27.499, además de las leyes ya citadas en la presente ley. Deberán, además, capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los y las docentes y a los y las profesionales y demás trabajadores y trabajadoras de la salud, a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley, así como a los funcionarios públicos y las funcionarias públicas que actúen en dichos procesos.

Art. 13. – *Modificación del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 85 del Código Penal de la Nación por el siguiente:

Artículo 85: El o la que causare un aborto será reprimido:

1. Con prisión de tres (3) a diez (10) años, si obrare sin consentimiento de la persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona gestante.
2. Con prisión de tres (3) meses a un (1) año, si obrare con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86.

Art. 14. – *Incorporación del artículo 85 bis del Código Penal.* Incorpórase como artículo 85 bis del Código Penal de la Nación el siguiente:

Artículo 85 bis: Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se

negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

Art. 15. – *Sustitución del artículo 86 del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 86 del Código Penal de la Nación por el siguiente:

Artículo 86: No es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo establecido en el párrafo anterior, no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante:

1. Si el embarazo fuere producto de una violación. En este caso, se debe garantizar la práctica con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el o la profesional o personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida.

2. Si estuviera en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 16. – *Sustitución del artículo 87 del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 87 del Código Penal de la Nación por el siguiente:

Artículo 87: Será reprimido o reprimida con prisión de seis (6) meses a tres (3) años el o la que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado del embarazo de la persona gestante fuere notorio o le constare.

Art. 17. – *Sustitución del artículo 88 del Código Penal.* Sustitúyese el artículo 88 del Código Penal de la Nación por el siguiente:

Artículo 88: Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año la persona gestante que, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86, causare su propio aborto o consintiera que otro se lo causare. Podrá eximirse la pena cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

La tentativa de la persona gestante no es punible.

Art. 18. – *Capacitación.* El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley y de la normativa complementaria y reglamentaria. A tal fin, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implementarán los correspondientes programas de capacitación.

Art. 19. – *Autoridad de aplicación.* La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 20. – *Orden público.* Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

Art. 21. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

ALBERTO Á. FERNÁNDEZ.

*Santiago A. Cafiero. – Ginés M. González
García. – Marcela M. Losardo. –
Elizabeth Gómez Alcorta.*