

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

LA REVOLUCIÓN SERÁ FEMINISTA O NO SERÁ

Estrategias para la plena implementación de la resolución ministerial 3146/12, sobre abortos no punibles en el Partido de La Plata

CAROLINA EDUARDO

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Licenciatura en Comunicación Social, orientación planificación

Título: La revolución será feminista o no será. Estrategias para la plena implementación de la resolución ministerial 3146/12, sobre abortos no punibles en el Partido de La Plata

Directora: DELMAS, Flavia

Estudiante: EDUARDO, Carolina

N° de legajo: 20047/2

Correo electrónico: eduardocarolina@live.com

Facultad de Periodismo y Comunicación Social, sede La Plata

NOVIEMBRE, 2017

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a la Facultad, por haberme dado un lugar, por haberme dejado sentirla propia, por los momentos únicos, por mis amigos y amigas, y por todas experiencias increíbles vividas durante estos años. Le agradezco a mi mamá, por haber sido mi sostén cuando la necesité, por haberme guiado, y por haberme hecho conocer esta carrera mágica. Le agradezco a mi novio, mi compañero, por ser incondicional y por acompañarme en cada una de mis decisiones. Le agradezco a mi papá, por esforzarse en que todos los días seamos mejores personas y por el apoyo tan preciado de este último año, que me permitió sostenerme en un momento de incertidumbre. A mis hermanos y hermanas, que amo, Rodrigo, Valentino, Mariana y Micaela. A Marisol, por confiar y por permitirme crecer. A Flavia, por dejarme ser parte de un espacio en movimiento, con personas magníficas, y por acompañarme en este proceso. A mis compañeras de la Secretaría de Género, que me abrieron el camino a este terreno que me hizo descubrir miles de saberes y discusiones fantásticas. A mis amigos y amigas. A los de todos los días. A todas las personas que me crucé en este camino, y siempre apostaron a que siguiera, gracias.

ÍNDICE

Introducción	6
Herramientas teórico conceptuales	8
La elaboración del diagnóstico	8
La construcción de la planificación comunicacional	10
Aborto: criterios, historia y estadísticas.....	11
Violencia institucional en Argentina	14
Estado del arte	17
Mujeres	17
Aborto.....	19
Políticas públicas.....	20
Destinatarios/as	22
Objetivo general	22
Objetivos específicos	22

PARTE I

Mujeres, roles y luchas	23
Violencias que perduran a nivel mundial	23
La mujer en América Latina	26
Argentina: violencias que operan sobre la mujer. Datos y estadísticas.....	28
El aborto en el mundo	34
Datos y estadísticas mundiales	34
El aborto en América Latina y el Caribe.....	35
Despenalizando el aborto. Normativas, datos y estadísticas	38
El caso de Uruguay.....	38
El caso de México D.F	40
El caso de Cuba	41

El aborto en Argentina	43
Datos, normativas y legislaciones vigentes.....	44
El aborto en Provincia de Buenos Aires.....	47
Programa de Salud Sexual y Reproductiva.....	49
Consejerías en salud sexual y reproductiva.....	53
El aborto en el Partido de La Plata	54
Hospital Interzonal de Agudos Esp. en pediatría “Sor María Ludovica”	55
Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”	56
Hospital Interzonal especializado de agudos y crónicos “San Juan de Dios”	56
Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín”.....	56
Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque”	57
Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Rodolfo Rossi”	57
Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Ricardo Gutiérrez”.....	57
Hospital Subzonal Especializado “José Ingenieros”	58

PARTE II

Proyecto de campaña para la plena implementación del aborto no punible en el partido platense	59
Breve fundamento y descripción de la propuesta	59
Posicionamiento	61
Antecedentes históricos.....	61
Documentación pre existente	63
Situación actual	64
Objetivo general	64
Objetivos específicos.....	64
Destinatarios/as.....	65
Estrategia	66
Productos y canales planificados	67
Calendarización.....	70
Conclusión	75
Referencias	77
Anexos	86

INTRODUCCIÓN

La interrupción legal del embarazo (ILE) en Argentina se encuentra reglamentada bajo el modelo de causales por el artículo 86 del Código Penal, vigente desde 1922. En 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a través del fallo “F.A.L s/ medida autosatisfactiva”, precisó los alcances del aborto no punible (ANP), entendiendo de manera amplia el inciso 2 del artículo 86 de la legislación, donde se dispuso que ninguna víctima de violación necesitaba de una determinación judicial, ni de una denuncia policial, ni de la presentación de pruebas para el acceso, siendo suficiente la firma de una declaración jurada. Este dictamen marcó un antes y un después. En torno al mismo, distintas jurisdicciones nacionales diseñaron y aplicaron protocolos, con el fin de regular su correcta aplicación. La Provincia de Buenos Aires lleva adelante la práctica a través de la Resolución 3146/12 del Ministerio de Salud que, si bien es posterior a la disposición del máximo tribunal, presenta un carácter restrictivo, en donde no son contemplados los desacuerdos entre los/as profesionales de la salud y las mujeres solicitantes, no se reconocen las capacidades de las personas menores de edad, no se establecen sanciones para los efectores que incumplan con su tarea, ni se contemplan los consentimientos informados de las mujeres con “enfermedades o discapacidades mentales”¹.

En relación es imprescindible destacar la existencia de un protocolo nacional elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015 que, si bien había sido establecido como norma de cumplimiento obligatoria para el total de las instituciones públicas y privadas del país, en 2016 fue modificado, y actualmente cada provincia tiene la decisión de adherir. El mismo representó un gran paso para la discusión del acceso al aborto legal, entendiéndolo como un derecho. En base a la normativa, es relevante señalar que la misma concibe que dicha práctica solo puede ser realizada en hospitales, y que las/os directoras/es tienen un plazo de diez días para darle una respuesta a la mujer. Así también destaca que todas las personas gestantes tienen que ser informadas sobre la objeción de conciencia de su médica/o o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen sobre su embarazo.

Sin embargo, y pese a la reglamentación vigente, el acceso a la ILE no se adecua a lo dispuesto por la ley. En noviembre de 2016, como resultado de su visita al país, Dubravka Simonovic –relatora especial de las Naciones Unidas sobre violencia contra la mujer–, publicó

¹ Entendido desde lo dispuesto por la resolución ministerial 3146/12.

un comunicado en donde señaló que Argentina no cumple con la normativa vigente, viola los derechos humanos de las personas y contribuye al aumento de las altas tasas de mortalidad materna, ya que el procedimiento para llevar adelante una interrupción legal del embarazo (ILE) suele presentar múltiples irregularidades (Dubravka, S., 2016).

Es indispensable pensar el no acceso al aborto desde la violencia contra las mujeres. En este sentido, Argentina presenta una de las más altas tasas de femicidios de América Latina, más de 3.000 casos de abusos sexuales, más de 8.000 delitos denunciados contra la integridad sexual, y altos niveles de mortalidad materna. El incumplimiento de la ILE, constituye solo uno de los derechos vulnerados de las mujeres, de entre los múltiples que les son negados todos los días. La creación de un apartado es fundamental para poder visualizar el rol de las mujeres. Dar cuenta y entender las luchas sobre las que han trabajado a lo largo de la historia, se vuelve esencial para situar la presente investigación.

El trabajo se propone la realización de un diagnóstico comunicacional en profundidad, con el fin de efectuar una planificación estratégica que permita el máximo acceso a la práctica del aborto no punible en la el Municipio de La Plata, considerando este acceso desde los ocho hospitales provinciales. A fin de desarrollar una planificación integral, se trabajará con las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva existentes, considerando la trayectoria de las mismas en la temática. Se entenderá que la norma ministerial es restrictiva, y que Argentina no respeta la decisión de la mujer, negando el debate parlamentario de la interrupción voluntaria del embarazo. Se conceptualizará al aborto como un acto revolucionario, dando cuenta de que las mujeres se desligan del rol impuesto de madre, y toman una decisión soberana sobre su cuerpo.

HERRAMIENTAS TEÓRICO CONCEPTUALES

La elaboración del diagnóstico. La construcción de la planificación comunicacional. Aborto: criterios, historia y estadísticas. Violencia institucional en Argentina.

El presente Trabajo Integrador Final, se propone un recorrido fraccionado en dos etapas. La primera llevará adelante la tarea de incorporar, evaluar y debatir sobre las investigaciones existentes. Este proceso será entendido como el diagnóstico del tema a tratar, y durará tanto como dure el trabajo, o incluso, aún más. La segunda, tendrá la capacidad de generar estrategias de gestión frente a un territorio determinado. Será entendida como la planificación, y tendrá como meta mejorar la calidad de vida de las personas (Ceraso & Arrua, 2005).

La elaboración del diagnóstico

El diagnóstico comunicacional es aquel que, a través de tareas vinculadas a la investigación, nos ayudará a conocer una realidad. Retomando a María Cristina Mata (1993), es que es posible entenderlo como “un proceso sistemático, que busca comprender lo que sucede a través de síntomas significativos con el fin de lograr la superación de los aspectos problemáticos encontrados de una determinada realidad, o de potenciar sus aspectos positivos”. El diagnóstico es un proceso vital en la comunicación, y no tiene fin. Es decir que, una vez concluido el trabajo, el mismo puede seguir siendo profundizado no sólo por el primer investigador, sino también por otros.

Desde esta manera de intervenir en una determinada situación, se entiende que la realidad es dinámica y cambiante, y que se transforma según las distintas coyunturas políticas, culturales y sociales que la atraviesan. Su manera de trabajar es inquieta. El diagnóstico en comunicación se construye desde la investigación y compila la información a través de herramientas que pueden ser gráficas, fotográficas y/o audiovisuales. Es el punto de partida para la creación de estrategias que permitan la transformación de una realidad. Nos permite discernir sobre una situación, visibilizar aristas, proponer objetivos y trabajar en torno a ellos.

En base a la información recopilada durante la investigación, la misma podrá ser cualitativa o cuantitativa. La primera será aquella imposible de ser contabilizada. Tendrá como objetivo describir cualidades a través del uso de herramientas como la entrevista o la observación. En base a la segunda, la misma estará basada en los datos mensurables, tales como la población de una ciudad, los porcentajes de una encuesta, los promedios de un estudio, etc. Dadas las

características del presente trabajo, serán comprendidas ambas modalidades, ya que se recuperarán datos estadísticos brindados por parte de organismos, organizaciones e instituciones nacionales e internacionales, mientras que así también serán realizadas entrevistas, encuestas y observaciones. Estos procesos, permitirán conocer las realidades, los datos, las causas y las tendencias.

Hay distintas maneras de entender el proceso del diagnóstico y su manera de vincularse con la comunidad. Por ejemplo, pueden verse casos de políticas públicas en donde las mismas son pensadas y diseñadas por funcionarios y personas ajenas con la realidad a trabajar, lo que vulnera a la población destinataria ya que no son tenidos en cuenta sus deseos, sus valores, sus saberes ni sus realidades. Un ejemplo de esto último puede ser la aplicación de la reforma educativa en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las tomas en los Colegios, como muestra de disconformidad. El presente trabajo abordará al diagnóstico desde la comunicación, entendiendo que cada sujeto es crítico, que construye una relación con el mundo que lo rodea e interviene, que conoce su realidad, que tiene valores y creencias que lo atraviesan y que se rige por determinadas prácticas en un escenario mediado por límites y relaciones políticas, ideológicas y económicas (Oporto, 2009).

En sintonía, las prácticas comunicativas serán entendidas como espacios de interacción entre sujetos en las que se verifican procesos de producción de sentido (Mata, 1985). Visibilizando las investigaciones realizadas por Eliseo Verón y Silvia Sigal (1986), es que es posible entender que el sentido no opera según una causalidad lineal. Los/as emisores/as dotan de sentido a ciertos significantes y los receptores le atribuyen otros sentidos a lo recibido. Pero es preciso dar cuenta de que el receptor no es libre en su atribución. Mata distingue que los mismos se encuentran atravesados por un sinfín de discursos de comunicación masiva, práctica y educativa, que ha ido moldeando a estos actores. Para el caso de los/as emisores/as, destaca que estos/as entablan relaciones de aceptación, adhesión y consumo, considerando las condiciones de recepción de su discurso. Así también, la autora señala:

“El terreno del discurso social, el terreno de la cultura y la comunicación es, consecuentemente, terreno de modelación social y, por ende, terreno de disputas, negociaciones, conflictos y acuerdos del orden del sentido. Reconocer lo que hegemoniza ese campo no impide proponer alternativas, emprender el camino del cuestionamiento” (Mata, 1985, p. 45)

El terreno de la construcción de las normativas puede verse reflejado en lo dispuesto por Mata. Es fácil poder ver como median el discurso, la cultura y la comunicación por la

modelación social. En Argentina es factible advertir cómo el aborto aún se encuentra en el campo de batalla. El presente Trabajo Integrador Final (TIF), se propone un trabajo específico en el Municipio de La Plata vinculado al acceso al aborto no punible, regido por la resolución ministerial 3146/12 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, para poder dar cuenta del surgimiento de dicha normativa, y de la manera en que la misma actúa sobre el territorio mencionado, es necesario poder situar al municipio, a la provincia, al país, y a Latinoamérica en general, atravesados por distintos discursos que competen a la interrupción del embarazo.

América Latina es la región que cuenta con la mayor cantidad de naciones que prohíben la interrupción del embarazo en todos los casos. En estos países, incluso se encuentran prohibido el acceso bajo las causales de salud o violación. Esto puede verse ligado a que el 69% de su población practica el catolicismo (Pew Research Center, 2014) religión que abiertamente se ha manifestado en contra de la interrupción, y al orden jerárquico de género como estructura del sistema patriarcal, que define a los cuerpos de las mujeres como no políticos, y las compele bajo la maternidad obligatoria. Sin embargo, ésta es la región en donde se presentan las mayores tasas abortivas a nivel mundial (Sedgh, Bearak, Singh, Bankole, Popinchalk, Ganatra, Rossier & Alkema, 2016). Para poder entender la manera en que opera el discurso que circula sobre la práctica abortiva en Argentina, el diagnóstico se vuelve indispensable.

La construcción de la planificación comunicacional

La planificación es aquello que deviene del diagnóstico. Es donde se vuelcan los resultados, se crean las estrategias y se planifican las acciones para la transformación. Nos permite pensar de forma estratégica nuestras acciones (Ceraso & Arrua, 2004), y de esa manera, actuar de manera ordenada. Chaves Zaldumbide (2001) destaca que este modelo de la planificación se basa en tres premisas teóricas y conceptuales. La primera es la idea de integridad. La realidad no se presenta fragmentada, sino que se identifican actores, relaciones y situaciones que le proporcionan al territorio una identidad concreta, atravesada por complejidades y dinámicas que pueden ser o no problemáticas. La segunda es la idea de diversidad, en donde se visibiliza que, si bien los sujetos que intervienen en el proceso comunicativo tienen diferencias, pueden trabajar desde sus ideas en común y generar una construcción colectiva. La tercera y última es la idea de la construcción colectiva, en donde el autor manifiesta que, lejos de tener que buscar estrategias de oposición y/o conflicto, es necesario establecer estrategias de cooperación, que permita que las/os actores avancen por un proyecto en común, con el fin de transformar la realidad.

La planificación comunicacional no es un instrumento, sino un proceso transformador, que se lleva adelante a través de la creación de un proyecto social de construcción colectiva. Las primeras ideas que se tenían sobre la planificación estaban asociadas a la idea económica del desarrollo y se basaban en lo propuesto por el positivismo. Sin embargo, esta idea fue migrando. En general, las lógicas empresariales continúan utilizando las teorías anteriores, vinculadas al mercado y no a los procesos propios de cada comunidad. El presente TIF abordará los trabajos realizados por distintas organizaciones de mujeres, institutos abocados al tema del aborto, organismos y direcciones, con el fin de recoger sus deseos y generar estrategias colectivas. Se priorizará una planificación construida en red, ya que esta modalidad de trabajo permite la articulación entre actores y potencia la transformación en sentidos propios. Generar una red supone que todos tienen saberes y conocimientos útiles e importantes.

Aborto: criterios, historia y estadísticas mundiales

No es casualidad que el tema del aborto sea un tema controversial. El aborto pone en tensión los mandatos culturales ligados a la mujer, de la que desde niña se espera que sea educada y obediente, y que en su adultez se case, tenga hijos y que asuma la mayoría de los quehaceres domésticos (Faur, Correa, Re & Pagani, 2003). La mujer debe ser madre y debe ser esposa y el mandato se internaliza incluso en los juegos promovidos durante la niñez. La interrupción voluntaria del embarazo pone en juego lo que se espera, ya que concibe a la mujer como a una persona soberana, capaz de desplazarse de la matriz patriarcal que la atraviesa. La decisión de continuar o no con el embarazo, es de ella.

El aborto es una práctica tan antigua como la propia humanidad (Mayo Abad, 2002). Si bien la Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia estimaba que, en 2002, se producían 40 millones de interrupciones del embarazo provocadas, la investigación de la revista The Lancet (Sedgh, et al., 2016) destacaba que, en 2015 la cifra ascendía a 56 millones anuales. La primera de las normativas conocidas, ligadas a la interrupción del embarazo, tiene que ver con la ley 209 del Código de Hammurabi (siglo VIII a.C.), en donde se señala: “209 § Si un hombre golpea a una hija de hombre y le causa la pérdida de (l fruto de) sus entrañas [aborto], pagará 10 siclos de plata por (el fruto de) sus entrañas”. Reconocer la existencia de una norma que regula la interrupción del embarazo aún antes de Cristo, significa dar cuenta de los años en que la práctica es llevada adelante en las mujeres y la necesidad de una cultura que precisaba legislar lo ocurrido.

En la Iglesia Católica, la postura sobre el aborto no ha sido siempre la misma. Distintas/os teólogos/os se han posicionado de diferentes maneras a lo largo del tiempo. En los últimos siglos, la discusión ha logrado centrarse en el momento en que el alma constituye al embrión, produciéndose distintas teorías vinculadas a la cuestión. Retomando a la doctrina de Santo Tomás de Aquino, la misma consideraba que la aparición de la vida se daba con la infusión divina del alma, la cual sólo podría habitar una materia ya formada. En relación se estimaba que, esta fusión, se producía 40 días después de la fecundación en los hombres y 90 días después en las mujeres. En torno a lo anterior, San Agustín agregaba seis días más en los hombres es decir, 46 días en total (Morán Faundes, Sgró Ruata & Vaggione, 2012). Si bien el aborto era pecado, era menos grave si se realizaba antes de esas fechas y, aún así, en ningún caso era comparado con un asesinato.

Sin embargo, difícil era que una misma normativa pudiese actuar sobre el total de una población, si todas las vidas no eran consideradas por igual bajo la ley. Recién en 1789, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano logró marcar no sólo a la Revolución Francesa, sino a la población en general. La misma destacaba: “Los seres humanos nacen y permanecen libres e iguales en derechos”. La declaración marcó un antecedente, pues hasta entonces las vidas de las/os esclavas/os o de las/os negras/os, no habían tenido ningún valor.

Durante el Siglo XVI, el Papa Sixto V apoyó la idea de la hominización inmediata, entendiendo que el cuerpo recibía el alma al momento mismo de la fecundación. Bajo este lineamiento fue entendido que todos los abortos eran crímenes y que debían ser castigados con la excomunión, concediéndole a la Santa Sede la capacidad de perdonar. Años atrás, en Francia, Enrique II –1556– había promulgado una ordenanza según la cual, cualquier mujer que se provocara la interrupción del embarazo sería condenada con la pena capital (Galeotti, 2004). Sin embargo, la decisión de Sixto V fue revocada por Gregorio XIV tres años después. En 1871, el Papa Pío IX, a través del *Apostolicae Sedis* volvió a adherirse a la hipótesis de su compañero anterior. Mediante su publicación destacó que todo aborto constituía un homicidio (Acta Pii IX, 1871). El Código Canónico publicado en 1917 –vigente aún hoy–, estableció la pena de la excomunión para la mujer que llevase adelante un proceso de interrupción voluntaria. En noviembre de 2016, mediante la carta apostólica *Misericordia et misera*, el Papa Francisco le concedió al total de los sacerdotes la facultad de absolver a cualquier persona que se hubiera practicado un aborto.

La idea de la hominización inmediata se encuentra basada sobre dos hechos esenciales que la constituyen. El primero se vincula con la declaración del Papa Clemente XI en 1708, en donde fue establecida la Inmaculada Concepción el día 8 de diciembre, nueve meses antes del

nacimiento de María, quien habría recibido la gracia santificante de su alma en el mismo momento de su fecundación. Si María había recibido su alma en el momento mismo de la concepción, todo ser humano podía haber recibido su alma en el mismo momento. El segundo hecho se encuentra basado sobre la *teoría preformativa*, una teoría popular dada en el renacimiento europeo, en donde se sostenía que, mediante el estudio de óvulos fecundados, se habían podido observar diminutos y completamente formados fetos. Los científicos consideraban que el embrión constituía un ser humano al que sólo le faltaba crecer.

En 1951 el Papa Pío XII, a través de su discurso Frente de Familia, manifestó:

“Si, por ejemplo, la salvación de la vida de la futura madre, independientemente de su estado de embarazo, requiriera urgentemente una intervención quirúrgica, u otro tratamiento terapéutico, que tendría como consecuencia accesoria, de ningún modo querida ni pretendida, pero inevitable, la muerte del feto, un acto así ya no podría considerarse un atentado directo contra la vida inocente. En estas condiciones, la operación podría ser considerada lícita, al igual que otras intervenciones médicas similares, siempre que se trate de un bien de elevado valor —como es la vida— y que no sea posible postergarla tras el nacimiento del niño, ni recurrir a otro remedio eficaz” (Frente de Familia, 1951).

Sin embargo, el mismo año la cúpula del Vaticano, se pronunció por primera vez abiertamente en contra del aborto en todos sus casos:

“La vida humana inocente, sea cual sea su condición, se resta del primer momento de su existencia a cualquier ataque directo voluntario. Este es un derecho fundamental de la persona humana, de valor general en la concepción cristiana de la vida; válido para la vida aun oculta en el seno materno, como para la que ya floreció fuera de éste, tanto contra el aborto directo, como contra la dirigida a los niños antes, durante y después del parto [...] De acuerdo con la ley moral, en todos los casos es un grave e ilegal atentado contra la vida humana inviolable” (Apostolicae Sedis, 1951).

Durante muchos años —y en algunos países hasta hoy—, las mujeres debían obedecer a sus maridos y eran el objeto que los mismos utilizaban para tener descendencia, lo que multiplicaba las interrupciones del embarazo, los abandonos de las/os recién nacidas/os, y el asesinato de estas/os. En Europa, aquellas mujeres que no respondían al estereotipo asignado se las condenaba por *brujas*, cayendo en la presunción de que mantenían una sexualidad desenfrenada y en que con sus saberes —proporcionados mediante un pacto con el demonio—, podían impedir la procreación y facilitar los abortos. La inquisición llevó a la hoguera a un gran

número de ellas. La interrupción del embarazo no sólo es sinónimo de tensión por la cuestión de la vida, sino que además es la prueba de que se ha cometido un pecado sexual. El aborto es la prueba de que una pareja ha mantenido relaciones sin la intención de procrear.

En 1920 la Unión Soviética legalizó el aborto entendiendo que la penalización a este acto no conducía a ningún resultado positivo. Así también, en Estados Unidos en 1973 la interrupción se convirtió en un tema controversial, en donde finalmente la Corte de Suprema de Justicia de la Nación, frente a un fallo único, tomó posición, despenalizando el hecho.

Los criterios frente a la despenalización y la legalización, son varios. Otra de las discusiones frente a este hecho se vinculan a la cantidad de semanas en las que debe producirse la acción, entendiendo que a las 12 semanas el embrión aún no presenta corteza cerebral, lo que significa que aún no es un individuo biológicamente caracterizado, siendo incapaz de sufrir o de gozar (Carpizo, 2008). Sin embargo, algunas organizaciones destacan que la práctica debería extenderse hasta la semana 24, a imagen de la legislación británica (Human Fertilisation and Embryology Act, 1990).

Violencia institucional en Argentina

La necesidad de este apartado se hace esencial para poder pensar el rol del Estado frente al acceso de los derechos de la mujer. Será retomada la concepción sobre violencia institucional publicada por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. La misma describe lo siguiente:

“Al hablar de violencia institucional nos referimos a situaciones concretas que involucran necesariamente tres componentes: prácticas específicas (asesinato, aislamiento, tortura, etc.), funcionarios públicos (que llevan adelante o prestan aquiescencia) y contextos de restricción de autonomía y libertad (situaciones de detención, de internación, de instrucción, etc.)” (Armida, Cassino, Ciarniello, Wittis & Averbuj, 2015).

Si bien Argentina ha recorrido un arduo camino en materia de ampliación de derechos – tales como lo son el matrimonio entre personas del mismo sexo (Ley 26.618, 2010), la ley de identidad de género (Ley 26.743, 2012), la ley de fertilización asistida (Ley 26.862, 2013), o la modificación de la ley para la paridad de género en Provincia de Buenos Aires (modificación Ley 14.848, 2017) –, y ha profundizado su trabajo de acuerdo a la plena inclusión social a través de distintas normativas, esta labor aún no ha podido satisfacer al total de la población de acuerdo a las respuestas recibidas por parte de las instituciones. Aún en la actualidad, los fallos

pesan distinto a la hora de sentenciar a las mujeres. Ejemplos son la detención de Eva Analía de Jesús “Higui” –ahora libre, luego de que el Juzgado de Garantías N° 6 de San Martín resolviera concederle la excarcelación extraordinaria–, acusada por el delito de homicidio sobre un integrante de una patota de diez hombres que la estaban violando; el caso de Belén, presa durante más de dos años tras sufrir un aborto espontáneo –absuelta en marzo de 2017 por la Corte Suprema de Tucumán–, o la detención arbitraria de Milagro Sala, quién aún hoy, haciendo caso omiso a lo dispuesto por organismos internacionales, el Estado continúa privándola de su libertad. Ser mujer, militante, activista, pobre, de pueblos originarios, negra, lesbiana, bisexual y/o trans, son condicionantes frente a la justicia, que no responden al modelo privilegiado de mujer blanca, heterosexual, de clase media, profesional, madre y ama de casa.

En Argentina, la violencia institucional es una problemática visibilizada incluso, por el Gobierno Nacional. El mismo ha incluido en su página web oficial, un apartado que brinda información y asesoramiento a las personas con el fin de detectar y enfrentar los hechos de este tipo (Lucha contra la violencia institucional, s.f). Sobre esta temática, es indispensable reconocer la existencia de la Campaña Nacional contra la Violencia Institucional, lanzada en 2012, en donde han adherido organizaciones, institutos y organismos públicos, y que tiene como objetivo no sólo visibilizar la situación del país, sino también acompañar y asesorar a las personas que así lo necesiten. Según datos estadísticos publicados por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2017), se ha registrado que, durante los últimos 20 años, casi 500 mujeres fueron asesinadas, torturadas o heridas por parte de funcionarios de las fuerzas de seguridad, en donde prácticamente en la totalidad de los casos, los efectivos se encontraban fuera de servicio.

La vida para las mujeres argentinas se encuentra atravesada por un sinfín de violencias. En 2016, fueron contabilizados 275 femicidios (Naciones Unidas, 2016), 3.576 casos de abusos sexuales y 8.848 de delitos contra la integridad sexual (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2017). La Línea telefónica Nacional 144 que tiene como fin brindar información, orientación, asesoramiento y contención para las mujeres, recibió un total de 312.138 llamados, siendo la violencia psicológica la de mayor presencia en todos los casos (Observatorio Nacional de violencia contra las mujeres, 2017). Según el Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina, el 25% de las mujeres asesinadas había realizado una denuncia previa por violencia de género (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2017). Aún teniendo en cuenta la creación de planes, programas, institutos, consejos y direcciones abocadas a atender este tipo de situaciones, los esfuerzos gubernamentales no son los suficientes. El Comité de Derechos Humanos de la ONU se ha expresado abiertamente acerca de las deficiencias en la aplicación

de la Ley N° 26.485 –Ley integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres–, en donde ha señalado la falta de implementación del Plan Nacional que la norma exige y la carencia de la instrumentación de la Ley de Patrocinio Jurídico Gratuito para las víctimas de violencia de género (CELS, 2016).

Diversos organismos internacionales han obligado a que Argentina responda sobre las políticas llevadas adelante para garantizar los derechos de las mujeres. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW) observó, tras un primer informe publicado en 2016, que si bien el Estado reconoció que los abortos clandestinos son la principal causa de muerte materna en el país, éste no brindó información sobre acciones concretas para evitarlas (CELS, 2016). Así también, el Comité contra la tortura de la ONU manifestó su preocupación por los obstáculos a los que se deben enfrentar las mujeres en cuanto al acceso al aborto, en donde según la investigación fueron visibilizadas persecuciones, malos tratos y torturas (CELS, 2017). Se trabajará entendiendo que es responsabilidad del Estado profundizar las políticas públicas con el fin de que todas las mujeres tengan acceso a sus derechos, y que mientras esto no se cumpla será su responsabilidad cada una de las muertes, secuestros y situaciones de acoso, entre otras situaciones a las que no se responde con una solución.

ESTADO DEL ARTE

Mujeres. Aborto. Políticas públicas.

El estado del arte es aquel que permite visualizar, analizar y reflexionar la manera en que ha sido tratado el tema a investigar, a través del estudio de otros documentos que sirvan a la investigación. Proporciona las distintas posturas que fueron tenidas hasta el momento, y le brinda a las/os investigadoras/es la posibilidad de no recaer en conclusiones ya realizadas por otras/os anteriormente. Representa la primera actividad de carácter investigativo, dado a que el/la investigador/a puede cuestionarse cuáles fueron las investigaciones ligadas a su tema o las/os destinatarias/os elegidos por otras/os anteriormente, entre otros temas de interés.

Dada la especificidad de la temática, y la imposibilidad de encontrar una tesis de las mismas características, se procederá a realizar un estado del arte abierto por categorías.

Mujeres

Dado al tema a investigar, es importante poder dar cuenta de la vulnerabilidad de ser mujer frente al acceso a los derechos. En relación, el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (2012), realiza a través de su informe *Más allá de la denuncia: los desafíos del acceso a la justicia. Investigaciones sobre violencia contra mujeres*, una exhaustiva investigación sobre la temática a tratar mediante de la realización de dos estudios. El primero, un sondeo de opinión, indaga sobre las percepciones de las mujeres y de los varones acerca de las denuncias de situaciones de violencia hacia las mujeres, teniendo en cuenta las instituciones en que las mismas se realizan. A diferencia del anterior, el segundo se encuentra basado sobre los datos recopilados a través de una investigación cualitativa realizada a partir de la revisión de expedientes iniciados por denuncias de violencia formuladas ante la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que continuaron su trámite ante la Justicia en lo Civil con competencias en temas de Familia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ambos casos, se reconocen las normativas vigentes, y se entiende que, a pesar de los avances en la legislación Argentina, las carencias en materia de políticas públicas, de acceso a la información, y de coordinación interinstitucional constituyen una problemática para este país.

Victoria Camps (2000), de la Universidad de Barcelona, en *Derechos de la mujer y derechos universales*, destaca cómo incluso, desde la investigación, los hombres se han alejado de la lucha por la igualdad en el acceso a los derechos por parte de las mujeres. Hace énfasis en las desigualdades vividas y denuncia el hecho de que la mujer no fue reconocida como sujeto de

derecho aún cuando la Declaración Universal de los Humanos anunciaba que “todos los hombres nacen libres e iguales”, puesto que ella, desde su rol inferior, ni siquiera tenía la posibilidad de emitir el sufragio. Denuncia la injusticia a la que debe someterse la vida privada de ésta, dado a que sus obligaciones se encuentran atravesadas por el embarazo, el quehacer doméstico y el asistencialismo para con el otro, de manera esclava. No puede ni debe hacer nada sin pensar en sus hijos, su familia y sus padres, ya que debe proporcionarles cuidado. Retomar este texto, y a esta autora, constituyen la manera en que será pensada la mujer a lo largo del presente trabajo. Entendiendo que sus obligaciones, y que sus derechos, siempre se encuentran en desigualdad en torno a los del hombre, pensando a este último desde una situación de privilegio que le es dada al nacer.

Josefina Leonor Brown (2004), en *Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina*, una publicación realizada para la revista de investigación de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, retoma la posición de injusticia en cuanto a accesos entre el hombre y la mujer. Presenta el tema desde la desigualdad social y desde la conquista de derechos. Establece dos nuevas categorías de división: clase y género, y enfatiza en la existencia de una dominación por parte del hombre hacia la mujer, mediada por el patriarcado. En torno a esta última, caracteriza a su cuerpo como social, dado a que al ser convertida, de manera incluso simbólica, en madre y esposa, y teniendo en cuenta su capacidad reproductiva, su cuerpo es imprescindible para la Iglesia y el Estado. Lleva adelante un proceso de recopilación de las luchas de las mujeres organizadas en Argentina, y sobre el rol que las mismas ocuparon en materia de avance sobre los derechos sexuales y reproductivos. El presente documento, será utilizado con el fin de profundizar la investigación de Camps.

En esta categoría también serán contempladas las investigaciones llevadas adelante por Rita Segato, en donde trabaja las violencias vividas hacia la mujer, como así también otras autoras de interés que aborden la misma temática; los resultados de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (1979); los resultados de las investigaciones de ONU Mujeres, de la Organización Mundial de la Salud, de Amnistía Internacional, del Instituto Nacional de las Mujeres y del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, con el fin de ahondar en la temática y poder dar cuenta de la construcción de la mujer a nivel Latinoamericano.

Aborto

El aborto en Argentina constituye un tema de debate. Si bien se encuentra regulado por el Código Penal, el Código Civil, la Constitución Nacional y tratados internacionales, Mario

Pecheny (2005) señala que, hablar de aborto parece que fuera un tema difícil. En *“Yo no soy progre, soy peronista”: ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?*, destaca que sobre el aborto no se habla ni se discute. Lleva adelante una historización desde 1994 hasta el presente. Discierne entre las concepciones de ilegalidad y despenalización y reivindica las luchas de los movimientos de mujeres. Deja en evidencia el no cumplimiento de la norma, y la vulnerabilidad en el acceso a los derechos por parte de las mujeres. En sintonía, en *Derechos y sexualidad*, analiza las legislaciones vigentes y sus alcances, las presentaciones de los distintos proyectos de ley y las jurisprudencias establecidas. Poder retomar las discusiones de este autor y profundizar en torno al tema elegido, constituye un acto de importancia para el pleno desarrollo del trabajo en cuestión.

Sabrina Cartabia (2014), en *El derecho a la salud y al aborto. El punto ciego*, mediante distintos ejemplos de situaciones vinculadas a procesos abortivos publicados en diferentes medios de comunicación gráficos de distintas provincias, da cuenta de la criminalización hacia la mujer que interrumpe su embarazo y denuncia que, la penalización del aborto, obstaculiza la realización de abortos no punibles y genera una mayor cantidad de prácticas inseguras y clandestinas, como así también la investigación penal de abortos espontáneos, violaciones al secreto profesional, tratos crueles, inhumanos y degradantes. Evidencia y señala que la omisión del Estado de no actuar frente a las violaciones de los derechos, deja a mujeres, niñas y adolescentes en estado de indefensión y vulnerabilidad, en donde las mismas no asisten a una institución sanitaria por miedo a una sanción penal. En torno al tema elegido para el trabajo, es que la investigación de Cartabia constituye un antecedente de relevancia para poder entender la situación actual respecto al acceso al aborto en Argentina. En su trabajo, la misma incorpora la existencia de las asesorías en salud sexual integral, las cuales serán analizadas más adelante.

José Manuel Morán Faundes y María Angélica Peñas Defago (2015), en *Nuevas configuraciones religiosas/seculares: las ONG ‘pro-vida’ en las disputas por las políticas sexuales en Argentina*, reflexionan en torno a la historia del aborto atravesada por la Iglesia Católica. Exponen las teorías de la homonización, y las distintas posiciones papales, dejando entrever las distintas discusiones existentes en una religión que, en los últimos años, ha manifestado de manera abierta su posición en contra de esta práctica. La presente publicación, en base a las discusiones que destaca, establece un aporte de carácter fundamental para pensar la interrupción del embarazo en Argentina, país católico por Constitución, y con un ex Arzobispo como actual Papa en la Ciudad del Vaticano.

En base a otras investigaciones que serán de importancia para poder dar cuenta sobre la construcción que ha sido realizada hasta el momento en materia de aborto, es de relevancia poder distinguir aquellas realizadas por la Red de Acceso al Aborto Seguro Argentina (REDAAS); la Asociación por los Derechos Civiles (ADC); la Organización Mundial de la Salud (OMS); el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS); el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL); Amnistía Internacional; el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA); el Ipas y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Así también, para poder entender la manera en qué se construye la relación del aborto con el municipio de La Plata, serán analizadas legislaciones y documentos nacionales e internacionales, como así también los propios organismos de salud.

Políticas públicas

Las políticas públicas serán entendidas como un eje transformador. Gestionan una planificación determinada con el fin de transformar una realidad. Los trabajos llevados adelante en torno a esta materia, poseen actitudes variadas. En primer lugar, será retomada la investigación de Francesc Pallares (1988), *Las políticas públicas. El sistema político en acción*, en donde se destaca una investigación acerca de su manera de originarse, de desarrollarse, de evaluarse y de cambiarse. Es importante poder rever eso último. La política evoluciona. Es decir, se transforma, de acuerdo a su evaluación. Si retomamos lo dispuesto en el apartado del diagnóstico, es posible aquí visualizar como, a través de una realidad dinámica y cambiante, una política debe atravesar un proceso transformador. El autor hace hincapié en los distintos modelos vigentes, y las clasifica como aquellas que se componen de instrumentos, que producen cambios en las vidas de las/os ciudadanas/os. Describe su proceso de conformación y evaluación, y las asocia a problemas. Teniendo en cuenta los conceptos trabajados en el Marco Conceptual, es fácil poder disentir con lo planteado por Pallares. Sin embargo, es interesante poder retomarlo con el fin de constituir una discusión más amplia en torno a la temática.

Benjamín Revuelta Baquero (2007), en *La implementación de políticas públicas*, destaca que este es un nuevo campo de análisis. Lleva adelante un breve recorrido histórico sobre el comienzo de la reflexión en esta materia y distingue la existencia de distintas clases de políticas. Entiende que la burocracia media en estos procesos, y que estos se encuentran atravesados por distintos enfoques. Reflexiona y analiza que no todas las políticas pueden ser implementadas de la misma manera, y concluye con la necesidad de encontrar un enfoque híbrido que pueda ser capaz de combinar las mejores características de las teorías sobre

implementación existentes. El estudio de las políticas públicas y de todo lo que estas conllevan es relevante para este trabajo entendiendo que el aborto y su acceso constituyen una mediante lo dispuesto por la resolución ministerial para el municipio platense. Lo analizado por Revuelta Baquero es indispensable para la reflexión a realizar en las estrategias a devenir del presente diagnóstico.

En torno a esta materia también serán analizadas otras políticas de interés, tales como el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, dispuesto por el Ministerio de Salud de la Nación, o la Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto, publicada por el mismo organismo. En base a lo anterior, serán analizadas en cuanto a su manera de ser diseñadas, gestionadas y evaluadas, con el fin de profundizar el trabajo realizado y generar una planificación que logre incorporar estas reflexiones.

DESTINATARIAS/OS

No se establece un público determinado como destinatario del presente trabajo. Se piensa en profesionales abocadas/os al trabajo en el sistema sanitario, con el fin de profundizar en la atención de las mujeres en los hospitales. Se espera que pueda ser útil para aquellas/os interesadas/os en el estudio de las políticas públicas asociadas a la salud en Argentina, y a estudiantes y graduadas/os de carreras vinculadas a la comunicación y a las ciencias sociales.

OBJETIVO GENERAL

Promover la plena implementación del aborto no punible en el Municipio de La Plata, desde lo dispuesto por la Resolución Ministerial 3146/12 de la Provincia de Buenos Aires.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconocer experiencias de abortos no punibles.

Reconstruir los trayectos subjetivos e intervenciones institucionales de varias experiencias de mujeres.

Contribuir en la transformación social, la inclusión y la restitución de derechos mediante la promoción.

Promover la protección de derechos, abordando aquellos específicos a la interrupción legal del embarazo.

PARTE I

MUJERES, ROLES Y LUCHAS

Violencias que perduran a nivel mundial. La mujer en América Latina. Argentina: Violencias que operan sobre la mujer: datos y estadísticas.

Violencias que perduran a nivel mundial

En el mundo, los roles que han ocupado las mujeres no han sido siempre los mismos. La organización de espacios de militancia y movimientos de mujeres motivadas por la conquista de derechos, han marcado un hito en la historia del feminismo. Sin embargo, y pese a los avances en materia normativa, los niveles de violencia en el mundo se mantienen altos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llegado a reconocer esta situación como una problemática a nivel mundial, destacando que la violencia ejercida por las parejas y la violencia sexual constituyen un grave problema para la salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres (OMS, 2016). Montserrat Sagot (2008), manifiesta que estas violencias son un componente estructural de opresión de género ya que se han convertido en uno de los medios más efectivos para controlar, dominar y subordinar a las mujeres.

Los roles vinculados al género se han ido construyendo a lo largo del tiempo y se han ido transmitiendo a través de los valores, mediados por la cultura distintiva de cada región. La mujer, ha sido pensada duramente muchos años como una persona frágil, incapaz de someterse a tareas de fuerza. La tarea principal que le otorga el estereotipo es la del cuidado de sus hijas/os y de las/os adultas/os mayores ligados a ella. La Real Academia Española (RAE), continúa asociando el sexo débil a un conjunto de mujeres y el sexo fuerte a un conjunto de hombres. Incluso en las luchas dadas en momentos claves, donde la mortalidad ligada al hecho de ser mujer posee tasas altísimas, se les reprocha el no incluir en las estadísticas las tasas vinculadas a los homicidios. El asistencialismo y el acompañamiento, son tareas asociadas de manera firme a la mujer.

En la actualidad, donde las mujeres han avanzado en el campo del derecho, y en donde han logrado ocupar puestos laborales que antes no se le permitían, su tarea sigue siendo asfixiada por el cuidado del hogar, la crianza de sus hijos, y la maternidad impuesta. La labor ligada a la mujer ha sido devaluada socialmente a lo largo de la historia. Lo femenino debió supeditar a lo masculino y, aún mientras la encargada de las cuestiones domésticas era la mujer, el hombre era el jerarca familiar, marcando una clara posición de poder y dependencia económica. La

creación de la figura para la jubilación como ama de casa en distintos países, marcó un hecho de relevancia. A través de la legislación, fue reconocido el trabajo de mujeres que, durante años, habían trabajado en sus casas no siendo reconocidas por nadie, ni siquiera por el Estado. Esta conquista constituyó un hecho de relevancia en la lucha por el acceso a derechos.

Es importante comprender que la aparición del debate anterior –y otros– no es casual. La organización de mujeres ha llevado a poner en tensión distintos temas sobre los que no existían cuestionamientos. En relación, Rita Segato (2003) destaca que el registro de la violencia física ha ido aumentando en la última década pero que, lejos de tener que ver con un aumento del fenómeno, los registros se encuentran vinculados a la expansión de conciencia de las víctimas, lo que permite que más mujeres descubran y visibilicen los hechos ocurridos y se animen a denunciarlos. Y eso, también es producto de mujeres activistas que han logrado que el tema esté en agenda, que se debata, y que se creen programas, políticas, normas y legislaciones. Sin embargo, Victoria Camps (2000) denuncia que, aunque los avances han sido muchos, la estructura patriarcal aún continúa vigente. Es relevante poder rever estas cuestiones con el fin de reconocer las desigualdades y las injusticias a las que la mujer ha sido sometida a lo largo de la historia. Así también, dar cuenta de que la mujer no siempre fue vista igual ante la ley, como declama la Declaración de los Derechos Humanos, es un ejemplo de su transformación. La mujer, no estuvo en condiciones legales ni siquiera de emitir el sufragio, dado a que era considerada inferior. La política no era para ella.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia – Convención Belém do Pará– celebrada en 1994, estableció, por primera vez y de manera explícita, el derecho a las mujeres de una vida libre de violencias como responsabilidad del Estado. Sin embargo, y si bien los países integrantes de dicho espacio han aplicado distintas medidas con el fin de solventar la problemática, la mayoría no ha logrado alcanzar un avance notorio, y esto puede ser visto a través de los resultados del Evento Regional: “Celebrando 20 años de la Convención “Belém do Para” en Perú, 2014. Los resultados publicados han dejado en evidencia que, si bien se han registrado avances de importancia y un compromiso por parte de las naciones parte, la violencia contra las mujeres es aún un hecho de carácter cotidiano.

La Organización Mundial de la Salud (2016) ha establecido que una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o terceros en algún momento de su vida, constituyendo este un porcentaje del 35% a nivel mundial. Así también destaca que el 38% de los asesinatos a mujeres son cometidos por la pareja masculina y detecta factores de riesgo asociados a maltratos durante la infancia, actitudes de aceptación de la violencia y desigualdades de género. Define violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de

género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o en la vida privada” y destaca que el 42% de las víctimas han referido alguna lesión como consecuencia de dicha violencia. Propone la promulgación de leyes y la formulación de políticas que combatan la discriminación, fomenten la igualdad, protejan a la mujer, y ayuden a adoptar normas culturales pacíficas.

En línea con lo anterior, la campaña “Unite por el fin de la Violencia Contra las Mujeres” de la Secretaría General de Naciones Unidas (2009), a través un informe publicado en 2009 señala que hasta un 70% de las mujeres viven situaciones de violencia a lo largo de su vida. A su vez, el mismo documento retoma lo dispuesto por el Banco Mundial y resalta que, las mujeres entre 15 y 44 años corren mayor riesgo de ser violadas o maltratadas en sus hogares que de sufrir cáncer, accidentes vehiculares, guerra o malaria, y denuncia que la violencia producida por policías se ha vuelto común, habiéndose detectado casos de violencia sexual, prácticas inapropiadas de vigilancia, registros al desnudo realizados por hombres y exigencias de actos sexuales a cambio de privilegios o necesidades básicas. Así también, manifiesta que una gran cantidad de mujeres mueren asesinadas por causa de la dote en Asia meridional y un aproximado de 5.000 por “homicidio por honor”, en donde las víctimas de violación, las mujeres sospechosas de haber practicado el sexo de manera prematrimonial o las acusadas de adulterio son asesinadas por sus familiares como causal de haber ofendido a su familia. Afirma que entre 500.000 y 2 millones de personas son traficadas en situaciones que incluyen prostitución, mano de obra forzada, esclavismo y servidumbre, siendo el 80% de este total mujeres y niñas. Visibiliza la violencia obstétrica como un problema, e indica que la misma puede provocar graves problemas de salud en la mujer y en su bebé. Destaca la existencia del infanticidio femenino, la selección prenatal del sexo y el abandono de niñas en Asia meridional y occidental, norte de África y Oriente Medio.

Todas estas, son sólo algunas de las violencias con las que deben enfrentarse las mujeres de manera cotidiana a nivel mundial. Si bien grupos activistas y movimientos organizados en distintos espacios de militancia han logrado un amplio avance en materia de derecho, siendo el reflejo de estos la creación de nuevas leyes, políticas públicas y normativas asociadas al tema, para la plena transformación aún falta un largo camino. El Estado no debe ser cómplice de la violencia patriarcal y, para eso, el compromiso político es esencial. Las siguientes unidades, se proponen seguir profundizando las realidades de las mujeres en América Latina, entendiendo las injusticias que las atraviesan, muchas de ellas exhibidas en el presente capítulo.

La mujer en América Latina

América Latina cuenta con una de las tasas de muertes por femicidio más alta a nivel mundial. Según datos de la CEPAL (2016), al menos 12 mujeres mueren por día sólo por el hecho de ser mujeres en la región. En el mismo documento, el organismo señala que, Honduras (531²), El Salvador (183), República Dominicana (188) y Guatemala (217) son aquellos países que registran los niveles más preocupantes, dadas las cifras elevadas que presentan en comparación con la cantidad de habitantes registrados por cada nación. En relación al estudio, es importante poder rever la cifra proporcionada por México, en donde se expresan un total de 2.289 defunciones femeninas con presunciones de homicidio pero que, dada la calificación, es imposible de ser comparado con los otros países partícipes de la misma investigación. En base a las normativas vigentes, la CEPAL informa que 16 de los estados participantes han legislado el femicidio de alguna manera entre el 2008 y el 2015, teniendo 15 de estos incorporada una ley expresa sobre el femicidio, y sólo uno, una ley de homicidio agravado por razones de género.

Florinda Riquer y Roberto Castro (2003) sitúan la creación de las organizaciones de mujeres nucleadas en el feminismo partiendo de la violencia contra la mujer como eje de reflexión. Destacan la manera en que desde esta lógica lograron dejar de pensar en esta situación como un problema privado para que sea situado dentro del orden público y social en donde debía intervenir del Estado. En sus comienzos –e incluso aún en la actualidad–, mujeres organizadas acompañaban a otras víctimas de violencia, evidenciando la importancia de un marco jurídico que las avale y la carencia de políticas públicas abocadas a la temática. Los avances en materia de derechos han sido muchos. Sin embargo con el fin de proteger a la víctima de manera directa, las soluciones suelen presentarte a corto plazo, en donde se han establecido las aplicaciones de botones anti pánico, custodias, brazaletes y acompañamientos en el proceso judicial (Rodríguez Enríquez & Pautassi, 2016). Las Naciones Unidas han declarado que la información vinculada a la violencia sobre este género en América Latina se encuentra incompleta. En este sentido es que desde el mismo organismo han intentado –y han propuesto–, la creación de un Observatorio abocado a la temática.

La construcción sobre las luchas de las mujeres en América Latina tiene sus primeros antecedentes en las vivencias de los pueblos originarios, durante la época pre colonial. Fernanda Gil Lozano, profesora de historia y parlamentaria en el Mercosur, en conjunto con Dora Barrancos, socióloga e historiadora feminista argentina, llevan adelante un análisis a

² Entre paréntesis, se presentan la cantidad de Femicidios anuales de Honduras, El Salvador, República Dominicana y Guatemala.

través del programa “Explora América Latina” de Canal Encuentro, en donde destacan que las mujeres recibían –en algunas comunidades– un trato igualitario. Vivían su sexualidad de manera libre, y el ser virgen o no, no estaba ligado a la cuestión moral, puesto que no era un valor esencial, como si lo era para los/as europeos/as. En base a la llegada de estas/os últimas/os, las investigadoras plantean qué, aún con su cultura avasalladora, las diosas madres se hicieron respetar. La figura de la Malinche, por la que aún se llevan adelante discusiones, constituye quizás uno de los primeros debates públicos trascendentales sobre de la mujer, de la que mucho se la ha culpado de traición, y de la que poco se ha hablado de sus decisiones como mujer y de su rol dominante.

Tras la conquista, las discusiones que comenzaron a darse fueron distintas. Lejos de los debates que alguna vez habían preocupado, con una cultura del catolicismo instalada, los problemas eran otros. Las mujeres negras o mestizas servían como esclavas, y no había mérito para quien no fuera blanco. Incluso durante el proceso emancipador latinoamericano, la intervención de la mujer fue olvidada, siendo ella partícipe de la manifestación y de la lucha. A pesar de las injusticias, las mujeres fueron luchadoras. Mariquita Sánchez de Thompson rogó a sus padres con el fin de no contraer matrimonio a la fuerza a principios del Siglo XIX, luchó por el acceso de la mujer a la educación y fue la primera directora de la Sociedad de Beneficencia. En un contexto en donde ninguna mujer tenía acceso a la educación, Matilde Hidalgo logró concluir la escuela secundaria para luego convertirse en la primera médica de Ecuador. Con el paso del tiempo, y estando excluida del derecho al voto, por el simple hecho de ser mujer, y frente a su reclamo ante un tribunal, consiguió el derecho al sufragio para todas las mujeres de su país. En México, Frida Kahlo mantuvo un fuerte compromiso político. Desde su estética, no respondía a la imagen tradicional femenina. Acrecentaba sus cejas y sus bigotes, y usaba ropa tradicional mexicana. Su vida, fue un acto revolucionario, incluida su relación con Diego Rivera. En Argentina, Eva Duarte de Perón, recuperó y luchó hasta su aprobación por el voto femenino. Murió siendo reconocida por el pueblo como una luchadora, que logró, sin haber ocupado un cargo público, trabajar como nadie lo había hecho hasta el momento por las/os humildes.

A través de una ardua investigación sobre el desarrollo de la mujer latina en el Siglo XX, Gloria Bonilla Vélez (2007) afirma que Argentina fue pionera en los avances femeninos. Según el censo de 1914, el 16% de las trabajadoras eran mujeres, las cuales se desempeñaban en industrias empleadas en el procesamiento de alimentos, indumentaria, industrias químicas y empaquetadoras. Con el paso del tiempo, los caminos laborales se abrieron, propiciando el empleo en sitios abocados a la enseñanza, la salud y el comercio. En este sentido, la autora señala que Lavrin identificó el periodo de 1919 a 1932 como el dorado para la campaña

feminista argentina. El fenómeno entonces, se comenzó a expandir. Pronto, otras mujeres residentes en México, Bolivia, Perú y Cuba también se sumaron al mundo laboral. Los procesos de industrialización, le abrieron las puertas a cientos de mujeres aunque con particularidades en cada país. En México, la mujer comenzó su incorporación a través del acompañamiento a su pareja durante el movimiento revolucionario en 1910, añadiendo tareas de carácter militar a sus quehaceres cotidianos. La lucha por el derecho al sufragio, también constituye un hito de relevancia a la hora de construir el rol de la mujer latinoamericana, en donde en la mayoría de los casos recién pudo ser incorporada la discusión a mediados del Siglo XX.

La relación de la mujer con los cargos públicos políticos, comenzó atravesada por dos destituciones. María Estela Martínez de Perón (periodo 1974-1976) en Argentina y Lidia Guiler Tejeda (periodo 1979-1980) en Bolivia, ambas en mandatos presidenciales interinos, fueron derrocadas por golpes dictatoriales. Sin embargo, se ha dado un gran avance en este camino. En 1990, Violeta Chamorro fue elegida como presidenta de Nicaragua. En 1999, Mireya Morroso fue elegida como presidenta en Panamá, y en 2006, Michelle Bachelete fue electa presidenta en Chile, siendo reelecta en 2013, y asumiendo su segundo mandato en 2014. En 2007 Cristina Fernández de Kirchner fue elegida como presidenta en Argentina, siendo reelecta en 2011; en 2010 Laura Chinchilla fue elegida como presidenta en Costa Rica, y en 2011 Dilma Rousseff fue electa como presidenta en Brasil.

Argentina: Violencias que operan sobre la mujer.

El Gobierno argentino describe a la violencia contra las mujeres desde su web (Atención para mujeres en situación de violencia, s.f) como aquella que “se basa en la desigualdad de poder entre hombres y mujeres y tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico”. Plantea que la violencia psicológica se identifica con los celos, el control, el insulto, la humillación, la descalificación y el asilamiento. Señala que la violencia sexual se encuentra caracterizada por el tener sexo de manera obligada, la violación, el no uso del preservativo cuando se lo exige, y el hacer cosas que no se desean. Describe a la violencia física como aquella atravesada por los golpes y el arrojamiento de objetos y a la violencia económica por la privación del dinero, el que la pareja se quede con los ingresos de la mujer, el impedimento a la obtención de ingresos y el ocultamiento a la existencia de bienes. Propone para el trabajo de esta materia el Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las mujeres 2017-2019 en el marco de la Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se

desarrollen sus relaciones interpersonales, presentado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INAM).

Dentro de las políticas gubernamentales vinculadas, se presenta también la Línea 144. Las llamadas a este número son gratuitas y confidenciales. La línea tiene como objetivo brindar información, orientación, asesoramiento y contención a mujeres víctimas de violencia. Sin embargo, y al no ser agentes de la fuerzas de seguridad las personas que se desempeñan en la línea, la web en cuestión recomienda que ante casos de emergencia, se llame al 911. Otra de las políticas desempeñadas por el Estado son los Centros de Atención para las mujeres en situación de violencia, los cuales tienen como propósito acompañar los casos de maltrato y/o vulnerabilidad. En base al Plan elaborado por el INAM, el mismo encuentra sus fundamentos dentro de la cantidad de Femicidios ocurridos en el país, como así también en el registro de denuncias por casos vinculados a la violencia de género y en las estadísticas públicas de la mortalidad materna. Esta presentación aborda la violencia laboral, mediática, obstétrica y reproductiva, con el fin de que se profundice la visibilización y se reconozca para que las mismas sean denunciadas. Señala que, en el mundo, las mujeres en los parlamentos ocupan cargos sólo en un 22%, mientras que en los cargos ministeriales ocupan sólo un 17%. Así también, destaca que en Argentina, hasta 2015, un 66% de los integrantes de la Honorable Senado de la Nación eran hombres, igualándose el porcentaje en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. La misión del Plan de Acción, es garantizarle a las mujeres una vida libre de violencias.

Es imprescindible poder dar cuenta de que las acciones contra la violencia hacia la mujer no empezaron en la actualidad. Argentina ha aceptado lo dispuesto por distintos tratados internacionales, y ha dado debates de interés. Entre estos, es importante poder destacar su adhesión a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), firmada en 1979 –ratificada en 1985, y por el protocolo facultativo en 2007–, a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, "Convención de Belem do Pará", llevada adelante en el año 1994 –ratificada por el gobierno argentino en 1996– y a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas celebrada en Beijing en 1995, entre otras de interés.

En relación, han sido promovidas distintas campañas, con el fin de hacer visible la problemática y generar consciencia social. "Sacale la roja al maltratador", fue una campaña española creada en 2010 que, incorporando el lenguaje futbolístico, condenaba distintas lógicas propias del machismo. Dada su trascendencia en el país europeo, fueron tramitados los derechos para que sea incorporada en Argentina, país en donde se realizaron spot televisivos,

radiales y piezas gráficas, siendo declarada en 2012 de interés social y de promoción y de difusión de los DD.HH de las mujeres por la legislatura porteña. “260 hombres contra la violencia”, fue una campaña nacida en 2011, fundada en la cantidad de muertes de mujeres, víctimas de femicidio en Argentina. La misma fue lanzada por el Gobierno Nacional, y fue celebrada el 1 de marzo de 2011, a través de la firma de un documento de compromiso. En el acto participaron diversas fuerzas de seguridad, con el fin de garantizar el efectivo cumplimiento de lo dispuesto. La misma tuvo una gran cantidad de críticas, dado a que se basaba en una posición paternalista y protectora hacia las mujeres, en donde las propuestas no eran pensadas por hombres y en donde se hacía mención al machismo pero no al patriarcado.

La creación de Diplomaturas, tales como la Diplomatura de Operador/a con orientación en promoción de la igualdad de género y prevención de las violencias, o la Diplomatura de operador/a con orientación en agroecología, hábitat social y producción e intervención cultural popular, celebradas entre el Consejo Nacional de las Mujeres (actual INAM), la Universidad Nacional de La Plata y distintos ministerios de carácter nacional, constituyen un fuerte antecedente en la lucha contra la violencia hacia la mujer, como así también lo hace la apertura de la Oficina de asesoramiento contra la violencia laboral (OAVL), en 2007, entre otros organismos de interés. La inauguración de cursos por parte de sindicatos vinculados a la violencia de género, la inclusión de las mujeres a través del “Ellas Hacen” y la Asignación por Embarazo, se suman a las políticas del Estado que tienden a trabajar en pos de una mayor calidad de vida para la mujer. En torno a esto último, es que en 2013 fue aprobada y reglamentada la Ley 26.862 de fertilización asistida, que permite que todas las personas puedan acceder a métodos científicos gratuitos que fomenten la concepción, una demanda existente en el país con años de antigüedad, vinculada a la imposibilidad del acceso a los tratamientos dados los altos costos para la atención. Así también, es relevante señalar la reglamentación dada en 2015 de la Ley de Parto Humanizado, que tiene como objetivo el respeto hacia la mujer durante el trabajo de parto, parto y posparto. Su correcto funcionamiento garantiza la reducción de la violencia obstétrica en el sistema sanitario del país.

En relación a la salud sexual, en 2003 fue creado el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con el fin de difundir y garantizar los derechos de las personas. Aún en la actualidad continúa haciendo entrega de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres a lo largo del país. Según lo dispuesto por el VII informe presentado por Argentina a la CEDAW (2015), desde 2013 el Programa prioriza su trabajo sobre tres líneas de intervención: la prevención de los embarazos no planificados, la disminución de los egresos hospitalarios por aborto —específicamente en la población adolescente—, y la reducción de la morbilidad

materna. Abordando el discurso de apertura de la defensa del VII informe en cuestión (2016), y entendiendo que el mismo sitúa al aborto en los embarazos no planificados como la principal causa de la muerte materna, y entendiendo que el Estado reconoce el accionar de las mujeres de distintas edades respecto a las interrupciones del embarazo clandestinas y a las inseguridades a las que son expuestas, y aunque en julio de 2016 hubiera sido presentado por sexta vez el proyecto de interrupción voluntaria del embarazo, el cual contó con el acompañamiento de 346 adhesiones de distintas organizaciones y más de 100 diputados y diputadas firmantes, y que no fue ni siquiera debatido, es que se entiende que los derechos de las mujeres argentinas son fuertemente vulnerados. La propuesta gubernamental considera que la mujer que atraviesa un embarazo no deseado debe recibir “atención oportuna, no discriminatoria y humanizada, junto con el asesoramiento y acceso efectivo a un método anticonceptivo post evento, para evitar la repetencia del embarazo no planificado” (Argentina, 2017). Es decir que, la propuesta del Estado, es la maternidad obligatoria.

Es importante poder dar cuenta de que para poder llegar a estar dando estas discusiones en el país, hubo un grupo de mujeres movilizadas y organizadas que lucharon por la conquista de derechos y la igualdad de condiciones de acceso frente a los hombres. En 1907 fue promulgada la Ley 5.291, presentada por el diputado socialista Alfredo Palacios, que reglamentaba el trabajo de mujeres y niños, estableciendo una jornada laboral de ocho horas diarias, la licencia por embarazo, la edad mínima para el ingreso al empleo, el permiso para amamantar y el descanso dominical, entre otros puntos de interés. Como antecedente a la presente normativa, y en torno a las organizaciones de mujeres, es factible destacar la creación del Movimiento Feminista, liderado por Alicia Moreau de Justo en 1906, quien se convertiría en la primera mujer en ocupar un cargo político. Otro antecedente de interés es la lucha por la normativa dispuesta a través del Código Civil de la Nación, llevado adelante por Dalmacio Vélez Sarsfield, el cual consideraba que los hombres eran dueños de las mujeres, debiendo estas que pedir permiso a su conyugue, padre o hermano –en caso de ser este último el jefe de la familia– para acceder a la educación, a las actividades comerciales, a ser testigos de un juicio, o para depender de sus ingresos o bienes patrimoniales. No obstante a comienzos del siglo XX, las organizaciones feministas tomaron la decisión de enfrentarse a esta situación logrando, el 14 de septiembre de 1926, la aprobación de la Ley 11.357, sobre la ampliación de los derechos civiles de la mujer. En su artículo 1 la ley señala: “La mujer mayor de edad (soltera, divorciada o viuda) tiene capacidad para ejercer todos los derechos y funciones civiles que las leyes reconocen al hombre mayor de edad”.

En el marco del acceso a la educación, es destacable hacer mención a la lucha dada por Cecilia Grierson (1859-1934), quien en 1889 se convirtió en la primera mujer graduada de la carrera de medicina, no sólo del país, sino de Sudamérica en general. Sin embargo, y a pesar de sus esfuerzos, no logró cumplir su deseo de ser profesora en la universidad, profesión que sólo era ejercida por varones. Participó en la creación de la Sociedad Médica Argentina, de la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios y de la Sociedad Obstétrica Nacional. Instaló el Servicio de Primeros Auxilios de asistencia públicos, marcando un antecedente para Latinoamérica. Viajó a Londres con el fin de participar del Congreso Internacional de Mujeres y fue parte de la fundación del Consejo Nacional de Mujeres de la República Argentina, organismo que se disolvería tiempo después dadas las diferentes opiniones sobre las temáticas debatidas. En la misma línea, y situando a Argentina a mediados del siglo XIX, es factible dar cuenta del recorrido de Juana Manso, quien por medio del nombramiento de Domingo F. Sarmiento, se convirtió en directora de la primera escuela de carácter público mixta del país y en la primera mujer vocal del Departamento de Escuelas y de la Comisión Nacional de Escuelas. Las mujeres han sido partícipes de distintos hechos históricos, pero no siempre han sido recordadas ni consideradas. En 1927, María Teresa Ferrari, médica argentina, se convirtió en la primera profesora universitaria de una universidad latinoamericana. Fundó la Federación Argentina de Mujeres Universitarias, con el objetivo de incentivar el reconocimiento de la capacidad profesional femenina.

En torno a la época colonial, Juana Azurduy se sumó a las batallas junto con su familia. Luchó por la independencia del Alto Perú, aún estando embarazada, y le fue otorgado el título de teniente coronel por Juan Manuel Belgrano. Habiendo muerto su marido, teniendo sus bienes confiscados y su pensión paralizada, falleció en la indigencia. Situando al país a mediados del siglo XX, y en torno al acceso laboral, es importante dar cuenta del recorrido de María Luisa Bemberg en su carácter de directora de cine en donde, a través de sus películas, se enfrentó al rol impuesto de la mujer y denunció las injusticias dadas desde la familia, el matrimonio, el Estado y la iglesia. Entre 1960 y 1970, si bien las mujeres lograron sumarse en igualdad de condiciones a los movimientos políticos, no pasó lo mismo al querer ocupar los cargos, que fueron solo para los hombres. Durante la última dictadura cívico militar, un grupo de mujeres decidió organizarse. Muchas de ellas sólo habían ejercido tareas como amas de casa. Nunca habían salido a manifestarse a las calles. Las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo se organizaron porque buscaban a sus hijos y a sus nietos, secuestrados por el régimen militar. El 30 de abril de 1977, 14 mujeres se reunieron en Plaza de Mayo, y caminaron frente a la Casa Rosada. Ese día nació “La ronda de las madres” que, aún hoy, todos los jueves

vuelven a reunirse. Fueron tildadas por los medios de comunicación que se posicionaban a favor del gobierno de facto como “Las locas de la plaza”, en donde se intentó demonizar su lucha. Sin embargo, expuestas y en peligro, nunca dejaron de luchar por la recuperación de sus hijos y de sus nietos. Aun habiendo perdido compañeras –episodio de la Iglesia de Santa Cruz– y familiares, no sólo resistieron, sino que fueron por más y denunciaron el terrorismo de Estado, consiguieron el apoyo de organizaciones y organismos internacionales, lograron la creación de la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad, identificaron y restituyeron a 125 nietos y consiguieron que los juicios contra los represores fueron un hecho. Luchar, no es cosa de locas.

EL ABORTO EN EL MUNDO

Datos y estadísticas mundiales. El aborto en América Latina y el Caribe. Despenalizando el aborto: normativas, datos y estadísticas.

Datos y estadísticas mundiales

La interrupción del embarazo es un tema de debate mundial. Las legislaciones, en una gran mayoría de los casos, han progresado, transformando leyes y normas restrictivas en otras de un carácter más abierto y acertado de acuerdo a las demandas de la sociedad. Ejemplo de esto, son los casos de España (Título II, Ley Orgánica 2/2010), Portugal (Ley 16/2007), Uruguay (Ley 18.987) y el Distrito Federal de México (Art. 144 del Código Penal de México D.F). No así han sido los pronunciamientos de países tales como Nicaragua (reforma del Código Penal en 2008), República Dominicana (reforma de la Constitución Nacional en 2009) o El Salvador (reforma Código Penal en 1988 y posterior reforma de la Constitución Nacional), donde las interrupciones del embarazo son ilegales siempre, sin excepción, incluidos los casos por violación.

La normativa existente es diversa. Si bien el aborto puede ser entendido según la propia voluntad de la mujer –Estados Unidos, Rusia, China o Sudáfrica, entre otros–, también existen países que mantienen ciertas causales para su acceso. Estos se dividen entre aquellos que permiten A) que sea legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o salud física o mental, violación, inviabilidad fetal y factores socioeconómicos B) legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o salud física o mental, violación e inviabilidad fetal C) legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o salud física o mental y violación D) legal en casos de riesgo para la vida de la madre y/o salud física o mental E) legal sólo en casos de riesgo para la vida de la madre.

Según datos estadísticos de la revista abocada a las investigaciones científicas The Lancet (Sedgh, et al., 2016), una de cada cuatro mujeres embarazadas aborta y se calcula que anualmente se producen 56 millones de abortos. En relación, y teniendo en cuenta la misma investigación, vale la pena destacar que las tasas más altas son las de los países en vías de desarrollo, y que aquellos ubicados dentro de América Latina ocupan la posición más alta y preocupante (del 23 al 32% del total). Que el aborto sea ilegal, no impide que las mujeres aborten, pero sí que las condiciones de acceso no sean las mismas. Un total de 6,9 millones de mujeres deben recibir atención médica por la realización de interrupciones clandestinas, y se calcula que 225 millones de mujeres que viven en países de desarrollo tienen una necesidad insatisfecha en el acceso a la anticoncepción.

El aborto en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe presentan las tasas abortivas más altas del mundo. Estas regiones cuentan con una estadística de entre el 23 y el 32% a nivel mundial (Sedgh, et al., 2016). Cada año cientos de miles de mujeres abortan de manera clandestina, y al no recibir la atención necesaria, muchas de ellas mueren, constituyendo la interrupción del embarazo una de las principales causas de mortalidad materna. Los únicos países latinoamericanos con pleno acceso legal a la interrupción del embarazo, son: Uruguay (2012, Ley 18.987), el D.F. de México (2007, Art. 144 del Código Penal de México D.F), Cuba (1965, Art. 443 del Código de Defensa Social y posterior reforma del Código Penal, en 1987), Guyana (1995, Ley De interrupción médica del embarazo), Guyana Francesa (1975, Ley Veil – Francia) y Puerto Rico (1973, sentencia de la Corte Suprema en el Caso de Roe contra Wade, Estados Unido). En el resto de los países, en general, existen distintas causales que, aunque muchas veces atravesadas por distintos procedimientos burocráticos que dificultan un acceso real, permiten a la mujer la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, en países como Nicaragua (2008³), El Salvador (1988), República Dominicana (2009), Haití (1985) y Honduras (1984), el acceso es nulo, sin excepción.

El 97% de las mujeres en edad reproductiva en América Latina y el Caribe viven en países donde el acceso al aborto seguro está restringido por ley (Amnistía Internacional, 2016), afectando por sobre todo a las personas que viven en situación de pobreza y marginalidad. Países como Guatemala y Surinam permiten el acceso a la interrupción sólo para salvar la vida de la mujer. En agosto de 2017, Chile avanzó de una legislación restrictiva a una que concibe tres causales, en donde se considera el riesgo de vida para la madre, el feto inviable y la violación. Los propios gobiernos han reconocido que “la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y la morbilidad materna y que no disminuye el número de abortos” (Amnistía Internacional, 2013).

En Guatemala, la normativa se encuentra legislada por el Código Penal. En relación, “el 56% de los embarazos no son planificados, y se calcula que se practican 65.000 abortos inducidos por año, causando que un aproximado de 21.600 mujeres sean hospitalizadas” (Women on waves, s.f). La Organización Mundial de la Salud, señala que la mortalidad materna alcanza una cifra de 140 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (OMS, 2014). En base a la anticoncepción, la misma se encuentra regulada a través del Decreto 87/2005: “Ley de acceso

³ Entre paréntesis, los años en que se dieron los cambios en la legislación de Nicaragua, El Salvador, República Dominicana, Haití y Honduras.

universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva”.

Surinam presenta 100 muertes cada 100.000 nacidos vivos (CEPAL, 2008) aunque es imprescindible considerar que la cantidad de habitantes (551.000, según Censo 2012) no se compara con la de Guatemala (15.073.375 – Gobierno de Guatemala, 2013). Si bien el gobierno trabaja en la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, este país representa una de las más altas tasas de muerte por SIDA y cánceres reproductivos (Barroso, 2014). Una de las problemáticas que más se presenta, es que no se les asesora a las personas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, lo que genera poco acceso a los métodos anticonceptivos y muchos embarazos no planificados. Los anticonceptivos no se distribuyen en escuelas ni en sitios a los que concurren adolescentes.

Nicaragua, uno de los países en donde el aborto está prohibido en todas sus variables, no cuenta con datos estadísticos ni estudios oficiales de acceso público que aborden la cantidad de abortos clandestinos que se producen en su país. En base a las cifras sobre la mortalidad materna, la cifra ha logrado descender de 125 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1996, a 60.5 en 2009 (OPS, 2010). Una de las problemáticas más importantes a las que se enfrenta es el matrimonio forzado en menores de edad (Human Rights Watch, 2017). UNICEF (2013) ha demostrado que el 10% de las mujeres nicaragüenses contraen casamiento antes de los 15 años y el 41% a los 18. Los estudios han indicado que 6.750 niñas de entre 10 y 14 son víctimas de violencia sexual, lo que genera 1.300 embarazos anuales (Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud, 2011/2012). La misma investigación destaca que más del 70% de las niñas menores de 15 que sufren una violación no buscan ayuda ni denuncian el crimen, y que aquellas que paren no reciben información sobre cómo registrar a las/os niñas/os recién nacidas/os, ni tampoco asesoría sobre los procesos de adopción.

En el caso de El Salvador, donde la normativa se asemeja a la nicaragüense, y en donde incluso en casos de abortos espontáneos las mujeres han sido condenadas bajo la sospecha de una interrupción inducida, siendo condenadas bajo la figura de “homicidio” u “homicidio agravado”, las cifras oficiales han destacado que entre 2005 y 2008 se han producido un estimado de 19.290 abortos (Amnistía Internacional, 2015). La Organización Mundial de la Salud (2011) ha señalado que un 11% de las mujeres y niñas que se han sometido a un aborto ilegal han muerto como consecuencia de ello. El Ministerio de Salud salvadoreño sitúa al suicidio como la segunda causa de muerte entre la población juvenil. En relación, el 57% del total se sitúa en jóvenes embarazadas de entre 10 y 19 años de edad (Pérez Salazar, 2014).

En base a la mortalidad materna, El Salvador presenta 110 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (OPS, 2010).

No existen cifras oficiales de la cantidad de mujeres que abortan en Haití, pero si las hay de la mortalidad materna, que constituyen las cifras más altas de la región. De acuerdo a la Pan American Health Organization (2012), mientras que entre 1995 y 1999 había 457 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, el número fue elevado a 630 en 2006, siendo sus principales causas la hemorragia, la eclampsia, el aborto y la septicemia. El arancel al servicio médico se ha convertido en una barrera financiera para el acceso a la salud, dado a que exceptuando la atención obstétrica gratuita, los servicios de obstetricia se deben abonar.

En República Dominicana, el acceso al aborto está prohibido en todas sus causales por Constitución Nacional desde 2009. En junio de 2017, tras la aprobación de la reforma del Código Penal, el Senado ratificó la penalización. Sin embargo, al igual que en otros países, esta decisión no afecta la decisión de las mujeres de llevar adelante una interrupción. Organizaciones han decidido acompañar a aquellas personas que desean abortar. Así es el caso de 28 Lunas, un grupo de activistas que, a través de una línea telefónica, informan sobre el acceso a un aborto seguro con pastillas, basándose en información garantizada por la Organización Mundial de la Salud y acompañando a las mujeres que lo necesitan (Medina & Murillo, 2017). En uno de los comunicados oficiales, publicados a través de la página del Ministerio de Salud de la Nación, la ministra ha promovido la despenalización del aborto en los casos donde se ve afectada la salud de la mujer, dado a que la práctica del aborto inseguro constituye el 10% de las muertes maternas en el país (Dirección General de Comunicación Estratégica, 2016). Durante 2016, la tasa de mortalidad materna registró un total de 90.1 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Sánchez, 2017).

En Honduras el aborto siempre es ilegal, según lo establecido por el artículo 126 del Código Penal. A su vez, en este país se encuentra prohibida la anticoncepción de emergencia (o pastilla del día después), habiendo sido considerada abortiva por la Corte Suprema de Justicia en 2012. Según los registros hospitalarios, publicados por el Centro de Derecho de Mujeres hondureño, durante 2013 fueron registrados 11.354 casos con diagnóstico de aborto en hospitales públicos y 2.338 casos en los hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social (Centro de Derechos de Mujeres, 2015). Según el mismo estudio, casi la mitad de los egresos por aborto ocurrieron en mujeres de entre 15 y 24 años y 102 casos en niñas menores de 15 años. En relación con las cifras de la mortalidad materna, en 2013 fueron registradas 120 muertes sobre 100.000 nacidos vivos (OMS, 2014).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha considerado que los Estados “no pueden justificar que se otorgue prevalencia legal a la idea de que un ovulo fecundado sea vida humana, porque ello implicaría imponer un tipo de creencia específica a otras personas que no las comparten” (Caso Artavia Murillo y Otros vs. Costa Rica, 2012). En 2013, en el Consenso de Montevideo, los gobiernos de 38 países de América Latina y el Caribe acordaron “prevenir y evitar el aborto inseguro con medidas que incluyan la educación en salud sexual y reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces, y el asesoramiento y la atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado” (CEPAL, 2013).

Es importante poder dar cuenta de que los problemas de salud “suelen ser más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres, y esto se debe a diferencias culturales y sociales en la percepción de la salud” (Dachs, 2012). En relación, los gastos en salud suelen ser más altos para este sector de la población, lo que genera una desigualdad de género si se tiene en cuenta que el ingreso de las mujeres en promedio sólo llega al 70% del de los hombres (Almeida, 2005). Esto se debe a que aún se vincula a la mujer con las tareas domésticas, lo que provoca que las mismas acaben accediendo a empleos informales y mal pagos o de bajo rango en cuanto al hombre.

Despenalizando el aborto. Normativas, datos y estadísticas

El caso de Uruguay. El caso de México D.F. El caso de Cuba.

El caso de Uruguay. Entre 1985 y 2007 fueron presentados seis proyectos de ley vinculados al aborto en Uruguay. Pero no fue hasta 2012 que el tema pudo ser resuelto. La interrupción legal del embarazo es un tema que se encuentra atravesado por las transformaciones culturales de la sociedad. Durante muchos años, en este país, fue un tema tabú. Si bien se atendían casos de mujeres en situación de post aborto, la comunidad médica optaba por callar (Johnson, López Gómez, Sapriza, Castro & Arribeltz, 2011). En 2008 fue aprobada y promulgada la Ley N° 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, uno de los antecedentes más fuertes para el acceso a la interrupción legal, en donde el Estado se comprometió a garantizar las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, promoviendo políticas y organizando programas.

El 30 de octubre de 2012 fue publicada la Ley N° 19.897 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. En relación, este país registraba una tasa de mortalidad materna de 8,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (CLADEM Uruguay, s.f) siendo 1 de cada 3 causa de una

interrupción clandestina (Briozzo, 2012). En la actualidad Uruguay cuenta con la tasa de mortalidad materna más baja de América Latina, y con la segunda tasa más baja a nivel mundial (OPS, 2017). Durante 2016, teniendo en cuenta las cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud (2014), fueron contabilizados un total de 9.719 egresos hospitalarios asociados a la IVE, la cifra más alta desde su despenalización. Según estadísticas del organismo en cuestión, 9.619 casos fueron dados bajo la propia voluntad de la mujer, y 923 se dieron bajo el no acceso a la anticoncepción. La administración de la salud pública, se propuso como meta que “ninguna persona muera en Uruguay por una muerte evitable” (Ministerio de salud pública, 2016).

En base a los lineamientos de la ley, la misma contempla la interrupción legal hasta la semana doce, extendiéndose en casos de violación –con constancia de denuncia judicial– hasta la semana catorce, y en casos de inviabilidad fetal no asumiendo fecha límite. Para el acceso, la mujer debe acudir a una consulta médica a efectos de poner en conocimiento las circunstancias de la decisión. Una vez llevado adelante este proceso, la/el médica/o podrá disponer de hasta 36 horas para concertar un encuentro entre un equipo interdisciplinario y la mujer. El equipo tendrá la facultad de asesorar con el fin de que la decisión sea consciente y responsable, permitiéndole a la persona un período de reflexión de un mínimo de cinco días, teniendo que expresar su ratificación a través de un consentimiento informado. Es importante destacar que, cualquiera sea la decisión, la misma debe constar por norma en la historia clínica de la mujer. El debido cumplimiento de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo se encuentra dado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), la cual tiene la responsabilidad de llevar adelante relevamientos con el fin de verificar el correspondiente cumplimiento de la reglamentación.

De acuerdo al acceso a esta normativa, la ley contempla que pueden acceder las mujeres nacionalizadas uruguayas en su totalidad; las mujeres extranjeras que presenten residencia legal de más de un año de antigüedad y las mujeres con discapacidad intelectual acompañadas por su curador/a. En pos de generar un mayor acceso a la normativa, es que organizaciones feministas han generado redes de acción desde donde pueden visualizarse distintas estrategias, tales como la *línea de aborto – información segura*, donde a través de una línea gratuita, informan y asesoran a mujeres que desean tener más información, o que han sido hostigadas por el sistema sanitario. En mayo de 2017, tras el reclamo de un varón que le solicitó a la jueza Pura Concepción Booke, que no le permitiera el acceso al aborto a una mujer, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, ratificó la validez de la ley (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2017).

El caso de México D.F. En Ciudad de México (CDMX), el acceso al aborto a petición se encuentra legislado a través del artículo 144 del Código Penal. La normativa fue aprobada en abril de 2007 a través de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, y considera la realización del procedimiento hasta la semana 12 del embarazo. Con 46 votos a favor, 19 en contra y 1 abstención, el Distrito Federal mexicano se convirtió en el primero de este país en contar con una legislación que contemple la voluntad de la mujer para el acceso a una interrupción. La maternidad no es obligatoria, es libre y voluntaria.

El Capítulo V del Código Penal es aquel encargado de regular el proceso abortivo. El mismo considera que el embarazo se produce una vez el embrión se implanta en el endometrio y pena de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo comunitario a las mujeres que lleven adelante la práctica de manera posterior a la semana 12 de gestación. Así también, la legislación reconoce la figura del aborto forzado como aquel que se origina sin el consentimiento de la mujer embarazada y establece para este una pena de entre cinco a ocho años de prisión, pudiendo agravarse en los casos en los que medie la violencia física o moral, para la persona que la obligue.

El gobierno de la Ciudad de México proporciona información para un acceso seguro a través de la web, en donde son brindados los contactos de las clínicas de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud del distrito, como así también los requisitos necesarios para un acceso pleno. Informa a la mujer sobre el carácter confidencial y gratuito de la interrupción, y le propone la asistencia a una consejería con una trabajadora social con el fin de que la decisión sea tomada de manera consciente e informada. Asesora sobre qué hacer una vez elegido el centro médico de atención, y provee un número telefónico para eliminar cualquier duda vinculada al trámite y al procedimiento. En los casos en donde las mujeres embarazadas son menores de edad, el gobierno solicita el acompañamiento del padre, madre, tutor o representante legal. El acceso a esta normativa no se cierra sólo a las personas residentes de la CDMX, sino que se abre su acceso a residentes de otros estados del mismo país.

El presente año constituye el décimo de la entrada en vigor de las reformas del Código Penal que les permitieron el acceso al derecho al aborto a las mujeres del Distrito Federal. El gobierno actual ha destacado que durante este tiempo en la capital del país ninguna mujer ha fallecido como causa de un aborto clandestino (Boletín Oficial México DF, 2017) y que durante estos diez años han sido realizadas un total de 185.435 interrupciones (Sistema de interrupción legal del embarazo, 2017), en donde se destaca que, el 7,5% de las personas gestantes se encontraban cursando la educación primaria, el 32,7% la educación secundaria, el 40,3% la

educación preparatoria y el 17,5% la educación superior, teniendo el 45,9% entre 18 y 24 años de edad. Las herramientas utilizadas para llevar adelante la práctica son varias. El Estado garantiza la interrupción medicamentosa, por aspiración y por legrado uterino instrumentado.

En base al indicador publicado por el Observatorio de Mortalidad Materna en México, a la semana 41 del 2017 fueron registradas un total de 580 defunciones vinculadas a la mortalidad materna. En relación, y visualizando las estadísticas de la CDMX, las defunciones alcanzan a un total de 35 mujeres el mismo periodo de ese año. El porcentual de mortalidad materna estimado es entonces de 32.6 defunciones por cada 100.000 nacidos/as vivos/as, siendo las principales causales la hemorragia obstétrica, la enfermedad hipertensiva, el edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio, y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (Dirección Nacional de Epidemiología, 2017). La CDMX, Chiapas, Veracruz y Guanajuato registran los índices más altos de defunciones ligadas a esta mortalidad.

El caso de Cuba. El aborto en Cuba se encuentra reglamentado por el capítulo VI del Código Penal de la Nación desde 1987. Anteriormente, se encontraba incorporado en el artículo 443 del Código de Defensa Social. El 6 de febrero de 2013, mediante la Resolución N° 24 del Ministerio de Salud Pública fueron aprobadas las nuevas normas de salud para la terminación voluntaria del embarazo. En base a la normativa, la misma entiende que, desde el momento de la concepción hasta la semana 6, será llevado adelante un proceso de regulación menstrual; que entre la semana 6 y la semana 12 será llevado adelante un proceso sin restricción; que entre la semana 12 y la 22 será llevado adelante un proceso de interrupción por razones médicas o de salud; que entre la semana 22 y la 26 sólo será realizada la interrupción por razones terapéuticas de causa genética; y que entre la semana 26 y la 35 será llevada adelante la interrupción de forma excepcional por razones terapéuticas de causa genética.

En Cuba es imprescindible que la mujer pueda demostrar a través de un diagnóstico la certeza del embarazo. El aborto sólo puede ser llevado adelante por médicas/os especialistas habilitadas/os en el territorio nacional en instituciones asistenciales acreditadas mediante el consentimiento informado de la mujer, que deberá encontrarse en plenas capacidades, con el fin de que la decisión sea consciente, informada y segura. En caso de ser necesario, la firma puede ser realizada por medio de su representante legal. La aprobación de la interrupción hasta la semana 22 se encuentra ligada a que el producto de la concepción posea un peso inferior a los 500 gramos, y a la semana 26 a 1 kilo (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Si bien Cuba ha registrado un arduo trabajo en la reducción de la mortalidad materna, a través de la creación de programas de atención y acompañamiento para mujeres

embarazadas, el Anuario Estadístico de Salud señala una cantidad de 33.4 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública, 2013). En su mayoría, los casos se encuentran vinculados a complicaciones en el trabajo de parto o en el parto, hemorragias y enfermedades infecciones o parasitarias, entre otras. Retomando la investigación llevada adelante por el gobierno cubano, la misma destaca que, en 2012, fueron realizados un total de 83.682 interrupciones voluntarias del embarazo y regulaciones de la menstruación. Por cada 100 embarazadas, 39.7 decidieron no continuar con la gestación. Así también, el Anuario destaca que, sobre el total de mujeres en edad fértil con actividad sexual declarada, el 77,8% utiliza método anticonceptivo con su pareja. La Encuesta de Fecundidad Cubana, llevada adelante en 2009 destacó que, el 26% de las mujeres de entre 15 y 24 años no usaron ningún método en su primera relación (Oficina Nacional de Estadísticas, 2010).

EL ABORTO EN ARGENTINA

Datos, normativas y legislaciones vigentes. El aborto en Provincia de Buenos Aires. El aborto en el municipio de La Plata.

El 13 de abril de 2016, Zulma Ortiz, ex Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en una entrevista con Infobae (Putruele, M., 2016) destacó que el 95% de las muertes maternas eran evitables. Incluso en su tarea como ministra elaboró el plan provincial: “Cada vida cuenta”, con el fin combatir la mortalidad. Durante 2015, y teniendo en cuenta los datos de la misma fuente, 120 de estas muertes fueron dadas en distintos distritos bonaerenses. En relación, la cifra fue un 20% mayor respecto a 2014. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (2003), la muerte materna es la que ocurre durante el embarazo, el parto, o los 42 días posteriores a su terminación, “debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. Teniendo en cuenta que a través del discurso de apertura en defensa al VII informe presentado a la CEDAW (2016), se ha reconocido que la causa principal de la mortalidad materna son los abortos clandestinos, y que Ortiz registra un antecedente en la adhesión al Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en octubre de 2016, manifestando abiertamente su posición a la apertura del debate, pero que luego debió ser retrotraído, por decisión de la Gobernadora María Eugenia Vidal, y lo dispuesto por Dubravka Simonovic (2016), relatora especial de Naciones Unidas, quién destacó que Argentina viola los derechos humanos de las personas y contribuye al aumento de las altas tasas de mortalidad materna, ya que el procedimiento para llevar adelante una interrupción legal del embarazo suele presentar múltiples irregularidades, es que llevar adelante estrategias para la aplicación del marco normativo vigente se hace fundamental.

Respecto a las organizaciones de incidencia en la temática, es importante poder dar cuenta de la existencia de la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, lanzada en 2005, e impulsada por mujeres organizadas en grupos, movimientos y organizaciones. Tiene por objetivo llevar adelante la despenalización y la legalización, como una cuestión de salud pública, justicia social y derechos humanos. En distintas ocasiones, la Campaña ha presentado el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo a fin de que sea debatido y aprobado. En torno a las actividades, desde la misma se han realizado espacios de debate, festivales, muestras fotográficas, audiencias públicas, reuniones, comisiones de trabajo, difusión de ideas, entrega de pañuelos verdes y participación en medios de comunicación. Su lema es: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar,

aborto legal para no morir”, entendiendo que es necesaria la transformación desde el sistema de la educación, la salud y la justicia

Datos, normativas y legislaciones vigentes.

La historia del aborto en la legislación Argentina comenzó con la sanción del primer Código Penal (1869), en donde eran castigadas todas las interrupciones, sin excepción. En 1903, la reforma de la norma consideró que, las interrupciones del embarazo en grado de tentativa, no constituían un carácter punible. Es decir que, si el aborto no era producido, la mujer no debía ser sancionada. En 1921, la reglamentación fue ampliada y se estableció que, “en los casos donde el aborto se practicara con el fin de evitar un peligro para la vida o para la salud de la mujer”, o cuando “se interrumpiese un embarazo fruto de una violación o de un atentado contra el pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”, no serían punibles, regla que se encuentra vigente aún hoy. En 1968, mientras que Argentina se encontraba atravesando un proceso dictatorial, se puso en vigencia el Decreto Ley 17.567, en donde fue instaurada la no penalización si el peligro para la vida o la salud de la mujer era grave, como así también fue considerado que cualquier caso de violación, siempre que estuviese judicializado, y con el consentimiento de un representante legal si la mujer fuera menor, idiota o demente, tampoco podía ser penado. En 1973, con el retorno de la democracia, las modificaciones fueron dejadas sin efecto. En 1976, la última dictadura cívico militar volvió a incorporar las reformas ideadas en 1968, aunque esta sería la última vez que entrasen en vigencia, dado a que en 1984 el gobierno democrático sancionó la Ley 23.077, que retrotrajo el marco legal al Código Penal de 1921. En 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a través del fallo “F.A.L”, se pronunció sobre el aborto por violación e interpretó que todas las mujeres víctimas podrían acceder a la interrupción sin autorización judicial previa ni temor a sufrir una sanción penal, a través de la firma de una declaración jurada, sin autorización judicial ni denuncia previa del hecho ocurrido. Por último, y en torno a los antecedentes, en 2015 el Ministerio de Salud de la Nación llevó adelante la publicación del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, con carácter de resolución.

La Constitución Nacional, a través del Artículo 75, inciso 22, destaca que los tratados y concordatos poseen jerarquía superior a las leyes. En 2012, el Comité por los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el párrafo 31 de sus observaciones finales para la Argentina, lamentó que el representante legal de una mujer con discapacidad, pudiera otorgar el consentimiento a un aborto no punible sobre la mujer con discapacidad, refiriéndose también a la preocupación de la existencia de prácticas de esterilización sin el consentimiento libre e

informado hacia la mujer y recomendó la modificación del Código Penal. Así también, el Comité sobre los derechos económicos, sociales y culturales, en las observaciones finales de 2011, manifestó su preocupación sobre la insuficiencia de los servicios de salud reproductiva para las jóvenes y mujeres, señalando el alto grado de embarazo adolescente como problemática para el país, y mostrando preocupación por la mortalidad materna ligada a la práctica de aborto no medicamentosa, recomendando al Estado poner en marcha Programas que sensibilicen a la población sobre la salud sexual y reproductiva, y las medidas necesarias para el aborto legal. El Comité de Derechos Humanos, en el dictamen brindado en 2011, hizo mención al caso LMR, denunció al caso como una violación al derecho a la vida y condenó al Estado, entendiendo que el mismo no había tomado las disposiciones necesarias. Demandó la necesidad de tomar medidas efectivas para que la situación no se repita en el futuro. En sintonía, en 2010 el mismo Comité ya había expresado su preocupación, caracterizando a la legislación argentina como restrictiva.

El Protocolo para atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación (2015) destaca la realización estimada de un total de entre 370 y 522 mil interrupciones anuales, y da cuenta que, debido a que la misma en la mayoría de los casos se práctica de manera clandestina, no se registran datos precisos. El aborto en Argentina es un delito, excepto en los casos que contempla la ley. Sin embargo, y retomando la investigación llevada adelante por Dubravka Simonovic (2016) es que es posible entender que los procesos burocráticos que aplica el sistema sanitario dificultan el acceso real sobre la norma. La legislación actual, no impide la realización de los abortos, pero sí genera que las mujeres queden expuestas a distintos peligros que ponen en riesgo su vida y su salud. En base a los lineamientos de Fallo "F.A.L." en donde, entre otras medidas, se había dispuesto que las provincias readecuaran sus protocolos, sólo nueve de las 24 jurisdicciones llevaron adelante el desarrollo y la aplicación de los mismos. En torno a las restantes, ocho establecieron protocolos restrictivos, y nueve no elaboraron protocolo alguno (AA.VV, 2016). La situación actual es preocupante. A fines de noviembre de 2015, Santa Fe presentó un amparo judicial para pedir la inconstitucionalidad y la inaplicabilidad de la resolución nacional, ya mencionada anteriormente. La provincia entendía que la misma era violatorio para el derecho a la vida de la persona por nacer, y del derecho de conciencia. En la misma fecha, Entre Ríos presentó un proyecto de ley que buscaba prohibir la práctica del aborto en su totalidad que, si bien fue retirado, logró obtener dictamen favorable por la comisión de salud del Senado provincial.

Los casos que demuestran la vulneración de los derechos de las mujeres frente al acceso a la práctica de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), son muchos. Vale recordar el caso “L.M.R”, víctima de abuso sexual en 2007, a quién le fuera negado el aborto en el Hospital Guernica, y en el Hospital San Martín de la Ciudad de La Plata. Incluso teniendo el aval del máximo tribunal bonaerense le fue alegado que el embarazo estaba muy avanzado –se le había negado la intervención en varias oportunidades anteriores– y debió recurrir a una clínica privada, con el apoyo de las organizaciones de mujeres. Recién en 2014, y ante una sentencia de la CEDAW para la Argentina, fue indemnizada. Retomando los casos expuestos por el CELS (VV.AA, 2016), en 2015 en Trelew, Chubut, un grupo de 10 mujeres pacientes, en conjunto con cinco profesionales de la salud, presentaron una denuncia contra el hospital materno infantil de la ciudad por torturas directas e indirectas ejercidas contra ellas durante la tramitación y realización de abortos legales. En 2016, una niña indígena de 12 años, de Tucumán, producto de una violación masiva, debió parir un feto anencefálico de 28 semanas de gestación como resultado de una negación sobre la intervención. En 2014, en el Hospital Mariano y Luciano de la Vega, perteneciente al partido de Moreno, le fue negado el acceso a un aborto no punible a una nena de 13 años, embarazada como consecuencia de una violación de su padrastro, declarándose objetor de conciencia el plantel médico en su totalidad, y teniendo que acudir para realizar la práctica al sector privado.

En torno a la criminalización existente es factible recordar el caso de Belén en Tucumán, presa tras haber sufrido un aborto espontáneo en un hospital público de la provincia. Belén estuvo presa más de dos años. Fue maltratada por profesionales de la salud y policía. Recién en marzo de 2017 logró la absolución. En relación, es posible rememorar el caso de María Magdalena, ocurrido en Tucumán, quien había llegado al hospital con un aborto en curso y fue sometida a una operación sin anestesia para luego ser imputada por una interrupción ilegal. Sobre este caso, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, aún no se ha expedido, y se encuentra analizando los hechos. Según la investigación de María Florencia Alcaraz para revista MU (2016), entre enero y octubre de 2016 hubo 16 mujeres presas por llevar adelante un proceso abortivo.

En base a la cuestión de las legislaciones vigentes, es indispensable hacer mención a la apertura que realiza la Provincia de Misiones, en donde se reconoce a las mujeres con discapacidad a prestar su consentimiento libre e informado para acceder a la práctica, previendo un sistema de apoyo en caso de que así sea requerido. Así también, es importante destacar que es la disposición salteña es la que más se aleja de lo dispuesto por el tribunal, y que Catamarca, Formosa, Corrientes, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y

Tucumán, son aquellas provincias que no registran el desarrollo de una medida que legisle las ILE. Si bien Buenos Aires, Neuquén, La Pampa y CABA, cuentan con normativa, las mismas no registran sanciones para aquellas/os profesionales que le brinden información falsa a la mujer. Del total de las jurisdicciones que han adherido a lo dispuesto, Neuquén no presenta disposiciones para garantizar la confidencialidad de la práctica como un derecho. A su vez, esta provincia, si bien considera la cantidad de cinco días para pronunciarse sobre la realización de la intervención, no estipula un plazo para la realización de la práctica. Por su parte, CABA y La Pampa, establecen la semana 12 de gestación como el tiempo máximo para el acceso a la interrupción vinculada a la causal violación (Asociación por los derechos civiles, 2015).

Para poder profundizar la discusión acerca de cómo se piensa y se describe a la mujer, es relevante poder retomar lo dispuesto por Diana Maffia (2006), quién hace una crítica al Código Penal, denunciando que el mismo recae en el prejuicio de llamar “madre” a la persona gestante, imponiéndole un lugar único asociado a la capacidad materna por sobre cualquier otra y reduciendo su poder de decisión. En relación, el Código señala: “Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre”. María Elena Barbagelata (2016), diputada nacional, abogada y ex directora general de la Mujer en CABA, destaca que seguir penalizando la interrupción voluntaria del embarazo implica considerar que la mujer no es un sujeto de derecho, sino una cosa, incapaz de decidir sobre su cuerpo, su libertad y su privacidad, que no cumple con lo dispuesto por la CEDAW ni por la Comisión Europea de Derechos Humanos. Esto se profundiza aún más si es tenido en cuenta que, una vez firmada la declaración jurada en el hospital para el correspondiente acceso al aborto no punible, el médico a cargo, en conjunto con el Comité de Bioética, deben tomar una decisión sobre la actuación, no garantizándole a la mujer la intervención sino hasta una cierta cantidad de días posteriores, dependientes de lo dispuesto por la reglamentación propia de cada jurisdicción.

El aborto en Provincia de Buenos Aires

La práctica del aborto se encuentra legislada en la Provincia de Buenos Aires a través de la resolución ministerial 3146/12, perteneciente al Ministerio de Salud de la jurisdicción. La norma encuentra sus fundamentos en el artículo 86 del Código Penal, como así también en el Fallo “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, de la Corte Suprema de Justicia. La disposición destaca que, en la causal violación, se podrá prescindir de la denuncia penal y que no será precisa una autorización judicial para el acceso. Con el consentimiento firmado de la mujer, el equipo médico y el Hospital, tendrán la obligación de realizar la práctica a requerimiento. Será el

director o la directora del espacio sanitario, quién deberá darle una respuesta expeditiva a la persona gestante, y quién deberá garantizar los requisitos respecto del cumplimiento de la interrupción. A su vez, la norma prevé que, todos los hospitales que presenten servicio de toco ginecología, estarán obligados a contar con un equipo interdisciplinario para la atención, el asesoramiento y el seguimiento del caso, integrado por un/a médico/a toco ginecólogo/a, un/a psicólogo/a, un/a psiquiatra y un/a pediatra, en caso de ser necesario. De acuerdo al protocolo establecido, en la causal salud, será el médico o la médica quién determine si la mujer se encuentra en situación correcta de ser intervenida. En cuanto a la solicitud de interrupción de niñas y adolescentes embarazadas, será tenido en cuenta el interés superior de las mismas, en conjunto con el consentimiento de su representante legal. Ante la presentación de menores víctimas de violación, la situación deberá ser notificada por la dirección del hospital ante el Servicio Local o Zonal de Protección de los Derechos del Niño. En los casos de las mujeres que presenten una discapacidad, para el procedimiento de la práctica, se deberá contar con la declaración de insania, y con la autorización del correcto encargado, padre, madre o tutor/a. En torno a los plazos, la resolución deberá ser dada en un plazo no mayor a los 10 días. Previo a la firma de la declaración, las/os profesionales a intervenir, deberán emitir un informe en donde garanticen la integralidad de la atención.

Sin embargo, Zulma Ortiz, en su carácter de Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires –actualmente ex, debido a la renuncia a su cargo–, publicó en octubre de 2016, la resolución 2095/16, en donde declaraba que, el protocolo anterior, había quedado desactualizado y no cumplía con el total de lo dictado en el Fallo “F.A.L”. En ese sentido, se había dispuesto que Buenos Aires, se adecue a la disposición del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, reeditado y publicado en 2015. Pese al intento, desde la gobernación se decidió disolver la normativa y acudir a la inicial, reconociendo las falencias y complicaciones burocráticas en cuanto a la atención, pero solventando la decisión sobre una postura conservadora y restrictiva.

En consecuencia, la resolución 3146 no expone sanciones, ni identifica la cantidad de días establecidos para la realización de la práctica una vez emitida la respuesta a la mujer. Entiende que todas las mujeres necesitarán asistencia psicológica y psiquiátrica, antes y después del procedimiento, pensando en un equipo interdisciplinario sólo desde el campo de la salud, e impone que será el director o la directora del hospital la única persona apta para a) determinar si la mujer es competente para el acceso según los requisitos dispuestos por la norma, b) darle una respuesta sobre lo resuelto en conjunto con el equipo interventor c) garantizar el acceso y las disposiciones para la interrupción, en caso de que la resolución sea positiva, brindando la

atención y práctica solicitada. Da cuenta de que la práctica sólo puede ser realizada en Hospitales, ya que es el único nivel de atención al que se refiere, y no hace mención a los métodos a utilizar.

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. El correcto desarrollo de las prácticas vinculadas a la interrupción legal del embarazo se hallan garantizadas por el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PBA SSR), creado a través de la Ley Provincial 13.066 en 2003, y modificado por la Ley 14.738 en julio de 2015. Se encuentra fundamentado en el reconocimiento del derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana; en el respeto de las pautas culturales, éticas y religiosas; en el valor de la maternidad y de la familia; en la disminución de la morbilidad materno infantil y de las mujeres gestantes por abortos inseguros; en la contribución de la educación sexual de la población, haciendo énfasis en las/os adolescentes; en la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; en la prevención de los abortos inseguros; en la garantía al acceso de los abortos no punibles; en la paternidad responsable; en las capacitaciones a docentes, profesionales y personal específico sobre educación sexual; en la promoción de la lactancia materna, y en la difusión de información acerca de los métodos conceptivos y anticonceptivos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). En relación, el Capítulo II de la Ley, constituye la creación de Consejerías para la reducción de riesgos y daños en situaciones de embarazos no planificados, como política para la reducción de la mortalidad materna.

A través del Informe de gestión del primer semestre de 2017, el PBA SSR, dispone como objetivo: “Ampliar el acceso y la cobertura universal a servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, género y equidad para contribuir a la reducción del embarazo no intencional y la morbilidad materna” (PBA SSR, 2017). Propone cuatro líneas de trabajo, orientadas en dos niveles. El primero, basado en la reducción de embarazos no planificados, trabaja sobre el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), la atención post aborto (APA) y el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE). El segundo, constituido bajo la meta de reducir la morbilidad materna, establece sus acciones desde las consejerías y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Desde estos espacios, el Programa propone distintas políticas, vinculadas al sistema de aseguramiento de insumos; a la entrega y colocación de distintos estilos de MAC; al acompañamiento de mujeres; y a la apertura, calidad y acceso de los espacios para decidir.

El sistema de acompañamiento de insumos (SAI) realiza compras complementarias provinciales con el fin de fortalecer la disponibilidad de los métodos anticonceptivos. Bajo el propósito de determinar la cantidad de provisiones disponibles, desde el SAI fue creado un sistema de alarma capaz de garantizar la continuidad de los suministros en la totalidad de los establecimientos bonaerenses. Siguiendo la línea del informe, el proyecto: “Más opciones para Más mujeres”, encuentra sus bases en el impulso de una red de servicios de buenas prácticas en consejería, provisión de MAC, y acceso a información sobre derechos sexuales y reproductivos con profesionales obstétricos/as y licenciados/as en obstetricia. Desde esta política, se propuso el desarrollo de estrategias de formación en salud y derechos sexuales y reproductivos, basados en la evidencia actualizada y enmarcada en las perspectivas de género y derechos humanos. Durante la primera parte del año, fueron llevados adelante cuatro ciclos de capacitaciones en distintos partidos provinciales. En función del correcto cumplimiento de sus metas fue diseñada la línea de trabajo: “Te acompañamos”, la cual se fundamenta en el fortalecimiento de los servicios de salud para la atención de personas en situación de aborto, interrupción legal del embarazo, atención post aborto y estrategias de reducción de riesgos y daños. A través de la identificación de hospitales, trabaja en el fortalecimiento de las competencias comunicacionales, organizaciones y técnicas, para que las personas reciban atención de calidad y resguardo ético y legal. Durante el primer semestre de 2017, fueron realizadas ocho capacitaciones sobre la atención de mujeres en situación de aborto, en donde se convocaron a efectores del primer nivel de atención, e integrantes de equipos de salud de hospitales provinciales. Se contempló la asistencia de médicos/as generalistas, toco ginecólogos/as, trabajadores/as sociales y de la salud mental. También fueron dictados diecinueve talleres sobre la certificación de causales y se realizaron visitas de fortalecimiento institucional.

En torno a la labor vinculada a las consejerías, el proyecto: “Espacios para decidir”, llevó adelante tres capacitaciones, en donde se plantearon como destinatarias/os las/os profesionales de la salud. Además, fue diseñada y dictada una jornada de sensibilización en derechos sexuales y reproductivos para comunidades indígenas en Los Toldos, y otra vinculada al tema destinada a los/as trabajadores/as del HIAC “Dr. Alejandro Korn” de Melchor Romero. Se trabajó con las mujeres de las cooperativas pertenecientes a los programas “Ellas Hacen”, “Argentina Trabaja”, y “Desde el barrio”, y se profundizó el trabajo de mapeo, señalando los lugares de entrega de MAC y de espacios de consejería. Se entiende que las consejerías son un dispositivo para fortalecer las capacidades de las personas respecto a la toma de decisiones libres, informadas y alineadas con sus convicciones personales respecto al

uso de la anticoncepción y otras prácticas en salud sexual y reproductiva. En relación al número telefónico de carácter gratuito, 0800-Salud responde, sólo recibió 89 llamados, de los cuales 57 estuvieron vinculados a consultas por aborto.

El informe elabora un diagnóstico partiendo de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2011), la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2013) y el Sistema Informático Perinatal (2015), el cual establece que ocho de cada 10 mujeres de entre 15 y 49 años utiliza MAC; que tres de cada 10 del universo que lo utilizan lo obtuvo gratuitamente, y que del universo que lo obtuvo gratuitamente, cinco de cada 10 lo obtuvo en el hospital. De esta estadística se distingue que tres de cada 10 mujeres obtuvieron el MAC de manera gratuita a través del PBA SSR. En sintonía, la investigación denuncia que seis de cada diez mujeres no planificaron a su último hija/o, siete de cada 10 no usaron MAC antes del nacimiento de su último hija/o, y que 10 de 10 recibió consejería post parto, como así también nueve de 10 recibieron MAC post parto. Durante 2015 fueron registrados 15.039 egresos hospitalarios por tratamientos de abortos incompletos y/o complicaciones por aborto. Cuatro de cada 10 de esas mujeres tenían entre 14 y 24 años, y cuatro de 10 entre 24 y 35 años. El documento también acusa que la mortalidad materna se encuentra en aumento, con tendencia sobre los últimos 20 años, constituyendo el aborto la causa principal de muerte.

El proyecto: “Más calidad para más mujeres”, implementado a través del Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Consejo Federal de Inversiones y la Subsecretaría de la Atención de la Salud de Provincia de Buenos Aires, en conjunto con el CEDES, mediante la presentación de un primer informe (PBA SSR, 2017) –publicado en marzo de 2017– visibilizó, desde el análisis de 11 hospitales provinciales, la dificultad sobre la entrega y la colocación de MAC; la falta de capacitación sobre la ILE –intensificada en el marco legal, y en la aplicación del protocolo–; altas tasas de embarazo en la adolescencia, y firmas de consentimiento para el acceso a ciertas práctica. En relación, la investigación logró identificar atención limitada en consultorios vinculados a la planificación familiar, la salud sexual y la procreación responsable, y un rol protagónico de las/os obstétricas/os en cuanto a la atención en consejerías. En base al total de los centros de salud analizados, sólo uno poseía consejería en pre y post aborto, y quedó evidenciada la necesidad de mejorar el seguimiento de las mujeres que se presentaron con casos post aborto, como así también la baja disponibilidad de misoprostol y de analgésicos para un correcto ANP, y escasas reflexiones sobre la necesidad de la apertura de consejerías en salud sexual y reproductiva. Sólo 8 de los 11 hospitales afirmaron llevar adelante interrupciones legales del embarazo, y se les recomendó, en base a

las conclusiones obtenidas, el fortalecimiento de prácticas obstétricas, y la capacitación a profesionales sobre abortos no punibles, entre otras cuestiones de interés.

En referencia a la cantidad de ILE llevadas adelante en la Provincia de Buenos Aires, el sistema estadístico no dispone de la información, aunque se destaca que 612 mujeres embarazadas egresaron de hospitales públicos por gestaciones que concluyeron en ANP en 2015 (Chapman, 2017). En base a la respuesta por parte de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del ministerio provincial hacia Amnistía Internacional sobre el acceso a la información pública, es que se identifica el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU), y de medicamentos para el efectivo desarrollo de la práctica, de acuerdo a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud, en donde se desaconseja el uso del legrado. A su vez el comunicado señala que la totalidad de los hospitales platenses cuentan con servicio de toco ginecología y obstetricia para el correcto desarrollo de interrupciones legales y de atención post aborto, pero el informe no garantiza la realización ni atención en cuanto al servicio. Así también, en la respuesta brindada a la organización Católicas por el Derecho a Decidir (Chapman, 2017), se evidencian 81 defunciones durante 2015 vinculadas a la mortalidad materna en el sistema sanitario bonaerense, y 15.039 egresos hospitalarios por embarazos terminados en abortos –cifra superior al 2014 (14.499), pero inferior al 2013 (15.742) y al 2012 (16.723)– lo que permite visibilizar que miles de abortos no pudieron ser encausados como ILE. En torno a la cantidad de personas que cumplen tareas y se desempeñan, el primero de los documentos establece que el Programa cuenta con 39 personas formadas en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, siendo sólo nueve planta permanente, tres becarios/as y el resto contratados/as, distribuyéndose las tareas en referentes regionales, co-referentes regionales, profesionales, técnicos/as y docentes para la totalidad de la provincia.

El PBA SSR promueve la confidencialidad sobre las mujeres en situación de aborto desde su Comunicado N° 4, publicado en 2016. Se identifica a través del mismo la necesidad de llevar adelante la intervención o el espacio de consulta desde un ambiente que logre garantizar la privacidad en un clima de contención y escucha activa, realizando las prácticas necesarias con el consentimiento de la mujer, brindándole un trato humanizado y de respeto, con una actitud libre de prejuicios, un lenguaje claro y comprensible, en un ambiente de confianza entre el personal de salud y el/la usuario/a. En los casos en donde sea precisa la evolución del proceso abortivo, el documento establece que deberá ser llevada adelante la evacuación uterina, no pudiendo, y constituyendo un acto de violencia obstétrica, la realización de interrogatorios, el no ofrecer anestesia ni analgésicos para el dolor, la presentación de denuncias policiales y

judiciales, o la amenaza sobre la constitución de las mismas. Tratados internacionales y legislaciones nacionales protegen a las mujeres en parámetros de la atención sanitaria.

Consejerías en salud sexual y reproductiva. Las consejerías en salud sexual y reproductiva se encuentran reguladas a través de la Ley 14.038. Tienen por objetivo el fortalecimiento de la autonomía y de la toma de decisiones informadas de las mujeres y de la diversidad de actores que intervienen en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Son espacios para decidir de manera consciente e informada sobre el ejercicio de la sexualidad y del cuerpo, con perspectiva de género, derechos humanos y diversidad. En relación, actualmente en La Plata desarrollan tareas de manera activa tres espacios de consejería, avalados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los mismos tienen lugar en el Hospital Zonal de Agudos: “Dr. Ricardo Gutiérrez”, en el Hospital sub zonal especializado: “Dr. José Ingenieros”, y en el centro de salud: “El Mercadito”. Son un dispositivo destinado a la promoción y la prevención en el área sexual y reproductiva. Funcionan desde la escucha atenta y el diálogo abierto, orientando y promoviendo la reflexión, el aprendizaje y el empoderamiento, evitando el dar, dirigir y exigir órdenes; mostrándose experimentado/a o conocedor/a; o juzgando, criticando o culpabilizando. La consejería pre y post aborto, sobre el embarazo no intencional o inesperado, basa su labor sobre estrategias de disminución de riesgos y daños, reconociendo la restricción sobre la legalidad de la interrupción del embarazo como aquella que no impide ni previene el aborto, sino que lo vuelve inseguro. Si bien el equipo no participa en la decisión de la mujer, trabaja mediante la escucha activa permitiendo detectar situaciones que puedan encuadrarse dentro del marco legal, vinculando a la persona con el sistema sanitario. A través del comunicado N° 3 del año 2016, el PBA SSR, llama a no judicializar los procesos de aborto no punible, considerando que la misma es una práctica innecesaria, ilegal y contraproducente, que representa un supuesto de violencia institucional capaz de provocar sanciones administrativas, civiles y penales. Por tanto, el comunicado destaca, que no es precisa la solicitud de la denuncia, de la determinación judicial, ni de las pruebas. El único requerimiento es la declaración jurada.

Sin embargo, en Provincia de Buenos Aires, también son llevados adelante otros espacios de consejería, no avalados por el ministerio provincial, pero sí por cientos de mujeres que asisten con el fin de ser acompañadas en el proceso de decisión. “Socorristas en red, feministas que abortamos”, es una red de mujeres que, inspiradas en los acompañamientos feministas dados entre 1960 y 1970, desarrollan su labor a lo largo del país, brindando información y acompañando a las mujeres que deciden abortar, en un espacio seguro y

cuidado. La interrupción propuesta por esta organización, es con el uso del misoprostol, y se encuentran nucleadas en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. A través de los datos publicados en la web de dicho espacio, es que es posible visibilizar un total de 657 acompañamientos realizados durante 2015 en Buenos Aires, destacándose 184 en La Plata. Respecto a este último dato, en dicha ciudad, son conocidas como: “Colectiva Feminista Decidimos”. Las causales respecto a la intervención de la red nacional⁴, se vieron vinculadas con el mal uso (14,1%), el no uso (54,4%) y/o las fallas (31,4%) de los métodos anticonceptivos. En relación al modo de enterarse que estaban cursando un embarazo, el 50,9% accedieron a un test, y el 32,7% a una ecografía. Al momento de la consulta, el 60,2% de se encontraba cursando hasta la semana 8 del embarazo, y el 29,5% entre la semana 9 y la 12. Las razones sobre el acceso a la interrupción se encontraron ligadas en su mayoría al proyecto de vida (30,2%), a no querer ser madre en ese momento (24,4%), a la situación económica (20,3%) y a no querer tener hijos con la otra persona (9,2%). Sólo el 15,9% del total, había tenido un aborto provocado previo. En relación, el 73,6% decidió culminar el proceso con MAC, eligiendo el 56,7% el anticonceptivo oral (Socorristas en red, 2016). Así también, otro espacio en funcionamiento es el Espacio de Salud Sexual Integral (ESSI), de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata, el cual durante 2015, realizó un aproximado de 200 acompañamientos. Es preciso destacar que el espacio en cuestión durante ese año, contó con el acompañamiento del programa provincial.

El aborto en el Partido de La Plata

La ciudad de La Plata se constituye como la capital de la Provincia de Buenos Aires. Limita con Berisso, Ensenada, Magdalena, Brandsen, Berazategui, San Vicente y Florencio Varela. Cuenta con 31 localidades, dispersas a lo largo de su territorio. Fue fundada en 1882 y actualmente es la cuarta ciudad más poblada del país. Dispone de 46 Centros de Atención Primaria para la salud (CAP's), de los cuales 41 poseen atención médica de manera continua, según la Dirección de Vinculación Comunitaria, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata. Así también, y según datos de la misma dirección, en la actualidad se cuenta con cuatro ecógrafos para el total de los centros, que se hallan ubicados en distintos puntos de la ciudad con el fin de nuclear la atención del servicio de ecografía de diferentes barrios en un mismo CAP. Respecto al uso de los últimos, dependiendo el carácter de

⁴ Esta última información se encuentra calculada sobre la estadística total de las 2.894 mujeres que, a lo largo del país, accedieron al acompañamiento de Socorristas en red.

urgencia, pueden ser trasladados. La Plata no cuenta con legislación propia en cuanto a la ILE y solo uno de los 46 CAP's, brinda consejería en salud sexual y reproductiva. En abril de 2017, el Concejo Deliberante, en su tercera sesión, declaró la emergencia en violencia de género para la ciudad platense. En 2014 se había aprobado la creación de consejerías en SSyR para el total de los centros de salud de atención primaria, pero finalmente el proyecto fue desestimado. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), el municipio platense es el que presenta la mayor tasa de desempleo en mujeres, a nivel nacional (Diario Hoy, 2017).

Del total de los hospitales provinciales dispuestos en la presente ciudad, el total cuenta con servicio de toco ginecología y obstetricia. En base a las líneas de acción llevadas adelante por el PBA SSR durante 2017, ninguna de estas tuvo acciones directas sobre los hospitales del distrito platense. La Región Sanitaria XI, en donde se encuentra La Plata tuvo, en 2015, un total de 1.333 egresos hospitalarios por aborto. El ESSI ha manifestado dificultades respecto al acceso a interrupciones legales en la mayoría de los hospitales, destacando buenas prácticas en el Hospital Zonal de Agudos: "Dr. Ricardo Gutiérrez" y en el Hospital sub zonal especializado: "Dr. José Ingenieros". Para garantizar el acceso a los servicios, el Programa ha implementado la distribución de un referente de área por región, y un referente local por municipio. Teniendo en cuenta la carencia de información del PBA SSR respecto de la cantidad de abortos no punibles llevados adelante, y los hospitales en donde fueron realizados, es que la elaboración de un diagnóstico individualizado se vuelve imposible, aunque es factible visibilizar el egreso de 18 personas por embarazos terminados en ILE en la Región XI (PBA SSR, 2016).

Hospital de niños/as de La Plata "Sor María Ludovica". El Hospital de Niños/as se encuentra ubicado dentro del casco urbano, frente el Parque Saavedra. Atiende a personas de entre 0 y 14 años de edad, promoviendo servicios de asistencia, prevención, detección temprana, promoción y rehabilitación de la salud. Se consagra desde su web como el referente pediátrico por excelencia de la Provincia de Buenos Aires. Su meta es la de convertirse en el mejor hospital del país especializado en pediatría, y encuentra sus valores en la solidaridad y la cooperación. El primer lunes de cada mes, dicta talleres de salud sexual para pacientes adolescentes. Cubre un radio aproximado de 900.000 personas y recibe un estimado de 300.000 consultas anuales sobre demandas espontáneas, clínica pediátrica y especialidades. Respecto al servicio de ginecología infanto juvenil, es relevante destacar que las tres profesionales que se desempeñan en el servicio son mujeres. En los últimos meses el hospital

se había visto envuelto en la polémica, ante la negativa de realizarse el tratamiento hormonal – garantizado por ley–, a un niño trans.

Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos " Dr. Alejandro Korn". El Hospital "Dr. Alejandro Korn", se encuentra ubicado en la localidad de Melchor Romero. Fue fundado en 1884, con la misión de atender a "los pobres en solemnidad, sean hombres, mujeres o niños, atacados de enfermedades comunes o demencia" (Municipalidad de la plata, s.f). En 2014, ante la muerte de 102 pacientes sin explicación, el CELS presentó un amparo. Ante la inspección del juez fueron encontradas "ratas, cucarachas, orines, excrementos, pacientes desnudos –tirados en colchones y en el suelo–, habitaciones clausuradas", y destacó que: "El 20% de los internados carecía de documentos y percibía tratamientos puramente farmacológicos", por lo que se tomó la decisión de intervenir, mediante un cuerpo colegiado, el hospital (Lipcovich, 2014). El 12 de julio de 2017, ante una inspección del CELS, se reconoció que la comida estaba en mal estado (CELS, 2017). En septiembre del corriente año, fueron realizadas capacitaciones para profesionales de la salud sobre consejerías en salud sexual integral.

Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios". El Hospital "San Juan de Dios", se encuentra ubicado dentro del casco urbano platense, al límite con las localidades de Los Hornos y Altos de San Lorenzo. Se especializa en cardiología, infectología y neumonología. Brinda los tres niveles de atención y los tres tipos de servicios (generales, intermedios y finales). Su nivel de complejidad es VIII. La unidad de internación y consulta ginecológica se encuentra llevada adelante por una médica mujer. Brinda turnos a través de un 0800 y dispone de página web. Posee testeo rápido de VIH, y espacios para asesorías, contención y acompañamiento respecto de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín". El Hospital "General San Martín", se encuentra ubicado en el casco urbano de la ciudad de La Plata, al límite con la localidad de Villa Elvira y del municipio de Berisso. Su referencia es provincial. Se especializa en patologías crónicas y agudas de alta complejidad, como así también en trasplantes, oncología, servicios clínicos y quirúrgicos, salud mental, atención perinatal de alta complejidad y fertilización asistida. Si bien el servicio ginecológico se encuentra a cargo de una mujer, este hospital ha presentado conflictos respecto al acceso a la interrupción legal del embarazo. Vale recordar el caso de "L.M.R", nombrado anteriormente. La jefa de servicio de aquella

oportunidad, continúa ejerciendo su cargo de gestión aún en la actualidad. Los servicios de ginecología y obstetricia del San Martín, son objetores de conciencia (Vázquez, 2016). No se registra trabajo por parte del PBA SSR con este hospital.

Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque”. El Hospital “San Roque”, se encuentra ubicado en la localidad de Gonnet, en la periferia platense. Posee servicios centrales, de consultorio, de internación en cuidados progresivos y de internación en unidades cerradas. La propuesta toco ginecológica del presente abarca: patología mamaria, ginecología, obstetricia –incluye de alto riesgo y adolescente–, planificación familiar y patología cervical. No destaca atención por interrupción legal del embarazo desde su web, ni talleres ni intervenciones por parte del PBA SSR en el último año. Este hospital, fue denunciado en 2014 por haber negado la práctica de un aborto no punible a una mujer de 18 años, que cursaba una gestación con malformaciones graves, incompatibles con la vida (Anred, 2017).

Hospital Interzonal General de Agudos Prof. “Dr. Rodolfo Rossi”. El Hospital “Dr. Rodolfo Rossi”, se encuentra ubicado dentro del casco urbano platense, al límite con la localidad de Tolosa y el municipio de Ensenada. Según datos brindados desde su página web, el 15% de la población asistida tiene más de 65 años, el 56% tiene entre 35 y 64 años, y el 29% restante por debajo de esa edad. Un tercio de los/as asistentes no registran domicilio en la ciudad de La Plata, incluyéndose pacientes provenientes de otras provincias, y un 2% de asistencia desde países limítrofes. Si bien el servicio de ginecología se encuentra dirigido por una mujer, se incorpora la atención de hombres en los médicos de planta. Este hospital, ha registrado trabajos vinculados a la implementación de la interrupción legal del embarazo, tal como constituye su participación en la GPSS 2012 RS XI La Plata, 2° actividad de hospitales. No se registran trabajos de la PBA SSR en el último año.

Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Ricardo Gutiérrez”. El Hospital “Dr. Ricardo Gutiérrez” se encuentra ubicado dentro del casco urbano de la ciudad de La Plata, al límite con Ensenada y próximo a la localidad de Tolosa. A diferencia de otros hospitales locales, posee guardia ginecológica y obstétrica. Desarrolla tareas de consejería en salud sexual y reproductiva, y se destacan tareas de profundización respecto a los saberes que intervienen en la interrupción legal del embarazo, tal como demuestra la participación en la GPSS 2012 RS XI La Plata. Este hospital también ha tenido repercusión debido a que fue pionero en la cirugía de

adecuación de sexo. No se registran talleres ni capacitaciones durante el último año llevados adelante por el PBA SSR.

Hospital Subzonal Especializado “José Ingenieros”. El Hospital “José Ingenieros”, ubicado en Melchor Romero, el cual en un principio se encontraba abocado al trabajo con la salud mental en niveles leves y moderados, cuenta con consejería en pre y post aborto. Así también, ha llevado adelante procesos de abortos no punibles y, dada la trayectoria de sus profesionales, ha desarrollado capacitaciones a otros entes hospitalarios. Sin embargo, al poseer atención solo primaria, no les es admisible la realización de legrados. No se registran talleres ni capacitaciones durante el último año llevados adelante por el PBA SSR.

PARTE II

PROYECTO DE CAMPAÑA PARA LA PLENA IMPLEMENTACIÓN DEL ABORTO NO PUNIBLE EN EL PARTIDO PLATENSE

Breve fundamento y descripción de la propuesta. Posicionamiento. Antecedentes históricos. Documentación pre existente. Situación actual. Objetivo general. Objetivos específicos. Público directo/indirecto. Estrategia. Canales planificados. Calendarización. Presupuesto.

Breve fundamento y descripción de la propuesta

El proyecto de campaña para la plena implementación del aborto no punible en el partido platense surge a partir del diagnóstico comunicacional realizado en la parte I del presente trabajo. El mismo tiene como fin la creación de estrategias para la correcta ejecución de las interrupciones legales del embarazo (ILE), en base a la normativa existente. Se encuentra fundamentado sobre distintos informes realizados por organismos internacionales, organismos públicos nacionales y organizaciones de mujeres que han dejado expuestas las violencias a las que deben enfrentarse las mujeres en el sistema sanitario respecto a la intervención abortiva.

Se trabajará a modo de campaña, y no a través de una línea de acción concreta de un programa específico, entendiendo que los organismos a intervenir deben ser varios, y que la intervención es de carácter urgente. Si bien la propuesta estará dirigida de manera central al Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, las acciones le serán competentes al Ministerio de Desarrollo Social y a la Secretaría de Comunicación de la misma provincia, a la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación, a la Universidad Nacional de La Plata y al municipio en cuestión. En este sentido, se entiende que no es solo responsabilidad del sistema sanitario el pleno desarrollo de esta política, ya que allí también participan e inciden mediante sus decisiones, otra gran cantidad de actores.

La elección de los organismos anteriores, no es aleatoria. Se entiende la participación de la Universidad Nacional de La Plata desde su carácter de formación de profesionales de la salud.

La participación del Ministerio de Desarrollo Social PBA desde las líneas de asistencia: El Estado en tu barrio, Cerca de noche y Centro Único de Asistencia Telefónica Social (CUATS). La participación de la Secretaría de Comunicaciones, desde su responsabilidad por llevar adelante campañas comunicacionales que generen el fortalecimiento del lazo social con los y las vecinas, asesorando con información oficial, segura y veraz. La participación de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación, desde su línea Compromiso Social Universitario, entendiendo su incidencia territorial en distintos barrios del municipio platense, y la labor con múltiples organizaciones desde convocatorias específicas. La participación de la Municipalidad de La Plata, dando cuenta de que es el territorio a trabajar, y desde su Programa de Atención Integral de Salud en la Mujer, sancionado en 2014; y al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, desde su rol de ser aquel órgano del que dependen las garantías de los abortos no punibles.

La campaña estará diseñada de manera estratégica. El plan establecido será de seis (6) meses y contará, en un principio, con informes semanales. Es indispensable poder dar cuenta de que, en la actualidad, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires no cuenta con datos estadísticos precisos de la cantidad de interrupciones legales llevadas adelante en la provincia. Si bien ha creado una línea de trabajo que lleva adelante la tarea, aún no hay datos disponibles. Esto último puede ser visibilizado en las respuestas a las solicitudes sobre información pública realizadas por Amnistía Internacional y otros organismos, presentes en su web oficial. Sin embargo, y si bien el ministerio no ha logrado disponer de esa última cifra, detalla que, durante 2015, la cantidad de egresos hospitalarios por aborto fueron de 15.039 (Chapman, 2017). El Estado ha reconocido, sobre la mortalidad materna, que el aborto clandestino sigue siendo la mayor causante de estas muertes (Tuñez, 2016).

Se promoverá el acceso total a través de capacitaciones, jornadas, encuentros y planes de comunicación, con el fin de cumplir los objetivos propuestos. Se trabajará haciendo hincapié en la promoción de derechos y la no discriminación, denunciando situaciones de vulneración y violencia, a fin de generar espacios abiertos, accesibles y de confianza. Se pensarán en equipos interdisciplinarios e interinstitucionales, y se entenderá a la salud de manera integral. Con la finalidad de generar estrategias efectivas, se retomarán las experiencias y los modos de aplicación de otros países, entendiendo que esta situación no es de carácter único, y que el hecho de retomar el diálogo de saberes constituye un hecho de importancia sobre la construcción de la norma y la política pública.

Posicionamiento

El proyecto de campaña para la plena implementación del aborto no punible en el partido platense, se posiciona desde un paradigma de empoderamiento, de conquista y de acceso a derechos. Si bien se entiende la existencia de un marco regulatorio para el aborto no punible, a través de las cifras dispuestas por el Ministerio y el alto grado de denuncia por parte de las organizaciones de mujeres y organismos internacionales, es factible visibilizar la necesidad de la construcción de una norma transformadora sobre la anterior. Sin embargo, el presente, no se propone la creación de la misma, aunque deja en evidencia, a través del diagnóstico, la necesidad de actualización de este marco. Será garantía el respeto a la diversidad cultural, ética y religiosa de la persona gestante, o de aquella persona que desee recibir asesoría, donde la atención brindada deberá ser integral y de calidad, reconociendo el derecho a la salud y a la dignidad humana. Se trabajará bajo las disposiciones de la Ley 26.743, de Identidad de Género, entendiendo que las mujeres no son las únicas capaces de concebir un embarazo.

Antecedentes históricos

La interrupción legal del embarazo se encuentra vigente en Argentina a través de su Código Penal desde 1921. Se encuentra fijado en la sección: “Delitos contra las personas”, y específicamente, en “delitos contra la vida”. En relación, en su artículo 86, inciso 1°, la norma detalla: “Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”. En el inciso 2° señala: “Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”. En 2003, fue creado a través de la Ley 25.673, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en donde se le otorgó la responsabilidad de la entrega de anticonceptivos y otros insumos, de carácter gratuito, como así también la asistencia técnica y el apoyo a las autoridades provinciales sobre la implementación de programas locales en todas las provincias. Se le impusieron como objetivos, por ley, la disminución de la morbilidad materno-infantil, la prevención de los embarazos no deseados, la promoción de la salud sexual en los/as adolescentes, y el potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable, entre otros de interés. En mayo de 2005, fue lanzada la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, con la característica de ser una alianza federal, y con la participación de movimientos feministas y grupos de mujeres. Su lema fue: “Educación sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir”. En la actualidad cuenta con la adhesión de 305 grupos,

organizaciones, personalidades, movimientos, y sindicatos. Ha presentado en seis ocasiones el proyecto para las interrupciones legales del embarazo, siendo la última realizada con fecha en junio de 2016. En 2007 fue publicada por el Ministerio de Salud de la Nación, la primera Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, aprobada por el entonces ministro, Ginés González García. A través de la disposición se entendía de manera amplia el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal, dando cuenta de que cualquier mujer víctima de una violación estaba en condiciones de acceder a un aborto no punible, mediante la constancia de la denuncia policial o judicial, y que no era necesario un abordaje interdisciplinario para la intervención, ni la participación del Comité de Bioética del hospital. La publicación fue distribuida en hospitales de todo el país. En 2010 fue actualizada por el ministro de salud Juan Manzur. La presentación fue momento fue motivo de discusión. La respuesta ante la ONU sobre el aborto por parte del gobierno argentino, realizada por Lidia Mondelo, entonces presidenta del Consejo Nacional de las Mujeres, había sido que el protocolo había obtenido rango de resolución ministerial, lo que el ministro tuvo que salir a desmentir, señalando que había sido un error la difusión de esa información. Sobre la revisión de la guía anterior, la nueva consideraba cuatro causales de no punibilidad, y dejaba en claro que en ningún caso era necesaria una autorización judicial. Las causales eran: 1) en casos de peligros para la vida de la mujer, 2) en los casos de peligro para la salud de la mujer, 3) cuando el embarazo sea producto de una violación, 4) cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente. Así también, incorporaba la figura de la consejería, con el fin de que cualquier mujer que accediera a una ILE pudiera concluir el proceso con la elección de un método anticonceptivo, a fin de evitar los embarazos no deseados. En 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió el “Fallo F.A.L s/ medida autosatisfactiva”, en donde ratificó que todos las mujeres víctimas de una violación podían acceder a la realización de un aborto legal, sin necesidad de una autorización judicial previa ni una denuncia que las avale. De manera posterior a la disposición, se realizó en el país un fuerte avance en la calidad de los protocolos vinculados a las interrupciones legales de los embarazos. En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación, actualizó la Guía propuesta en 2010, y retomando la disposición del máximo tribunal, publicó el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. A diferencia de los anteriores, se caracterizó por establecer la ILE como un derecho para las mujeres y destacó que su aplicación era de carácter obligatorio en todo el territorio argentino, debiendo ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, públicas o privadas del país. En relación, en septiembre de 2016 fue modificado y esta información fue eliminada. No cuenta con rango de resolución ministerial. En base a las cifras,

el protocolo destaca la realización de entre 370 y 522 mil interrupciones anuales (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). En Provincia de Buenos Aires, el acceso se rige según la resolución ministerial 3146/12. Según las estadísticas del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, 612 mujeres egresaron de hospitales públicos por embarazos terminados en ANP durante 2015, sobre 15.039 egresos hospitalarios vinculados a interrupciones de embarazo en la misma provincia, el mismo año. La criminalización y la vulneración de derechos siguen siendo aún una problemática a resolver.

Documentación pre existente

Es difícil poder retomar información pre existente, dada la carencia de la misma por parte de organismos públicos vinculados al tema. La Provincia de Buenos Aires, a través del Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable, ha señalado que, ante la falta de áreas especializadas en el tema, durante varios años las estadísticas fueron insuficientes. Sin embargo, es factible visibilizar las acciones y actividades de este organismo mediante el *Informe de Gestión 2016*, el *Informe de Gestión – 1° semestre de 2017*, el *Informe de secuencias PBA SSR. Segundo semestre 2016. Línea 0800 – Salud responde. PNSSYPR*, y las respuestas a los pedidos de información pública llevados adelante por Amnistía Internacional, Católicas por el derecho a decidir, Fundación Huésped, Defensoría del Pueblo de la Nación, Honorable Concejo Deliberante de Mercedes, Honorable Cámara de Senadores, y la Honorable Cámara de Diputados. En base a la información de organismos internacionales, es importante retomar las disposiciones de Dubravka Simonovic, relatora especial de las Naciones Unidas sobre violencia contra la mujer, en cuanto a su informe realizado sobre su visita a Argentina en 2016, las recomendaciones del Comité CEDAW al gobierno argentino; el dictamen del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y las revisiones sobre la normativa del Comité de Derechos Humanos; entre otros. En torno a las investigaciones de centros nacionales, se visibilizarán los documentos producidos por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS). Así también, serán tomados en cuenta los informes realizados por Socorristas en Red. Es importante destacar que, en este punto, sólo son nombradas algunas de las organizaciones y organismos, ya que se entiende que estos no son los únicos que realizan actividades de interés en el país.

Situación actual

La situación actual es preocupante. No existen políticas específicas que se aboquen hacia la interrupción legal del embarazo. El carácter de implementación se encuentra facilitado desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual tiene también otras responsabilidades, y no existe un organismo que tenga la tarea particular de velar por el efectivo cumplimiento de la norma mediante relevamientos. En Provincia de Buenos Aires, si bien se visualiza la existencia de distintas líneas de trabajo, es preocupante el hecho de que sólo hallan 39 personas desarrollando tareas en el programa (Chapman, 2017). A través de la respuesta al informe solicitado por Amnistía Internacional, en donde se solicita información acerca del personal, se identifica una coordinación técnica, 12 referentes regionales, dos co-referentes regionales y 24 profesionales, técnicos/as y docentes, de los/as cuales, nueve son planta permanente del Ministerio de Salud de la PBA, tres son becarios/as, y el resto contratados/as para cubrir un total de cinco líneas de trabajo divididas luego en otras áreas de acción. En torno al mismo documento, Silvina Ramos, actual Coordinadora Técnica del Programa, informa que no se registran sumarios administrativos a personal de salud en relación a ILE en la totalidad de la provincia aunque, aclara que los sumarios se resuelven en el marco de las respectivas competencias de cada municipio.

Objetivo general

Generar estrategias que permitan la plena implementación del aborto no punible en el partido platense a través de la resolución 3146/12 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos

Mejorar el acceso al aborto no punible (ANP) en los hospitales públicos ubicados en el Partido de La Plata.

Garantizar el ejercicio y el goce del derecho de la interrupción legal del embarazo a las personas gestantes.

Fortalecer la atención sobre los efectores sanitarios que aplican el acceso a los servicios de ANP, velando por el correcto cumplimiento de la norma.

Promover la protección de derechos, abordando aquellos específicos a la interrupción legal del embarazo.

Destinatarios/as

Entendiendo que la línea de acción planificada da cuenta de la intervención de diferentes actores, serán identificados/as distintos/as destinatarios/as. Sin embargo, es preciso destacar que las principales destinatarias serán las personas que se encuentren cursando un embarazo y que no tengan deseos de continuar con el mismo.

- Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: Se entienden como principales destinatarios/as aquellos/as efectores/as de la salud que intervengan en las interrupciones ligadas de los embarazos. Es decir, directores/as de hospitales, toco ginecólogos/as, psiquiatras, pediatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y otros/as trabajadores/as de la salud pública en general, exceptuando aquellos/as que se hayan declarado objetores de conciencia, a lo que se recuerda que, según el Decreto Nacional 1.282/2003 de reglamentación de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, en su artículo 10 declara que aquellos/as profesionales objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en el sistema privado. Así también, serán destinatarias indirectas todas las mujeres y personas gestantes, a través de los resultados del trabajo realizado con los y las profesionales del total de las líneas de acción, atravesadas por las Consejerías en Salud Sexual Integral, el acceso a la anticoncepción, el acceso a la ILE y a la atención post aborto, como así también a otros servicios de salud sexual vinculados.

- Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires: Se entienden como destinatarios/as del Ministerio de Desarrollo Social de la PBA, todos/as aquellos/as efectores/as de la salud, y efectores/as públicos en general, que desempeñen tareas en los programas de: “El Estado en tu barrio”, “Cerca de noche”, y “Centro único de Asistencia Telefónica Social” (CUATS), dado a que sus quehaceres se encuentran asociados al pleno contacto con los y las vecinas, en donde la planificación familiar es un tema cotidiano. En este sentido, poder visibilizar el deseo de la persona gestante, sobre no querer continuar con un embarazo encuadrado dentro del marco normativo vigente para la provincia se vuelve indispensable, entendiendo que la persona puede someterse a prácticas clandestinas, exponiéndose a situaciones de riesgo y poniendo en peligro su vida. La Organización Mundial de la Salud (2016) reconoce que toda mujer que cursa un embarazo no deseado, y sin acceso a servicios de aborto seguro, se encuentra en riesgo, y que esta práctica se profundiza en mujeres pobres, donde las posibilidades de someterse a un aborto peligroso son superiores que a las de una mujer acomodada. Es fundamental poder brindar información de calidad.

- Secretaría de Comunicación de la Provincia de Buenos Aires: Se propone como población destinataria de la Secretaría de Comunicación de la PBA, la totalidad de la población platense.

- Programa: “Compromiso Social Universitario” de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación: Se plantean como destinatarios/as directos/as del Programa de la SPU, las organizaciones territoriales que, en conjunto con la universidad, desarrollen su trabajo en el partido platense. Como destinatarios/as indirectos/as, se proponen efectores/as y profesionales de la salud, personas con la capacidad de gestar, mujeres, entre otros/as, como parte de la población que ya es destinataria de esta política desde el trabajo territorial.

- Universidad Nacional de La Plata: Se proponen como destinatarios/as de la Universidad Nacional de La Plata, aquellos/as estudiantes de las carreras vinculadas a la psicología, la psiquiatría, la pediatría, la ginecología, y otras carreras de la salud en general, como así también de trabajo social, entendiéndose que las mismas son aquellas que se encuentran constituidas como obligatorias para el pleno acceso a la interrupción legal del embarazo según la disposición de la Provincia de Buenos Aires.

- Municipalidad de La Plata: Se proponen como destinatarios/as de la Municipalidad de La Plata las personas con capacidad de gestar en su totalidad, las mujeres, y el total de sus efectores/as de salud vinculados/as a tareas de ginecología y obstetricia. Se entiende que es precisa la intervención de las autoridades del municipio, siendo este el partido a intervenir, y considerando que el mismo ha declarado en abril de 2017 la emergencia en violencia de género, y en 2014 ha lanzado el Programa de Atención Integral de Salud en la mujer y de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva, aunque este último finalmente no fue llevado adelante.

Estrategia

Teniendo en cuenta la carencia de campañas específicas vinculadas a la promoción y protección de los derechos de las mujeres y las personas gestantes que deseen llevar adelante un aborto desde la regulación legal existente en el municipio platense, y visibilizando la vulneración de derechos denunciada, la cantidad de egresos hospitalarios por abortos clandestinos, y las bajas tasas de acceso para abortos legales, es que se considera imprescindible la creación de una campaña interinstitucional e interministerial, a fin de solventar una problemática que incluso ha sido denunciada por organismos internacionales desde decretos, documentos e informes para la Argentina. La elección de la ciudad se encuentra ligada a que la misma es la capital de la provincia bonaerense. El caso puede ser tomado como

prueba para que, una vez evaluado, pueda ser ampliada la modalidad a otros partidos provinciales.

Productos y canales planificados. Descripción de los productos.

Producto I. *Encuentros bimensuales con directores/as y jefes/as de servicio de hospitales públicos de la Región Sanitaria XI, sección La Plata:* entendiéndose que la primera parte del proyecto tendrá una duración de seis (6) meses, la cantidad de encuentros dispuestos serán de cuatro, siendo el primero previo al comienzo de su ejecución, y el último posterior al cierre. En caso de ser necesario, podrán ser diseñados otros, no viéndose esto limitado por la presente planificación. Será de carácter obligatoria la adhesión a las propuestas de la campaña, entendiéndose que el acceso a la ILE es preocupante, y es un tema plenamente competente para la salud pública. En torno a los objetivos, el primero de los encuentros tendrá como finalidad la construcción de un diagnóstico participativo, en base al anuncio del lanzamiento de la campaña. Se entiende que cada uno de los hospitales está atravesado por distintas líneas de trabajo y distintas vivencias, y que si bien el resultado final se espera que sea el mismo, el poder realizar un proceso previo, permitirá enfrentarse de manera distinta a las realidades vividas por las personas que allí desarrollan su labor profesional, y las asistentes. A su vez, será firmado un documento de compromiso institucional, en donde también será trabajada la implementación de la línea de acción: "Te acompañamos". El segundo y el tercero de los encuentros, se diseñarán con el fin de realizar una evaluación, donde será visibilizada la eficacia de los procesos implementados, mediante el compartimiento de las experiencias de los primeros y últimos meses. El objetivo del cuarto encuentro, será el de llevar adelante una estimación que permita mejorar la calidad del proyecto, a fin de implementarlo en otros municipios. Este proceso estará coordinado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires, que ya posee diálogo con estas autoridades y que, mediante su organigrama, puede llevar adelante una conversación fluida, a fin de identificar problemas existentes entre los meses que duren los encuentros. El acceso, y la calidad de atención sobre los ANP, serán controlados mediante el sistema SIP-A 2 del Programa, el primer sistema informático capacitado para evaluar la calidad de atención de mujeres en situación de aborto.

Producto II. *Jornada de capacitación con efectores/as del primer nivel de atención e integrantes de equipos de salud de hospitales públicos provinciales de la Región Sanitaria XI, sección La Plata.* Con el objetivo de mejorar la calidad de acceso a las interrupciones legales del embarazo, y a la atención post aborto, serán realizadas jornadas de capacitación a los/as

efectores/as del primer nivel de atención y a otros/as integrantes de equipos de salud de hospitales públicos del distrito platense, ligados a la atención de las ILE. La característica de la asistencia será obligatoria, y se verán exceptuados/as aquellos/as profesionales de la salud que se hayan declarado objetores de conciencia. Así también, se trabajará en la implementación de las prácticas de la línea de acción: “Te acompañamos” y se planificarán las actividades de la misma. Las jornadas serán dos por cada hospital, existiendo un lapso contiguo entre una y otra. La propuesta horaria será de cuatro horas cada una, con un descanso de veinte minutos en el medio, y la fecha de comienzo deberá ser inmediata de acuerdo al lanzamiento de la campaña. El proceso estará coordinado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires.

Producto III. *Jornada de capacitación para los/as efectores/as de los programas: “El Estado en tu barrio”, “Cerca de noche”, y “Centro Único de Asistencia Telefónica Social”.* Entendiendo que los programas mencionados tienen una relación directa con los/as vecinos/as, de distintos distritos bonaerenses, y que muchas de sus actividades son realizadas en el partido platense, se propone la creación de jornadas de capacitación vinculadas a la salud sexual, con el fin de que las personas que busquen asistencia puedan recibir información de calidad sobre sus derechos sexuales, como así también sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo. Es imprescindible poder identificar a cualquier persona gestante que esté transitando un embarazo no deseado, con el fin de que la misma no ponga en riesgo su salud y su vida. Se propone una primera jornada ligada a derechos sexuales y reproductivos, identificación y diferenciación de la atención brindada centros de salud de atención primaria, hospitales y UPA, y asesoría sobre la elección de métodos anticonceptivos; y una segunda ligada plenamente al aborto no punible, en donde consten las identificaciones de las causales, y las distintas líneas de acción del programa provincial. Así también, se capacitará de manera diferenciada a las personas responsables del programa, y se eximirá a aquellas que se declaren objetoras de conciencia. Sin embargo, será de carácter obligatoria la asistencia de al menos una persona por equipo que se encuentre dispuesta a capacitarse y a brindar información clara y veraz, en un espacio seguro y de confianza, donde la persona gestante pueda expresar sus necesidades, temores y vergüenzas, libre de coerciones y de sentirse juzgada. Es importante señalar que, estos casos, deberán ser elevados al PBA SSR, a fin de que las personas responsables puedan tomar conocimiento y gestionar la intervención. Este proceso estará coordinado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos

Aires, y el comienzo de las actividades deberán ser realizadas de manera inmediata una vez lanzada la campaña.

Producto IV. *Creación de la campaña comunicacional y posterior lanzamiento por parte de la Secretaría de Comunicación de la Provincia de Buenos Aires.* Entendiendo que la Secretaría de Comunicación es aquella que tiene la posibilidad de llegada más fuerte hacia los vecinos y las vecinas, y dando cuenta de que la presente campaña será de carácter provincial, viéndose dispuesta en el municipio platense a modo de prueba, es que será tarea de la presente secretaría la creación de una campaña comunicacional que brinde información y promocióne los derechos de las mujeres y personas gestantes sobre la interrupción legal del embarazo y otros derechos sexuales. Hasta el momento, es factible encontrar en los hospitales, centros de salud y UPA, información relevante ligada al uso de anticonceptivos, pero nada sobre el acceso al aborto legal y los modos de acceso. La campaña tendrá como objetivo el empoderamiento de las mujeres y demás personas gestantes sobre sus derechos en torno al aborto. Serán realizadas acciones digitales, gráficas, audiovisuales y radiales.

Producto V. *Convocatoria especial del Programa: "Compromiso social universitario", dependiente de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación.* El Programa: "Compromiso Social Universitario", lanzado a fines de 2015 por la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación, es aquel encargado de financiar proyectos ligados a la universidad y al territorio, promoviendo el trabajo extensionista. Suplió el lugar que ocupaba "Voluntariado Universitario", transformándolo desde un nuevo lugar. Se propone la creación de una convocatoria especial, tal como realizó Voluntariado Universitario frente a situaciones de carácter urgente, tales como fueron las fuertes inundaciones en abril de 2013 para el municipio platense, o ante la presentación del programa Conectar Igualdad, en dos oportunidades. En este sentido, se espera la posibilidad de gestionar estrategias que permitan el acceso de la población platense al acceso al aborto no punible, siendo estos/as últimos/as destinatarios/as de la política pública. En relación, para la ejecución de la presente se invitará a participar al PBA SSR, en conjunto con trabajadores/as del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y organizaciones que se encuentren desarrollando líneas de acción vinculadas. Se prevé el lanzamiento de la convocatoria dentro de los tres primeros meses lanzada la campaña.

Producto VI. *Creación de una cátedra específica vinculada al aborto no punible dentro de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.* Entendiendo que la Universidad Nacional de La Plata forma profesionales de la salud, es que se entiende que la misma debe consolidar los procesos abocados a un proceso legal, que se encuentra regulado por el Código Penal de la Nación y por la Resolución 3146/12 en Provincia de Buenos Aires, tal como lo es el aborto no punible. La primera cátedra sobre el aborto como un problema de salud, fue anunciada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario en mayo del corriente año, entendiendo que la interrupción del embarazo es una práctica con sustento legal, que debe ser enseñada e incorporada en el plan de estudios. En octubre, también lo hizo la Universidad de Buenos Aires, aunque en calidad de cátedra libre. Se pretende su aplicación en agosto de 2018, y se entiende su proceso a partir de la intervención de organismos tales como el CEDES, el CELS, ELA, Amnistía Internacional, Católicas por el Derecho a Decidir, REDAAS, Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en conjunto con el provincial, entre otros.

Calendarización

Marzo a agosto.

Producto I

- Primera semana de febrero: Envío de invitaciones a directores/as jefes/as de servicio de hospitales públicos ubicados en la sección platense, sobre la participación al primer encuentro, a ser desarrollado en la sede platense del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en donde se anuncie que será firmada un acta de compromiso institucional sobre las actividades de implementación de la campaña, como así también sobre la línea de acción del programa: "Te acompañamos".

- Primera semana de abril: Realización del segundo encuentro a ser desarrollado en la sede platense del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Mediante los informes recibidos, será hablado con cada uno/a de los/as directores/as, a fin de realizar un diagnóstico que permita dar cuenta sobre la efectividad de los procesos de aplicación de la campaña, y el correcto cumplimiento de lo dispuesto en el acta de compromiso.

- Primera semana de junio: Realización del tercer encuentro a ser desarrollado en la sede platense del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia

de Buenos Aires. Se recuperará lo acordado el momento anterior, y se procederá, en conjunto con los informes realizados por el SIP-A 2, en conjunto con los/as referentes regionales del Programa, a conversar con los/as directores/as y jefes/as de servicio, a fin de verificar la efectividad de las líneas de acción de la campaña y de lo acordado según el acta de compromiso. Se visibilizarán casos particulares, atendiendo a cada una de estas según las demandas pertinentes.

- Primera semana de septiembre: Realización del cuarto y último encuentro, a ser desarrollado en la sede platense del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se recuperarán la totalidad de los momentos anteriores, se revisarán los informes, y se procederá a realizar una evaluación sobre los momentos vividos en las instancias acordadas sobre la implementación de la campaña. Se invitará nuevamente a participar a directores/as de hospitales públicos platenses, como así también a jefes y jefas de servicio. Se revisará el acta de compromiso, en caso de ser necesario, y las actividades acordadas por la línea de acción: “Te acompañamos”, la cual seguirá en vigencia.

* El presente producto constará de informes semanales durante el primer trimestre, y quincenales el segundo. Además se propondrá el uso de una línea telefónica particular con una persona referente de la campaña, que estará a disposición a fin de corroborar el pleno acceso a la práctica de todas las personas gestantes que puedan encuadrarse dentro de lo dispuesto por la normativa legal.

Producto II

- Primera quincena de febrero: Reuniones con el fin de llevar adelante las organizaciones de las jornadas. Envío de invitaciones y organización de materiales. Elevación de solicitudes sobre los espacios necesarios para el correcto desarrollo de las capacitaciones.

- Primera semana de marzo: Realización de las dos jornadas en el Hospital: “General San Martín”.

- Segunda semana de marzo: Realización de la primera jornada en el Hospital: “Dr. Alejandro Korn” y en el Hospital “José Ingenieros”. Relevo de información, armado de informe y registro.

- Tercera semana de marzo: Realización de la última jornada en el Hospital: “Dr. Alejandro Korn” y en el Hospital “José Ingenieros”. Relevo de información, armado de informe y registro.

- Segunda semana de abril: Realización de la primera jornada en el Hospital: “Dr. Rodolfo Rossi” y en el Hospital: “Dr. Ricardo Gutiérrez”. Relevo de información, armado de informe y registro.

- Tercera semana de abril: Realización de las dos jornadas en el Hospital: “San Juan de Dios”. Relevo de información, armado de informe y registro.

- Cuarta semana de abril: Realización de las dos jornadas en el Hospital: “Sor María Ludovica”. Relevo de información, armado de informe y registro.

- Primera semana de mayo: Realización de las dos jornadas en el Hospital: “San Roque”. Relevo de información, armado de informe y registro.

* Es preciso poder destacar que, en caso de ser necesario, las capacitaciones pueden ser extendidas. Así también, se deja constancia de, que en caso de visualizar experiencia, correcto acceso a las ILE cuando se presentan, identificación de causales, y atención correcta y de calidad, sólo se procederá a la realización del informe y del registro, realizando una sola de las dos jornadas, y entendiendo que la misma no tendrá función de capacitación, sino que será un momento de diagnóstico, donde los y las profesionales de la salud podrán compartir sus experiencias.

Producto III

- Segunda quincena de febrero: Reuniones a fin de coordinar y preparar las respectivas capacitaciones a los/as efectores/as, y directivos/as, de los Programas: “El estado en tu barrio”, “Cerca de noche”, “Centro Único de Asistencia Telefónica Social”. Envío de invitaciones.

- Primera semana de marzo: Realización de la primera y segunda jornada de capacitación abocada al proceso de sensibilización sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y sobre el marco normativo existente ligado a la interrupción legal del embarazo, destinado a directores/as de los programas mencionados, en cuanto a su trabajo en el distrito platense, identificados centros de salud de atención primaria, hospitales, UPA, consejerías en salud sexual y reproductiva, y centros de distribución de anticonceptivos gratuitos.

- Última semana de marzo: Realización de las dos jornadas destinadas a los/as efectores/as de los programas ya mencionados del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires. Serán trabajados los temas ligados a la identificación de causales, el acceso al aborto no punible, los derechos sexuales y reproductivos, la entrega de anticonceptivos, la identificación de centros de salud, hospitales, UPA, consejerías en salud sexual y reproductiva, centros de distribución de anticonceptivos gratuitos, objetivos del PBA SSR, entre otros. Será

realizado un informe sobre los problemas que suelen visibilizar en los barrios, asociados a los intereses del programa.

* Es importante dar cuenta de que a esta área de la campaña le serán asignados dos referentes. Uno, que se incorporará al trabajo del Ministerio de Desarrollo Social de la PBA, los días en que las actividades sean desarrolladas en el municipio platense, a fin de identificar de manera inmediata la necesidad de la intervención ILE, y otro que estará disponible a través de una línea telefónica. De esta manera, se buscará garantizar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y el correcto acceso a la práctica de la interrupción legal del embarazo.

Producto IV

- Enero/Febrero: Serán realizadas reuniones y encuentros con referentes del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva; del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; del Instituto Nacional de las Mujeres; de la Universidad Nacional de La Plata; como así también del CEDES, el CELS, el ELA, la REDAAS, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, entre otras de interés. Se abrirá la convocatoria a organizaciones a fin de que participen en la construcción de la campaña comunicacional en conjunto con la Secretaría de Comunicación de la Provincia de Buenos Aires.

- Marzo: Lanzamiento de la campaña de manera oficial. Actividad.

- Marzo/Agosto: Monitoreo de la campaña. Gestión de la misma. Realización de actividades. Producción de materiales gráficos, audiovisuales, radiales y digitales.

- Septiembre: Evaluación.

* A través de la presente secretaría, será llevado adelante un espacio de encuentro entre todas las organizaciones, organismos e instituciones participantes, durante el tiempo que dure la campaña, con el fin de planificar las acciones, actividades y demás cuestiones que intervengan a la misma.

Producto V

- Diciembre 2017/Marzo 2018: Diálogos con el Ministerio, a fin de lanzar la convocatoria entre marzo y mayo de 2018. Invitación a organismos, instituciones y organizaciones sobre el diseño, la ejecución y la evaluación de los proyectos presentados.

- Marzo/Mayo: Lanzamiento de la convocatoria (un mes, se prevé mayor tiempo debido a los tiempos del Ministerio en cuanto al diseño de la misma).

- Abril/Julio: Evaluación de los proyectos presentados (dos semanas, se prevé mayor tiempo de acuerdo a los tiempos del Ministerio en pos del diseño de la convocatoria).
- Julio/Agosto: Presentación de la resolución que anuncia los proyectos beneficiados con sustento económico. Comienzo del desarrollo de las acciones territoriales.

Producto VI

- Febrero: Comienzo de las reuniones con organizaciones, organismos e instituciones a fin de comenzar el diseño de la Cátedra, en conjunto con las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, en torno al marco normativo vigente para la Provincia de Buenos Aires.
- Marzo: Presentación del primer boceto sobre el diseño del Programa de la Cátedra.
- Abril: Presentación del documento ante el Consejo Directivo de la Facultad, en el marco de la campaña.

CONCLUSIONES

Argentina ha sido acusada de no llevar adelante los procesos regulados por el Código Penal de la Nación respecto al aborto no punible, y ha sido denunciada de violar los derechos de las mujeres, perjudicando su acceso a una vida libre de violencias, tanto por el Comité de Derechos Humanos de la ONU (sobre el caso L.M.R), por el Comité CEDAW, por la relatora especial de violencia contra las mujeres de la ONU, Dubravka Šimonović, como así también por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Amnistía Internacional, la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Católicas por el Derecho a Decidir, la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, entre otros. A su vez, se le ha recomendado al Gobierno Nacional, en distintas oportunidades, la apertura del debate y aplicación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, con el fin de reducir la mortalidad materna, y el riesgo de la práctica en los abortos clandestinos. Las políticas gubernamentales actuales, desde una línea de trabajo vinculada a la maternidad obligatoria (tal como se visibiliza en la respuesta ante el VII informe solicitado por la CEDAW) precarizan el acceso a las interrupciones e inducen a las mujeres a llevar adelante procesos peligrosos, exponiendo su vida y su salud.

Los discursos de las autoridades gubernamentales actuales, se encuentran atravesados por un fuerte lineamiento político pródigo. Esto puede ser visibilizado a través de las puestas en escena del Presidente de la Nación, Mauricio Macri, la Gobernadora de la Provincia de Buenos Aires, María Eugenia Vidal, o el Jefe de Gabinete de Ministros, Marcos Peña. Incluso es factible visualizar dicha posición desde sus acciones, donde a poco de asumir en sus cargos, tomaron la decisión de eliminar el carácter de cumplimiento obligatorio del Protocolo sobre el acceso a la ILE del Ministerio de Salud de la Nación en el territorio nacional; no respetaron las solicitudes y los pedidos formales de organizaciones, organismos e instituciones en cuanto a su posición antiabortista; y no aplicaron políticas que garanticen el efectivo cumplimiento de lo dispuesto por la reglamentación. En este sentido, es que se vuelve muy difícil poder pensar sobre los accesos y el bienestar de las mujeres en el país, en vínculo con la conquista de derechos. Las subas respecto a los femicidios, las altas tasas de mortalidad materna y las estadísticas de los delitos contra la integridad física, o las denuncias por abuso sexual, visibilizan la necesidad de

planificaciones estratégicas y políticas específicas que le aseguren a las mujeres vidas libres de violencia, protegidas por el Estado.

REFERENCIAS

AA.VV., (2016). *Situación del aborto en Argentina*. Publicado por el CELS en el marco de la Evaluación sobre el cumplimiento de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), Argentina.

ACTA PII IX (1871). Roma, I, V, 55-72

ALCARAZ, M. F., (2016). *Presas sin ley. La criminalización del aborto. Datos y realidades*. Publicado en revista MU, Argentina.

ALLARES, F., (1988) Las políticas públicas: el sistema político en acción. Revista de Estudios Políticos nº 62 pg. 141.

ALMEIDA, C., (2005). *Reforma del sector de salud y equidad en América Latina y el Caribe: Conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación*. Revista Gerenc. Política, Salud V. 4, n. 9, p. 5-60.

AMNISTÍA INTERNACIONAL (2015). *La prohibición total del aborto en El Salvador: los datos*. Disponible online: <https://www.amnesty.org/es/press-releases/2015/11/el-salvador-total-abortion-ban/>

AMNISTÍA INTERNACIONAL (2015). *Datos del Ministerio de Salud de El Salvador, recopilados entre 2005 y 2008*. Disponible online: <https://www.amnesty.org/es/press-releases/2015/11/el-salvador-total-abortion-ban/>

AMNISTÍA INTERNACIONAL (2016). *Cómo el estado promueve la violencia contra las mujeres: salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe*, índice: AMR 01/4140/2016.

AMNISTÍA INTERNACIONAL (2013) *Despenalizar el aborto en Argentina y el resto de América Latina es un compromiso con el derecho a la vida, a la igualdad y un imperativo de Derechos Humanos*. Disponible online: <https://amnistia.org.ar/despenalizar-el-aborto-en-la-argentina-y-el-resto-de-america-latina-es-un-compromiso-con-el-derecho-a-la-vida-a-la-igualdad-y-un-imperativo-de-derechos-humanos/>

ANRED (2017). *Aborto no punible, la negación de un derecho que se repite*. Publicado en Género.

APOSTOLICAE SEDIS, (1951): 857.

ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES (2015). *Acceso al aborto no punible en Argentina. Estado de situación, marzo 2015*. Buenos Aires.

- ARGENTINA (2015). *Séptimo informe periódico*. Presentado ante la CEDAW, Naciones Unidas.
- ARGENTINA (2017). *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina. Adición: información recibida de Argentina sobre el seguimiento de las observaciones finales*. Presentado sobre el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Naciones Unidas.
- ATENCIÓN PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA (s.f). Página oficial del Gobierno Nacional Argentino. Disponible online: <https://www.argentina.gob.ar/atencionmujeres>
- ARMIDA, M.; CASSINO, M; CIARNIELLO, L.; WITIS, R; AVERBUJ, G (2015). *Los Derechos Humanos frente a la violencia institucional*. Publicado por la Secretaría de DDHH en conjunto con el Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación.
- BARBAGELATO, M. E. (2016), *Veinte razones para la despenalización*. Sección Opinión. Publicado en Página 12, Argentina.
- BARROSO, C., (2014). *De visita en Surinam, la segunda parte*. International Planned Parenthood Federation / Western Hemisphere Region.
- BOLETÍN OFICIAL MÉXICO DF., (2017) *CDMX, única entidad del país que garantiza a mujeres decidir sobre su cuerpo y su maternidad*. Página oficial de la CDMX. Disponible online: <http://www.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/cdmx-unica-entidad-del-pais-que-garantiza-mujeres-decidir-sobre-su-cuerpo-y-su-maternidad>
- BRIOZZO, L., (2012). *Cambio en la relación sanitaria: Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro*. Publicado por el Ministerio de salud pública. Disponible online: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Presentacion_Prof._Dr._Briozzo_2012.pdf
- BROWN, JOSEFINA LEONOR (2004). *Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina*. Política y Cultura, núm. 21, pp. 111-125, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México.
- CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS (FECUNDACIÓN IN VITRO) VS COSTA RICA, (2012). Sentencia.
- CAMPS, V., (2000). *Derechos de la mujer y derechos universales. Retos pendientes en ética y política*. Ed. José Rubio-Carracedo, José Morales y Manuel Toscano. Suplemento 5 (2000) de Contrastes. Revista Interdisciplinaria de Filosofía. ISSN: 1136-9922. pp. 136-148.
- CARPISO, J., (2008). *La interrupción del embarazo antes de las doce semanas es conforme a la constitución y de acuerdo con los derechos humanos*. Asamblea legislativa, Distrito Federal, México.
- CARTABIA, S., (2014). *El derecho a la salud y al aborto. El punto ciego*. Revista Derechos Humanos. Año III, N° 8. Ediciones Infojus, pp. 31-50.

- CELS (2017). *Los femicidios cometidos por policías exigen políticas específicas*. Sección violencia institucional. Argentina. Disponible online: <https://www.cels.org.ar/web/2017/06/10180/>
- CELS (2016). *La ONU llama la atención al estado argentino sobre problemas estructurales y medidas recientes con impacto regresivo*. Sección Trabajo Internacional. Argentina. Disponible online: <https://www.cels.org.ar/web/2016/07/la-onu-llama-la-atencion-al-estado-argentino-sobre-problemas-estructurales-y-medidas-recientes-con-impacto-regresivo/>
- CELS (2016). *Las deudas de la Argentina con los derechos de las mujeres y travestis*. Sección Trabajo Internacional. Argentina. Disponible online: <https://www.cels.org.ar/web/2016/11/las-deudas-de-la-argentina-con-los-derechos-de-las-mujeres-y-travestis/>
- CELS (2017). *El Estado argentino cuestionado por el comité contra la tortura de la ONU*. Sección cárceles y sistema penal. Argentina. Disponible online: <https://www.cels.org.ar/web/2017/05/el-estado-argentino-cuestionado-por-el-comite-contra-la-tortura-de-la-onu/>
- CELS (2017). *Melchor Romero: comida inadecuada y en mal estado*. Disponible online: <https://www.cels.org.ar/web/2017/07/alimentacion-en-melchor-romero/>
- CEDAW (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible online: <http://www.un.org/>
- CENSO SURINAM, (2012).
- CEPAL (2016). *América Latina y el Caribe. Prevenir el femicidio, una tarea prioritaria para la sociedad en su conjunto*. Disponible: <https://www.cepal.org/>
- CEPAL (2010). *Suriname*. Disponible online: <https://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/8/37298/P37298.xml&xsl=/mujer/tpl/p18fst.xml&base=/mujer/tpl/top-bottom-estadistica.xsl>
- CEPAL (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Montevideo.
- CERASO, C., ARRUA, V., (2005). *Aportes de la comunicación a la planificación de procesos de desarrollo*, en Revista Tram[p]as de la Comunicación y la Cultura N° 36.
- CERASO, C., ARRUA, V., (2004). *Sembrando mi tierra del futuro*. Ediciones de la Unidad de Prácticas y Producción de Conocimiento, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, UNLP. La Plata, Argentina.
- CHAVES, ZALDUMBIDE, P., (2001) *Breve análisis de los enfoques fundamentales de planificación en América Latina*. Bogotá.
- CHAPMAN, E., (2017). *Pedido de información pública – Católicas por el Derecho a Decidir*. Expte. N° 2900-34216/2016. PBA SSR, Buenos Aires, Argentina.

CHAPMAN, E., (2017). *Presentación AMNISTIA INTERNACIONAL. Pedido de información sobre acceso a la anticoncepción, a la interrupción legal del embarazo y a la salud integral de las mujeres. Guía de Trámite N° 3321/16*. PBA SSR, Buenos Aires, Argentina.

CENTRO DE DERECHOS DE MUJERES (2015). *Secreto a voces: una reseña sobre el aborto en Honduras*. Publicado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres.

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE (2009). *Aclaración de la congregación para la doctrina de la fe sobre el aborto procurado*.

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. (2017). *Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. Datos estadísticos del poder judicial sobre Femicidios 2016*. Argentina.

CLADEM URUGUAY (s.f). *Algunas cifras*. Disponible online: <https://www.cladem.org/es/nosotras/cladem-en/uruguay?start=3>

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2017) *Sentencia 567*. Uruguay.

DACHS, N. (2012). *Desigualdades de salud en América Latina y el Caribe: resultados descriptivos y exploratorios basados en la autnotificación de problemas de salud y atención de salud en doce países*. Revista Panamericana de Salud Pública V. 11, N.5-6, P- 335-355.

DIARIO HOY (2017). *La Plata es la ciudad con más desempleo femenino de la Argentina*. Publicado en Política. La Plata, Buenos Aires.

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA (2017). *Informe semanal de vigilancia epidemiológica*. Publicado por el Observatorio de Mortalidad Materna en México y la Secretaría de Salud de México.

DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA (2016). *Abortos inseguros provocan 10 por ciento de muertes maternas en la República Dominicana. Página oficial del Ministerio de Salud de República Dominicana*. Disponible online: <http://www.sespas.gov.do/Abortos-inseguros-provocan-10-por-ciento-de-muertes-maternas-en-la-Republica-Dominicana>

DUBRAVKA, S., (2016). *El movimiento NI UNA MENOS se adelanta al problema: El Estado debe ponerse a la par e identificar sus esfuerzos por evitar los femicidios y otras formas de violencia contra mujeres y niñas*. Comunicado oficial. ONU. Buenos Aires. Disponible online: <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20901&LangID=S>

ENCUESTA NICARAGÜENSE DE DEMOGRAFÍA Y SALUD (2013), datos 2011/2012.

EQUIPO LATINOAMERICANO DE JUSTICIA Y GÉNERO. (2012) *Más allá de la denuncia: los desafíos del acceso a la justicia. Investigaciones sobre violencia contra mujeres*. Buenos Aires.

FAUR, E., CORREA, C.; RE, M.; PAGANI, L. (2003) *Manual de capacitación: Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para entender nuestros derechos*. UNIFEM y FEIM.

- GALEOTTI, G. (2004); *Historia del aborto*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- GOBIERNO DE GUATEMALA (2013). *Caracterización estadística de la República de Guatemala en 2012*. Guatemala.
- HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY ACT, (1990).
- JOHNSON, N.; LÓPEZ GÓMEZ, A.; SAPRIZA, G.; CASTRO, A.; ARRIBELTZ, G., (2011). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Fondo Universitario para contribuir a la comprensión de temas de interés general. Uruguay.
- LEY 26.618, *Matrimonio civil. Código civil, modificación*; Sancionada 15 de julio de 2010, promulgada el 21 de julio de 2010. Argentina.
- LEY 26.743, *Establécese el derecho a la identidad de género de las personas*. Sancionada 9 de mayo de 2012, promulgada 23 de mayo de 2012. Argentina.
- LEY 26.862, *Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida*. Sancionada 5 de junio de 2013. Promulgada de hecho 25 de junio de 2013. Argentina.
- LEY 14.848, *Incorporar la participación política equitativa entre géneros para todos los cargos públicos electivos de la Provincia de Buenos Aires*. Última modificación, 2017. Buenos Aires.
- LIPCOVICH, P., (2014). *Hospital de muerte, desidia y abandono. Página 12*, Argentina.
- LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL (s.f). Página oficial del Gobierno Nacional. Disponible online: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/violencia-institucional>
- MAFFIA, D., (2006). "Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?" en Susana Checa (Comp.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires, Paidós ISBN 950-12-4537-3
- MATA, C., (1993). *Diagnosticar es también pensar la comunicación*. La Crujía, Córdoba.
- MATA, C., (1985). *Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva*. Modulo 2, Curso de Especialización Educación para la comunicación-La Crujía, Bs. As.
- MAYO ABAD, D. (2002) *Algunos aspectos históricos sociales del aborto*. Revista cubana de obstetricia y ginecología. La Habana, Cuba.
- MEDINA, A.; MURILLO, I., (2017) *También en República Dominicana, el aborto es por la vida*. Pikara Magazine. Disponible online: <http://www.pikaramagazine.com/2017/07/republica-dominicana-aborto/>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2017). *Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) 2016 datos preliminares*. Área de Salud Sexual y Reproductiva. Disponible online: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/IVE%202016.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2013). *Guías metodológicas para la instrumentación de todos los tipos de terminación voluntaria del embarazo*. Cuba.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2016). *Histórica baja de mortalidad infantil y materna se explica por planificación y control del embarazo*. Disponible online; <http://www.msp.gub.uy/noticia/hist%C3%B3rica-baja-de-mortalidad-infantil-y-materna-se-explica-por-planificaci%C3%B3n-y-control-de>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2013). *Anuario Estadístico de Salud de Cuba*. La Habana, 2013: MINSAP. Disponible online: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2015). *Protocolo para atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. 2° Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2012). Resolución 3146/12.

MINISTERIO DE SEGURIDAD DE LA NACIÓN (2017) *Estadísticas criminales en la República Argentina – Año 2016. Informe*. Argentina.

MORÁN FAÚNDES, J; SGRÓ RUATA, M.; VAGGIONE, J. (2012). *Sexualidades, desigualdades y derechos, reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Editorial Ciencia, Derecho y Sociedad, Universidad Nacional de Córdoba.

MORAN FAUNDES, JOSÉ M. Y PEÑAS DEFAGO, ANGÉLICA. (2015). *Nuevas configuraciones religiosas/seculares: las ONG ‘pro-vida’ en las disputas por las políticas sexuales en Argentina*. *Religião & Sociedade*, Vol. 35(2), Río de Janeiro. p 340-362.

MUNICIPALIDAD DE LA PLATA (S.F). *133° Aniversario de la localidad de Melchor Romero*.

NACIONES UNIDAS (2016). *En Argentina hubo 275 femicidios entre el 1° de junio de 2015 y el 31 de mayo de 2016*. Publicado en Igualdad de Género. Disponible online: <http://www.onu.org.ar/category/igualdad-de-genero/page/2/>

OBSERVATORIO NACIONAL DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (2017). *Línea 144 – Informe estadístico anual 2016*. Argentina.

OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO (2017). *Semana epidemiológica 41*. Información actualizada al 16 de octubre. México.

OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (2010). *Informe de la Encuesta Nacional de Fecundidad 2009*. República de Cuba. Disponible online: <http://www.one.cu/enf.htm>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010). *Tendencia de la razón de mortalidad materna registrada en Nicaragua, según quinquenios*. Perfil de salud materna ODM 5, Nicaragua.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010). ODM 5: *El Salvador. Situación de la mortalidad materna. Riesgos y desafíos para el 2015*. Boletín de prensa.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2017). *Uruguay tiene la tasa de mortalidad más baja de América Latina*. Disponible online: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=198:uruguay-tiene-tasa-mortalidad-materna-mas-baja-america-latina&Itemid=227

OPORTO, MARIO (2009). *El diagnóstico participativo: una propuesta para el mejoramiento de las prácticas institucionales*. Buenos Aires, Argentina.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima revisión, Volumen II: Manual de instrucciones. Publicación científica Nro. 554. Washington, E.U.A.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016). *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Publicado en Centro de Prensa, Página Oficial. Noviembre. Disponible online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016). *Prevención del aborto peligroso*. Publicado en Centro de Prensa. Disponible online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2011). *Unsafe abortion incidence and mortality, Global and regional levels in 2008, and trends during 1995–2008*.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales*.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2012).

PBA SSR (2016). *Interrupción legal del embarazo (ILE) por causal violación*. Línea de acción: “Te acompañamos”. Buenos Aires, Argentina.

PBA SSR (2017). *Informe de gestión 1° semestre 2017*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

PBA SSR (2017). *Caracterización de los servicios de salud sexual y reproductiva. Resultados globales. Etapa I, regiones sanitarias VI y IX*. Buenos Aires, Argentina.

PECHENY, M., (2005). “Yo no soy progre, soy peronista”: *¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?* Argentina.

PÉREZ SALAZAR, J. C., (2017). *El drama de las mujeres que van presas por abortar en El Salvador*. Publicado en BBC; Sección Mundo. Ciudad de México.

PEW RESEARCH CENTER (2014).

- PUTRUELE, M. (2016). *Zulma Ortiz: "El 95% de los casos de mortalidad materna es evitable"*. Publicado en Infobae. Disponible en <https://www.infobae.com/2016/04/13/1803915-zulma-ortiz-el-95-los-casos-mortalidad-materna-es-evitable/>
- RAMÓN MICHEL, A., (2015). *Manual de capacitación para implementar el aborto por causal violación en la Argentina*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), REDAAS Red de Acceso al Aborto Seguro.
- REVUELTA VAQUERO, B., (2007). "La implementación de políticas públicas". En: Revista Dikaion, vol. 21, número 016. Universidad de La Sabana, Colombia.
- RIQUER, F. CASTRO, R. (2003) *La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos*. Publicado en Artículo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):135-146.
- RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C., PAUTASSI, L., (2016) *Violencia contra las mujeres y políticas públicas. Implicancias fiscales y socio económicas*. Publicado en "Serie Asuntos de Género", CEPAL, en conjunto con Cooperación Española, Naciones Unidas, Santiago.
- SÁNCHEZ, V. (2017). *Ministerio de salud anuncia baja la mortalidad materna. La reduce a 90.1 sobre 100.000 nacidos vivos en 2016*. Página Oficial del Ministerio de Salud de República Dominicana. Disponible online: <http://www.sespas.gov.do/article/ministerio-de-salud-anuncia-baja-la-mortalidad-materna-la-reduce-901-por-100-mil-nacidos>
- SAGOT, M., (2008) Estrategias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social. ISSN 1578-8946, Disponible online: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53701413>,
- SECRETARÍA GENERAL DE NACIONES UNIDAS (2009). *Campaña UNITE por el fin de la Violencia Contra las Mujeres. Violencia contra las mujeres. La situación*. Published by the UN Department of Public Information, DPI/2546C.
- SEGATO, R., (2003). *La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho*. Brasilia, 2003.
- SEDGH G., BEARAK J., SINGH S., BANKOLE A., POPINCHALK A., GANATRA B., ROSSIER C., (...), ALKEMA L. (2016) *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*; The Lancet, 388 (10041), pp. 258-267.
- SISTEMA DE INFORMACIÓN DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (2017). *Interrupción legal del embarazo (ILE). Estadísticas: abril 2007 – 26 de octubre 2017*. Publicado por el CDMX. Disponible online: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-26-de-octubre-2017-.pdf>

SOCORRISTAS EN RED (2016). *Datos de sistematización de Socorristas en Red, año 2015*. Argentina.

TUÑEZ, F., (2016). *Defensa del VII Informe Periódico de Argentina*. 65º Periodo de Sesiones del Comité CEDAW.

VÁZQUEZ, A. (2016). *Aborto legal, violencia institucional*. Publicado en revista La Pulseada.

VÉLEZ BONILLA, G., (2007). *La lucha de las mujeres en América Latina: feminismo, ciudadanía y derechos*. Revista Palobra, 2007.

UNICEF (2013). *En un vistazo, Nicaragua*. Disponible online: https://www.unicef.org/infobycountry/nicaragua_statistics.html

VERÓN, E.; SIGAL, S., (1986) Perón o muerte, los fundamentos discursivos del fenómeno peronista, Legasa, Buenos Aires, pp. 15 y 16.

WOMEN ON WAVES (s.f). *Aborto, ley y derechos humanos en Guatemala*. Disponible online: <https://www.womenonwaves.org/es/page/6580/background-and-legal-information---guatemala>

ANEXOS

La Plata, 13 de marzo de 2017

Dra. Mariela BELSKI

Anmistía Internacional

S / D

1

REF: Pedido de información sobre acceso a la anticoncepción, a la interrupción legal del embarazo y a la salud integral de las mujeres.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en mi carácter de Subsecretaria de Atención de la Salud de las Personas, a fin de elevar el informe elaborado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva en respuesta al requerimiento efectuado por Anmistía Internacional.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Dra. Evelina Chapman
Subsecretaria de Atención de la
Salud de las Personas
Ministerio de Salud de la
Provincia de Buenos Aires

La Plata, 6 de marzo de 2017

SRA.

SUBSECRETARIA DE ATENCIÓN DE LA

SALUD DE LAS PERSONAS

DRA. EVELINA CHAPMAN

S _____ / _____ D

2

REF: Presentación AMNISTIA INTERNACIONAL.
Pedido de información sobre acceso a la
anticoncepción, a la interrupción legal del
embarazo y a la salud integral de las
mujeres. Guía de Trámite N° 3321/16.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de hacerle llegar la información requerida en el
Pedido de Información de referencia. Sobre el particular se informa:

APARTADO II

A. Cantidad de interrupciones legales del embarazo (abortos no punibles) (art 86 inc. 1 y 2 del C.P) que se han realizado en los últimos seis años en la Provincia de Buenos Aires. Detalle a) en qué efectores exactamente se han garantizado tales prácticas, b) las causales registradas de las mismas, c) el procedimiento médico-método- a través del cual se han concretado y e) la franja etaria de quienes accedieron a la práctica (menores de 19 años de edad, entre 19 y 25 años de edad, y mayores de 25).

Los datos estadísticos con los que cuenta el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PBA SSR) de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (PBA), son aquellos reportados en los Informes Estadísticos de Hospitalización (IEH) (ANEXO I) del subsistema público que son consolidados por la Dirección de Información Sistemática (DIS) dependiente de Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias del Ministerio de Salud de PBA para producir los egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Por lo tanto, la cantidad de ANP/ILE practicados en el subsistema privado y subsistema de la seguridad social no son datos con los que se nutra este sistema.

a) En referencia al subsistema público, los datos que se recaban son los referidos a los casos que requirieron internación en hospitales, es decir, como egreso hospitalario por embarazo terminado en aborto. Las prácticas ambulatorias se registran como consultas y al momento no es posible consolidar los datos de ANP/ILE ambulatorio.

El código CIE 10¹ establecido para un ANP/ILE es el O04 (aborto médico)² en el apartado de diagnóstico principal (ítem 17) del Informe Estadístico de Hospitalización (IEH)(ANEXO I).

¹ <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2016/04/cie10.pdf>.

² La categoría O04 tiene en sus términos de inclusión las siguientes situaciones: la interrupción legal del embarazo, la interrupción terapéutica del embarazo y el aborto terapéutico.

Se detalla a continuación información sobre egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto, discriminado por región sanitaria para el período requerido.

Tabla N° 1: Cantidad de egresos hospitalarios por embarazos terminados en aborto ANP/ILE (categoría O04 de la CIE-10) por Región Sanitaria. Provincia de Buenos Aires. Años 2010 a 2015.

Región Sanitaria	2010	2011	2012	2013	2014	2015
I	7	7	4	11	14	16
II	14	6	3	1	4	21
III	0	0	1	2	0	51
IV	1	4	4	3	7	60
V	172	30	18	20	13	115
VI	11	19	50	161	143	87
VII	5	2	3	9	27	118
VIII	2	11	4	10	5	16
IX	1	3	3	2	2	29
X	2	0	0	5	0	23
XI	6	5	5	8	15	18
XII	0	1	0	1	3	58
Total	221	88	95	233	234	612

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Información Sistematizada (DIS), Ministerio de Salud PBA.

Nota aclaratoria: Los datos correspondientes al año 2016 aún no han sido procesados. Estarán disponibles en setiembre de 2017.

La información de ANP/ILE por establecimientos para el período solicitado no se encuentra disponible con ese nivel de desagregación.

b) Respecto de las causales ANP/ILE registradas: el sistema estadístico (nacional y provincial) disponible hasta el momento no da cuenta de esta información. Cabe destacar que a partir del 2017 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires adoptará en un grupo seleccionado de Hospitales el SIP A 2 (sistema informático perinatal – aborto 2) promovido por el Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP (OPS/OMS). Este sistema permitirá desglosar las causales, procedimiento utilizado, así como otras variables de desempeño del sistema de salud público. Una vez que se evalúe su factibilidad y utilidad se espera expandir el uso de manera progresiva.

c) Respecto de los procedimientos utilizados para ANP/ILE: Se remite a lo señalado en el Apartado II, PUNTO A, acápite b).

El ítem **d)** no está en el pedido de informes presente.

e) En relación a los ANP/ILE por grupos de edad: también en este caso los datos que se recaban son los referidos a los casos que requirieron internación en hospitales, es decir, como egreso hospitalario por embarazo terminado en aborto. Las prácticas ambulatorias se registran como consultas y al momento no es posible consolidar los datos de ANP/ILE ambulatorio. Se considera el código CIE 10 establecido para un ANP/ILE es el O04 (aborto médico) en el apartado de diagnóstico principal (ítem 17) del Informe Estadístico de Hospitalización (IHE)(ANEXO I).

Tabla N° 2: Cantidad de egresos hospitalarios por embarazos terminados en aborto ANP/ILE
(categoría O04 de la CIE-10) por grupo de edad y región sanitaria.
Provincia de Buenos Aires. Años 2010 a 2015.

Región Sanitaria	Año	10 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	Edad ignorada	Total general
I	2010	-	2	3	2	-	-	-	7
	2011	-	2	3	2	-	-	-	7
	2012	-	1	2	1	-	-	-	4
	2013	-	4	5	2	-	-	-	11
	2014	1	8	3	1	-	-	1	14
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
II	2010	-	8	1	4	-	-	1	14
	2011	-	-	1	-	2	1	2	6
	2012	-	1	2	-	-	-	-	3
	2013	-	-	1	-	-	-	-	1
	2014	-	-	1	1	2	-	-	4
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
III	2010								0
	2011								0
	2012	-	1	-	-	-	-	-	1
	2013	1	1	-	-	-	-	-	2
	2014								0
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
IV	2010	-	1	-	-	-	-	-	1
	2011	-	1	3	-	-	-	-	4
	2012	-	1	2	1	-	-	-	4
	2013	-	2	1	-	-	-	-	3
	2014		3	3	1				7
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
V	2010	-	2	3	1	-	-	166	172
	2011	1	7	2	2	-	-	18	30
	2012	1	6	4	5	-	-	2	18
	2013	1	9	7	3	-	-	-	20
	2014	2	4	2	-	2	1	2	13
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
VI	2010	-	5	3	1	-	-	2	11

	2011	-	12	4	3	-	-	-	19
	2012	-	18	23	7	1	1	-	50
	2013	5	64	60	31	1	-	-	161
	2014	1	61	52	25	3	-	1	143
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	87
VII	2010	-	2	2	1	-	-	-	5
	2011	-	1	-	1	-	-	-	2
	2012	-	2	-	1	-	-	-	3
	2013	1	6	1	1	-	-	-	9
	2014		11	8	8	-	-	-	27
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	118
VIII	2010	-	1	1	-	-	-	-	2
	2011	-	5	5	1	-	-	-	11
	2012	1	2	-	-	-	-	1	4
	2013	-	4	3	2	-	-	1	10
	2014	-	1	4	-	-	-	-	5
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	16
IX	2010	-	-	1	-	-	-	-	1
	2011	-	-	1	2	-	-	-	3
	2012	-	2	1	-	-	-	-	3
	2013	-	1	1	-	-	-	-	2
	2014		2					1	3
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	29
X	2010	-	1	1	-	-	-	-	2
	2011								0
	2012								0
	2013	-	5	-	-	-	-	-	5
	2014								0
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	23
XI	2010	-	1	4	1	-	-	-	6
	2011	-	2	3	-	-	-	-	5
	2012	-	4	1	-	-	-	-	5
	2013	-	4	3	1	-	-	-	8
	2014	2	4	6	2	1	-	-	15
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	18
XII	2010								0

	2011	-	-	1	-	-	-	-	1
	2012								0
	2013	-	1	-	-	-	-	-	1
	2014	-	2	1	-	-	-	-	3
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	58

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Información Sistematizada (DIS), Ministerio de Salud PBA.
Nota aclaratoria: Los datos del año 2015 aún no están procesados por grupos de edad. Los datos correspondientes al año 2016 aún no han sido procesados, estarán disponibles en setiembre de 2017.

6

B. Número e identificación de efectores sanitarios que realizan prácticas de interrupción legal del embarazo en la Provincia de Buenos Aires.

Respecto del número e identificación de efectores sanitarios, tal como se señala en el apartado II, ítem A del presente, esta información no se encuentra disponible en ese nivel de desagregación.

C. Tipo de técnicas utilizadas para la realización de las interrupciones legales del embarazo (quirúrgica o medicamentosa). Indique en cuáles instituciones se encuentran efectivamente disponibles el A.M.E.U, el ABORTO FARMACOLÓGICO y el LEGRADO/RASPADO.

Se remite a lo señalado en el Apartado II, PUNTO A) acápite b).

Cabe destacar que desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y específicamente desde el proyecto “Te Acompañamos” se promueve el uso de aspiración manual endouterina (AMEU) y aborto con medicamentos de acuerdo a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud y se desaconseja el uso del legrado siguiendo las guías de práctica clínica de la OMS.

D. Descripción del sistema de registro utilizado para las interrupciones legales del embarazo (tanto) en la Provincia de Buenos Aires.

Los instrumentos de registro de los ANP/ILE la historia clínica y el Informe Estadístico de Hospitalización (IEH)(ANEXO I). Como se expresara anteriormente en el presente, para tomar decisiones informadas el Programa Provincial de SSR implementará el SIP A 2 (CLAP OPS/OMS) en un grupo seleccionado de hospitales como parte de los acuerdos de cooperación con CLAP (OPS/OMS) e IPAS. Este sistema permitirá desglosar las causales, procedimiento utilizado, así como otras variables de desempeño del sistema de salud público. Una vez que se evalúe su factibilidad y utilidad se espera expandir el uso de manera progresiva.

E. Cantidad de Misoprostol y Oxaprost adquirida por el Ministerio de Salud durante los últimos seis años. Incluya cuál es el procedimiento de seguimiento –compra, distribución y trazabilidad– y el procedimiento de control a los efectores de salud que reciben el medicamento.

El misoprostol 200 mcg solo está disponible en la Argentina bajo la marca comercial Oxaprost. Este medicamento se compone de diclofenac sódico 75mg, misoprostol estabilizado al 0,5% 40,4mg (equivalente a 200 µgr de misoprostol), disponible en presentaciones de envases de 16 y 20 comprimidos. Como tal, está incluido entre los medicamentos que pueden adquirir los hospitales en sus compras regulares de insumos, a través de lo que se conoce como “compras hospitalarias”. Está incorporado en el código VADEME (M1701103) de la Provincia de Buenos Aires. El registro de estas compras es institucional y el Programa Provincial no cuenta con información consolidada. Durante el período 2010-2015 no se registran compras centralizadas de este medicamento.

Durante el año 2016 a nivel centralizado se procedió a realizar una compra mediante Licitación Pública N°150/2016 de 300 cajas x 16 comprimidos. Su distribución se realiza a través de remitos de entrega al profesional médico del servicio hospitalario correspondiente y/o a la responsable de farmacia de dicho establecimiento hospitalario.

Esta compra centralizada es complementaria al sistema de compras hospitalarias mencionado en el párrafo anterior.

F. Si existe un Protocolo o sistematización de caso de derivación de ILE

Desde el mes de marzo del año 2016, el manejo de las situaciones de ANP/ILE se realiza teniendo en cuenta el Fallo FAL s/medida autosatisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación de marzo de 2012 y el Protocolo de Atención Integral de los Abortos no Punibles (Resolución Ministerial N° 3146/12). Adicionalmente, el Programa Provincial de SSR ejerce rectoría sobre la temática mediante comunicaciones sistemáticas³. Las relacionadas con las causales y la derivación de situaciones de ANP/ILE son:

- Comunicación N° 1: Informe referencias situaciones de interrupción legal del embarazo (ILE). (ANEXO II).
- Comunicación N° 3: Interrupción legal del embarazo (ILE) certificación causal violación. (ANEXO III).
- Comunicación N° 4: Confidencialidad y secreto profesional. (ANEXO IV).

El proyecto “Te Acompañamos” del Programa Provincial de SSR facilita la derivación de mujeres entre efectores y/o entre regiones sanitarias ante situaciones que por complejidad, la edad

³ Las comunicaciones del PBA SSR se encuentran disponibles en la web del Ministerio de Salud de PBA:
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/>

gestacional, o la disponibilidad de recursos humanos calificados no pueden resolverse en el efector donde la mujer realiza la consulta por ANP/ILE.

G. Causas mortalidad materna: Cantidad de mujeres muertas en los últimos seis años, desagregado por causas obstétricas indirectas o directas y desagregadas por edades (mayores de 19 años, entre 19 y 25 años, y mayores de 25 años)

Como ANEXO V se adjunta la información disponible (2010-2015) sobre estructura de muertes maternas y grupos de edad publicada por la Dirección de Información Sistematizada (DIS) dependiente de la Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias. Para el período 2010-2014 la información se encuentra disponible en la página web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (<http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/> ver estado de salud, hechos vitales, mortalidad materna). En ella puede observarse la cantidad de muertes maternas por causas y grupos de edad.

H. Cantidad de mujeres y tasa de hospitalización en los últimos seis años en centros de salud públicos y privados de las distintas jurisdicciones provinciales por complicaciones por aborto.

Los Informes Estadísticos de Hospitalización (IEH)(ANEXO I) que se procesan como parte del sistema estadístico de la Provincia de Buenos Aires (PBA), dan cuenta de la producción del efector de salud (internaciones) y no de las mujeres asistidas. El informe recoge información sobre eventos que requirieron internación y por tanto una mujer en un año podría tener más de un egreso por la atención de una situación de aborto. En este sentido en el Punto i) se reporta la estadística de egresos hospitalarios por aborto, incluida las complicaciones de abortos inseguros. Por su parte, la tasa de hospitalización (número de mujeres que requirieron internación/ número de mujeres que tuvieron un aborto) de los últimos seis años no puede calcularse dado que no se cuenta con una estimación del número de abortos a nivel nacional y/o provincial.

I. Registro de egresos hospitalarios por aborto desde 2010, discriminados por Institución y grupo etario (mayores de 19 años, entre 19 y 25 años, y mayores de 25 años).

Como ya se ha mencionado en los puntos A, C y D, una de las principales fuentes de información estadística es la de egresos hospitalarios de establecimientos públicos recabados en el Informe Estadístico de Hospitalización (IEH) (ANEXO I), en los hospitales provinciales también es conocido como formulario 10. El dato primordial para los procesamientos de datos regulares es el diagnóstico principal al egreso (rubro 17 del formulario). Para este rubro se utiliza la codificación de la CIE 10, que dentro de las atenciones obstétricas –agrupadas en la letra O-, tiene las especialmente referidas a aborto (“embarazos terminados en aborto”), que van de “O00 a O08”. Sólo el código O04 corresponde a los llamados abortos médicos; este código tiene en sus

términos de inclusión las siguientes situaciones: la interrupción legal del embarazo, la interrupción terapéutica del embarazo y el aborto terapéutico.

**Tabla N° 3: Cantidad de egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto
(categorías O00-O08 de CIE 10) por grupo de edad y región Sanitaria.**

Provincia de Buenos Aires. Años 2010 a 2015.

RS	Año	10 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	Edad ignorada	Total general
I	2010	4	91	122	55	1	-	4	277
	2011	1	98	83	42	1	-	10	235
	2012	3	101	94	55	-	-	2	255
	2013	3	112	136	60	5	-	1	313
	2014	4	100	114	69	4	-	1	292
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
II	2010	5	116	121	64	-	-	115	421
	2011	6	136	134	51	7	1	34	369
	2012	-	143	138	68	5	2	7	363
	2013	3	126	137	75	3	1	2	347
	2014	4	143	132	62	10	1	-	352
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
III	2010	3	66	61	40	1	-	1	172
	2011	-	31	31	10	-	1	7	80
	2012	-	25	28	18	-	-	10	81
	2013	1	27	12	11	-	-	3	54
	2014	1	24	16	11	1	-	3	56
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
IV	2010	12	341	279	146	11	-	3	792
	2011	2	364	285	134	6	1	2	794
	2012	14	347	310	139	9	2	10	831
	2013	11	301	242	120	9	-	1	684
	2014	3	251	206	102	8	1	20	591
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
V	2010	40	1682	1622	705	29	1	498	4577
	2011	50	2033	1879	905	39	5	216	5127
	2012	50	2116	1811	874	47	2	117	5017
	2013	39	1759	1456	752	36	1	9	4052

	2014	36	1393	1336	653	33	2	201	3654
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	32421
VI	2010	25	1357	1229	482	22	2	26	3143
	2011	36	1664	1424	651	34	3	14	3826
	2012	17	1231	1091	459	30	3	28	2859
	2013	21	1068	950	405	30	1	30	2505
	2014	11	879	784	436	22	2	69	2203
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	2725
VII	2010	11	638	531	266	15	2	24	1487
	2011	20	1082	916	452	34	5	44	2553
	2012	22	1022	904	430	33	2	73	2486
	2013	22	1182	1016	510	28	1	65	2824
	2014	14	1142	1181	579	29	4	49	2998
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	3163
VIII	2010	7	378	388	173	12	-	33	991
	2011	6	460	413	213	23	-	75	1190
	2012	12	378	354	191	9	1	88	1033
	2013	9	444	342	200	15	4	82	1096
	2014	11	402	392	196	10	3	37	1051
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	930

IX	2010	1	134	154	70	2	-	1	362
	2011	5	136	139	78	4	-	1	363
	2012	2	145	137	61	9	-	4	358
	2013	3	142	131	67	3	-	-	343
	2014	1	147	114	79	3	-	2	346
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
X	2010	4	102	78	35	4	-	8	231
	2011	2	101	66	30	2	-	34	235
	2012	6	113	93	36	6	-	17	271
	2013	6	146	122	63	6	1	5	349
	2014	79	67	35	1	2	-	8	192
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
XI	2010	16	983	926	382	17	-	76	2400
	2011	27	949	860	430	18	-	26	2310
	2012	17	805	723	389	23	2	23	1982
	2013	16	721	667	289	11	2	25	1731
	2014	12	651	593	300	24	1	13	1594
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
XII	2010	18	630	523	227	10	-	67	1475
	2011	16	622	488	254	12	-	50	1442
	2012	14	437	399	180	9	1	147	1187
	2013	12	606	487	229	16	2	92	1444
	2014	11	641	447	233	15	1	322	1670
	2015	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Información Sistematizada (DIS) y RESAPRO. Ministerio de Salud PBA.

J. Número e identificación de servicios de atención integral post-aborto

La atención de las complicaciones de aborto (desde el aborto incompleto a la sepsis) es una emergencia obstétrica y debe proveerse en los efectores de salud como los establecen las leyes vigentes. Los hospitales provinciales que cuentan con servicios de ginecología y/u obstetricia deben prestar este servicio acorde a la complejidad de cada situación propendiendo a garantizar su abordaje de manera integral tanto desde los procedimientos médico-quirúrgicos como desde la consejería integral en salud sexual y reproductiva

En la Tabla N° 4 se detallan los hospitales provinciales que cuentan con servicios de obstetricia y/o ginecología por municipio y región sanitaria.

Tabla N° 4. Hospitales provinciales que cuentan con servicios de obstetricia y/o ginecología por municipio y región sanitaria. Provincia de Buenos Aires. 2017.

Región Sanitaria	Municipio	Establecimiento provincial
I	B. Blanca	Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna"
II	Nueve de Julio	Hospital Zonal General de Agudos "Julio de Vedia"
III	Junín	Hospital Interzonal General de Agudos "Abraham Piñeyro"
IV	San Nicolás	Hospital Interzonal General de Agudos "San Felipe"
IV	Pergamino	Hospital Interzonal Gral. de Agudos "San José"
IV	Carmen de Areco	Hospital "Nuestra Señora del Carmen"
V	José C Paz	Hospital Zonal de Agudos "Gobernador Domingo Mercante"
V	San Martín	Hospital Zonal General de Agudos "General Manuel Belgrano"
V	San Fernando	Hospital Zonal General de Agudos "Petrona V. de Cordero"
V	Zarate	Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado "Virgen del Carmen"
V	Tigre	Hospital Zonal Gral. de Agudos "Magdalena Villegas de Martínez"
V	San Martín	Hospital Interzonal General de Agudos "Eva Perón"
V	Escobar	Hospital Zonal "Dr. Enrique Erill"
VI	Avellaneda	Hospital Interzonal General de Agudos "Presidente Perón"
VI	Lanús	Hospital Local General de Agudos "Dr. Arturo Melo"
VI	Alte. Brown	Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Pedro Fiorito"
VI	Lanús	Hospital Interzonal General de Agudos "Evita"
VI	Lomas de Zamora	Hospital Interzonal General de Agudos "Luisa C. Gandulfo"
VI	Avellaneda	Hospital Materno Infantil "Ana Goitia"
VI	Ezeiza	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Alberto Eurnekian"
VI	Alte. Brown	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Arturo Oñativia"
VI	Quilmes	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Isidoro Iriarte"
VI	Alte. Brown	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Lucio Meléndez"
VI	Lanús	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Narciso López"
VI	F. Varela	Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo"
VI	Berazategui	Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado "Evita Pueblo"
VI	Wilde	Hospital Subzonal General de Agudos "Dr. E. Wilde"
VI	Lomas de Zamora	Hospital Interzonal José A. Estéves ⁴
VII	Gral. Rodríguez	Hospital Interzonal General de Agudos "V. López y Planes"
VII	Moreno	Hospital Descentralizado Zonal General "Mariano y Luciano de la Vega"
VII	Morón	Hospital Interzonal Gral. de Agudos "Prof. Dr. Luis Güemes"
VII	Tres de Febrero	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. C.A. Bocalandro"
VII	Tres de Febrero	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. R. Carrillo"
VII	Merlo	Hospital Zonal General de Agudos "Héroes de Malvinas"
VII	Moreno	Maternidad Provincial de Moreno "Estela de Carlotto"
VIII	Gral. Pueyrredón	Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti"
VIII	Gral. Pueyrredón	Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. O. Alende"
IX	Azul	Hospital Zonal Especializado Materno Infantil "Argentina Diego"
IX	Las Flores	Hospital Zonal General de Las Flores
X	Mercedes	Hospital Zonal General de Agudos "Blas Dubarry"

⁴ Se reporta una médica especialista en ginecología y obstetricia.

X	Lobos	Hospital Zonal General de Agudos de Lobos
X	Saladillo	Hospital Zonal General "Dr. Posadas"
XI	Monte	Hospital "Zenón Videla Dorna"
XI	La Plata	Hospital Interzonal de Agudos Esp. en Pediatría "Sor María Ludovica"
XI	La Plata	Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn"
XI	La Plata	Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios"
XI	La Plata	Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín"
XI	La Plata	Hospital Interzonal General de Agudos "San Roque"
XI	La Plata	Hospital Interzonal General de Agudos Prof. "Dr. Rodolfo Rossi"
XI	Ensenada	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Horacio Cestino"
XI	Berisso	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Mario V. Larrain"
XI	La Plata	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez"
XI	La Plata	Hospital Subzonal Especializado "José Ingenieros"
XI	Pte. Perón	Hospital Zonal General de Agudos "Dra. Cecilia Grierson"
XII	La Matanza	Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien
XII	La Matanza	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Alberto Edgardo Balestrini"
XII	La Matanza	Hospital Zonal General de Agudos González Catán Km.32 "Simplemente Evita"
TOTAL 57⁵		

Fuente: elaboración propia (PBA PSSR9 en base a relevamiento telefónico realizado en febrero de 2017).

K. Número de efectores que poseen registros de personal de salud objetor de conciencia. Cantidad de interrupciones legales del embarazo negadas por esa causal.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través del Protocolo de atención integral de abortos no punibles (Resolución Ministerial N° 3146/12) estipula que aquel profesional que objete la práctica debe informárselo al Director/a del Hospital (ya sea al momento de ponerse en vigencia dicho protocolo o al momento de ingresar a la institución) para que puedan organizarse los recursos humanos para garantizar estas prestaciones. Es decir que el Director del Hospital es el responsable último de garantizar la práctica. El Protocolo no requiere la conformación de un registro público y centralizado de objetores de conciencia a nivel de Ministerio. En tal sentido, el Protocolo establece "*La posibilidad de contar con un registro institucional de objetores de conciencia, previene cualquier hipótesis en la que un servicio en pleno se transforme en objetor, desbaratando el goce y ejercicio efectivo al derecho a prestaciones oportunas y eficaces en salud sexual y reproductiva*".

El Programa Provincial se encuentra abocado a la tarea de garantizar el acceso a ANP/ILE en la institución de salud donde la mujer solicitó el ANP/ILE teniendo en cuenta la edad gestacional y complejidad de la situación para lo cual ejerce funciones de rectoría así como acompañamiento y capacitación.

⁵ La provincia de Buenos Aires cuenta con 76 establecimientos hospitalarios de nivel provincial.

APARTADO III.

A. Métodos anticonceptivos contemplados y suministrados por el Ministerio de Salud de manera gratuita.

En la actualidad la canasta de métodos anticonceptivos está compuesta por:

- Dispositivos Intrauterinos (DIU): T de cobre 80 y Multiload.
- Sistema de liberación intrauterino medicado con levonorgestrel (SIU) o endoceptivo.
- Anticonceptivos inyectables (ACI): noretisterona 50 mg + estradiol 5 mg (mensual) y acetato de medroxiprogesterona (trimestral).
- Anticonceptivos hormonales orales combinados o monodrogas (ACO): levonorgestrel 0,15 mg + estradiol 0,03 mg; etinilestradiol 0,020 mg + gestodeno 0,075 mg; desogestrel 0,075 mg.
- Anticonceptivos hormonales orales específicos para la lactancia (ACOLac): levonorgestrel 0,03 mg.
- Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE): levonorgestrel 1,5 mg.
- Preservativos.
- Implante subdérmico: etonorgestrel 68 mg. (estuvo en falta, y nueva distribución a partir de octubre de 2016)

B. Información respecto de la distribución de métodos anticonceptivos: por método, por cantidad, por servicio. Cuál es el sistema de demanda de los servicios en caso de faltantes. Cuál es el sistema de control por parte del Ministerio de uso y distribución de métodos.

La provisión gratuita de métodos anticonceptivos constituye el eje central de la política pública en SSR desde su inicio, y ha sido el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) quien ha asumido esta responsabilidad para con todas las provincias desde el año 2003 (más allá de las compras que puedan realizar las mismas para garantizar continuidad o ampliar la canasta de insumos).

La distribución periódica de los insumos del Programa Provincial de SSR se garantiza a partir de las entregas que realiza el PNSSyPR a través de la logística del CUS medicamentos⁶ (ex Remediar+Redes) a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Hospitales Municipales y a los depósitos de las Regiones Sanitarias. Los depósitos de las RS son los encargados de distribuir a los hospitales provinciales y de cubrir deficiencias que puedan surgir en las Secretarías de Salud municipales u otros efectores

⁶ Cobertura Universal de Salud (CUS) medicamentos: <http://www.salud.gob.ar/medicamentos/>

de salud. En ANEXO VI se detalla la información solicitada en cuanto a distribución de MAC.

Los/as referentes regionales (RR) del PBA SSR en cada región sanitaria (RS) son los responsables del control de stock y envío del formulario B (ANEXO VII) al PNSSyPR mensualmente. Los CAPS, Hospitales Municipales y otros efectores de salud con distribución del Programa Nacional CUS Medicamentos (ex remediar+redes) remiten en forma directa a dicho programa el formulario B (ANEXO VII).

A su vez el programa nacional CUS medicamentos (ex remediar) realiza auditorías periódicas en terreno.

En relación a los MAC SIU e Implantes los/as referentes regionales (RR) del PBA SSR remiten la información sobre distribución y colocación a la sede La Plata del programa de SSR, donde el equipo técnico del Sistema de Aseguramiento de Insumos (SAI) la consolida y reporta al PNSSyPR.

C. Número e identificación de efectores sanitarios (hospitales públicos, centros de atención primaria, conserjerías en SSR, etc.) que brindan/entregan métodos anticonceptivos. Detalle qué métodos anticonceptivos entrega por institución y qué requisitos se solicitan a la población de entre 13 y 18 años para acceder a información y acceder a los métodos anticonceptivos.

En el ANEXO VI se detalla lo solicitado en relación a efectores sanitarios por MAC.

Con respecto a los requisitos para la entrega de MAC a la población entre 13 y 18 años el principio rector es la autonomía progresiva. El marco regulatorio provincial es la ley 13.298 de promoción y protección de niños, niñas y adolescentes, cuyo principios rectores son el interés superior de la niña, del niño y su autonomía progresiva; y la ley 14.738⁷, modificatoria de la ley 13.066 que creó programa provincial de SSR.

El programa provincial de SSR se encuentra trabajando para la armonización de los instrumentos regulatorios que le competen conforme a los lineamientos del nuevo código civil y comercial de la Nación.

⁷ <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/rectoria-y-rendicion-cuentas/marco-normativo/>

D. Número e identificación de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva.

Hasta el año 2015 el programa no cuenta con registro sistemático respecto a la información solicitada.

En el año 2016 se inició la implementación del proyecto “Espacios para decidir” cuyo objetivo es fortalecer los servicios de consejería en SSR en servicios de salud del primer y segundo nivel de atención y en las comunidades a través de:

- La estandarización de prácticas de consejería en métodos anticonceptivos (MAC) y en reducción de riesgos y daños (RDD).
- El desarrollo de competencias técnicas y organizacionales para consejería en SSR en servicios y comunidad, y fortalecimiento de vínculos con SS y/o segundo nivel.

“Espacios para decidir” cuenta con dos subproyectos:

- Mapeo en Servicios de Salud con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): relevamiento de información sobre consejerías SSR en servicios de salud (población objetivo y prestaciones ofrecidas) para disponer de un diagnóstico de situación sobre cantidad y perfil de consejerías que se ofrecen en el sistema de salud de PBA. En ANEXO VII se sintetizan los principales resultados.
- Estandarización de prácticas en consejería SSR: desarrollo de “Documento técnico para consejerías SSR en servicios de salud” para orientar la creación y el fortalecimiento de las consejerías (en proceso de elaboración).

E. Número e identificación de guardias hospitalarias que brindan anticoncepción de emergencia en la Provincia de Buenos Aires.

Dada el sistema de distribución de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en la red asistencial pública de PBA todos los efectores de segundo nivel bajo jurisdicción del ministerio de salud de la provincia cuentan con este anticonceptivo tanto para la provisión post evento obstétrico, como en consulta ambulatoria y también en guardia. Sin embargo, al momento del presente informe no se dispone de información específica que dé cuenta de la disponibilidad efectiva particularmente en las guardias.

F. Número e identificación de servicios especializados en la salud de adolescentes en la Provincia de Buenos Aires.

En la Tabla N° 5 se detallan los servicios, áreas o consultorios que brindan prestaciones para adolescentes, por municipio y región.

Tabla N° 5. Hospitales provinciales que cuentan con servicios, áreas o consultorios de adolescencia por municipio y región sanitaria. Provincia de Buenos Aires. 2017.

Región Sanitaria	Municipio	Establecimiento	Tipo de prestación
III	Junín	Hospital Interzonal General de Agudos "Abraham Piñeyro"	Consultorio interdisciplinario
IV	Pergamino	Hospital Interzonal Gral. de Agudos "San José"	
IV	San Nicolás	Hospital Interzonal General de Agudos "San Felipe"	Consultorio en servicio de pediatría
V	Tigre	Hospital Zonal General de Agudos "Magdalena Villegas de Martínez"	Consultorio infantojuvenil
VI	Avellaneda	Hospital Subzonal General de Agudos "Dr. E. Wilde"	Servicio de Adolescencia
VI	Avellaneda	Hospital Materno Infantil "Ana Goitia"	Espacio para adolescentes en servicio de obstetricia
VI	Berazategui	Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado "Evita Pueblo"	Espacio para embarazadas adolescente de alto riesgo
VI	Ezeiza	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Alberto Eurnekian"	Embarazo adolescente; Consultorio infantojuvenil
VI	Florencio Varela	Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo"	Consultorio
VI	Lanús	Hospital Local General de Agudos "Arturo Melo"	Espacio de Adolescencia
VI	Lanús	Hospital Interzonal General de Agudos "Evita"	Consultorio
VII	Moreno	Hospital Descentralizado Zonal General "Mariano y Luciano de la Vega"	Equipo de adolescencia
VII	General Rodríguez	Hospital Interzonal General de Agudos "V. López y Planes"	Equipo interdisciplinario
VII	Merlo	Hospital Zonal General de Agudos "Héroes de Malvinas"	Espacio para adolescentes en servicio social
VIII	Gral. Pueyrredon	Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. O. Alende"	
IX	Azul	Hospital Zonal Especializado Materno Infantil "Argentina Diego"	Consultorio
X	Saladillo	Hospital Zonal General "Dr. Posadas"	Área de adolescencia
XI	La Plata	Hospital Interzonal General de Agudos Prof. "Dr. Rodolfo Rossi"	Consultorio
XI	La Plata	Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn"	Área de adolescencia en servicio de pediatría
XI	La Plata	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez"	Área de adolescencia en servicio de pediatría
XI	La Plata	Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín"	Consultorio en servicio de obstetricia
XI	La Plata	Hospital Interzonal de Agudos Esp. en Pediatría "Sor María Ludovica"	
XII	La Matanza	Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien	Servicio de Adolescencia
TOTAL 23			

Fuente: elaboración propia (PBA SSR) en base a relevamiento telefónico realizado en febrero de 2017.

Nota: la provincia de Buenos Aires cuenta con 76 establecimientos hospitalarios de nivel provincial.

G. Número e identificación de servicios que brinden test de embarazo gratuito en la Provincia de Buenos Aires.

En ANEXO VI se detalla la información solicitada.

18

APARTADO IV.

A. Capacitaciones dirigidas al personal de la salud que trabaja en Instituciones de todos los subsectores que deben garantizar el acceso a las diferentes prácticas médicas de aborto y sobre las responsabilidades que depara a quien incumple obligaciones médico-legales este sentido. Especifique tipo de capacitaciones, contenidos y carga horaria

Durante el año 2016 se implementó la estrategia docente de capacitación en servicios como instrumento que permite favorecer los cambios de procesos mediante la ampliación del conocimiento, destrezas y habilidades que favorezcan el cuidado de la salud del paciente y el logro de objetivos institucionales y profesionales. Se prestó particular atención a que los procesos y los resultados de la capacitación apunten a mejorar las prácticas mismas. Es decir, no se trata sólo de una distribución de conocimientos, sino de contemplar su transferencia a las prácticas. Por ello, este programa consideró el seguimiento y la evaluación de los aprendizajes y su transferencia a la acción profesional. A su vez, esta línea de formación se enriqueció con la participación de docentes del sistema de salud provincial.

Desde el programa de SSR mediante el Proyecto Te Acompañamos⁸, creado en el año 2016, se han impulsado las siguientes iniciativas de capacitación:

- a) El Programa de SSR realizó 2 sesiones de Cibersalud⁹ con las/os referentes de SSR de las regiones sanitarias sobre marco normativo de ILE y tratamientos médico y quirúrgico para ILE. Mayo y junio 2016.
- b) Los Centros de Buenas Prácticas (3) del proyecto Te Acompañamos realizaron jornadas de capacitación de las que participaron las/os integrantes de los servicios de ginecología, obstetricia, salud mental y trabajo social sobre marco normativo, abordaje integral de las mujeres en situación de aborto y certificación de las causales bajo el marco normativo vigente. Julio, agosto y setiembre 2016.
- c) El proyecto Te acompañamos realizó la capacitación a las operadoras telefónicas de la Línea 144 de Violencia de PBA dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos, en ILE y RRDD. Octubre 2016.
- d) Jornada "El Hospital como espacio garante de ciencia y derecho" Sesión: Derechos sexuales y reproductivos. El 26 de septiembre de 2016 se realizó la jornada que incluía al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de

⁸ Te Acompañamos: esta iniciativa tiene como propósito fortalecer las redes de servicios para la atención de personas en situación de aborto: interrupción legal del embarazo (ILE); atención post aborto (APA); y estrategia de reducción de riesgos y daños (RRyDD). El programa cuenta con la Asistencia Técnica y Cooperación de IPAS, organización internacional con vasta experiencia en la temática.

⁹ Ministerio de Salud de la Nación: <http://servicios.cibersalud.gob.ar/salud.ar>.

Salud de la Provincia de Buenos Aires, para abordar el primer módulo, en el Hospital El Dique de Ensenada. Asistieron directivos, jefes, jefas de servicios y profesionales de los siguientes Hospitales provinciales:

RS I - HIGA "José Penna", **RS III** - HIGA "Abraham Piñeyro", **RS V** - HZGA "Dr. Enrique Erill", HZGA "Manuel Belgrano", HZGA "Petrona V. de Cordero", HZGA "Magdalena V. de Martínez", HZGA "Virgen del Carmen", **RS VI** - HZGA "Lucio V. Meléndez", HZGA Dr. Arturo Oñativia, HSE Materno Infantil "Ana Goitía", HIGA "Presidente Perón", HIGA "Pedro Fiorito", HIGA "Evita", HZGA "Dr. Narciso López", HIGA "Luisa C. De Gandulfo", HZGA "Evita Pueblo", HZGA "Dr. Isidoro G. Iriarte", Hospital Eurnekian, **RS VII** - HZE Materno Neonatal "Estela de Carlotto", HZG "Mariano y Luciano de la Vega", HIGA "Prof. Dr. Ramón Carrillo", HZGA "Dr. Carlos Alberto Bocalandro", HIGA "Vicente López y Planes", HZGA "Héroes de Malvinas" **RS VIII** - HIE Materno Infantil "Victorio Tetamanti", **RS IX** - HZE Materno Infantil "Argentina Diego", **RS X** - HZG "Dr. Posadas", **RS XI** - HZGA "Dr. Mario Víctor Larrain", HZGA "Horacio Cestino", HIGA "General José de San Martín", HZGA "Dr. Ricardo Gutiérrez", HIGA "San Roque", HZGA "Dra. Cecilia Grierson", **RS XII** - HZGA "Dr. Diego Paroissien", HZGA "Simplemente Evita", HZG "Dr Alberto E. Balestrini"..

- e) Jornadas de Capacitación en Derechos Humanos para Abogadas y Abogados del Sistema de Salud. Dentro del acuerdo marco entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires, se realizaron las *Jornadas de Capacitación en Derechos Humanos para Abogadas y Abogados del Sistema de Salud*, con el objetivo de promover el conocimiento de los estándares internacionales y el marco normativo nacional sobre derechos humanos en el ejercicio de la función pública sanitaria de la Provincia de Buenos Aires. El primer módulo abordó la temática de la salud sexual y reproductiva, haciendo hincapié en el derecho al acceso al aborto seguro. Este módulo permitió que las y los abogados conozcan la protección de los derechos sexuales y reproductivos en el derecho internacional de los derechos humanos y se propone transmitir las obligaciones que recaen sobre las prácticas estatales. El 3 de octubre de 2016 se realizó la jornada que incluía al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para abordar el primer módulo, en el Hospital El Dique de Ensenada. Asistieron abogadas y abogados de las siguientes instituciones:

CPA, CPA Avellaneda, CPA Punta Indio, CPA Ensenada, CPA Región XI, CPA La Plata, **Abogadas** - Derechos Humanos, Subsecretaría de Determinantes Sociales, Dirección de Violencia, **RS V** Hospital Dr. Enrique Erill, Hospital Eva Perón, Hospital Manuel Belgrano, Hospital Petrona V. de Cordero, Hospital Magdalena V. de Martinez, Hospital Virgen del Carmen, **RS VI** - Dr. Omar Barragan, Hospital Lucio Melendez, Hospital Dr. A. Oñativia, Hospital Dr. Arturo Melo, Hospital Evita, Hospital Dr. Narciso Lopez, Hospital Dr. Jose Esteves, Hospital Dr. I. Iriarte, Hospital Mi Pueblo, Hospital El Cruce, **RS XI**, Hospital Dr. Mario V. Larrain, Hospital Cestino, Hospital EL Dique, Hospital San Martín, Hospital San Juan de Dios, Hospital San Roque, Hospital Jose Ingenieros, Hospital Dr. R. Gutierrez, Hospital Rossi, Hospital Dr. A. Korn, Hospital Elina de la Serna, Hospital Dr. A. Bollini, Hospital Dr. Noel H. Sbarra, Hospital Sor María Ludovica, Hospital Dra. Cecilia Grierson

- f) Se realizó un taller de clarificación de valores para médicos, trabajadoras sociales, obstétricas, psicólogas y abogadas pertenecientes a 9 efectores de la Provincia (incluidos en los Centros de Buenas Prácticas y en los centros que se capacitarán en atención integral del aborto). Estos profesionales continuarán su formación en las instituciones de pertenencia. Noviembre 2016.

APARTADO V:

A. Presupuesto asignado de manera anual en los últimos seis años al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y/u otros programas destinados a promover y garantizar derechos sexuales y reproductivos. Se identifique el número de partida presupuestaria dentro del presupuesto del Ministerio de Salud, el presupuesto sancionado y el presupuesto ejecutado.

A continuación, en las Tablas N° 6 y N°7, se detalla la información disponible.

Tabla N° 6. Presupuesto sancionado y ejecutado 2010-2015. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires (PBA)

Año	Partida presupuestaria	Sancionado	Ejecutado
2010	s/d	s/d	s/d
2011	PGR 100 AES 2 Salud Reproductiva y Procreación Responsable	516.590	154.289
2012	PGR 100 AES 2 Salud Reproductiva y Procreación Responsable	774.000	632.250
2013	PGR 100 AES 2 Salud Reproductiva y Procreación Responsable	774.000	746.200
2014	PGR 100 AES 2 Salud Reproductiva y Procreación Responsable	1.715.000	924.742
2015	PGR 100 AES 2 Salud Reproductiva y Procreación Responsable	2.715.000	501.053

Fuente: Ejecución presupuestaria. Dirección de Administración del Ministerio de Salud y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Enero 2017.

Tabla N° 7. Presupuesto ejecutado 2010-2015, deflactado por IPC, en pesos de 2011 (INDEC) y presupuesto en USD a valor promedio del año correspondiente (BCRA). Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires (PBA)

Año	Presupuesto Ejecutado	Presupuesto deflactado por IPC, en pesos de 2011	Presupuesto en USD a valor dólar promedio del año correspondiente
2010	s/d	-	-
2011	154.289	154.289	37.361
2012	632.250	509.879	138.909
2013	746.200	485.302	136.242
2014	924.742	479.688	113.813
2015	501.053	181.755	54.066

Fuente: Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas en base a información de la Dirección de Administración del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires; el BCRA y el INDEC. Enero 2017.

Nota: Se ha seleccionado el presupuesto ejecutado para detallar lo efectivamente gastado en cada año y realizar una comparación uniforme entre los años. Se ha utilizado el IPC para presentar los datos en moneda constante. También los valores se han transformado a dólares a los tipos de cambio promedio de cada año según información del BCRA.

Para el ejercicio presupuestario 2016 (primer año de la actual gestión ministerial), incluyendo los RRHH detallados en Apartado V, ítem D. del presente informe, los valores son los siguientes:

- Presupuesto ejecutado 2016 PBA SSR: \$ 7.769.862
- Presupuesto ejecutado deflactado por IPC en moneda constante de 2011: \$ 2.219.884
- Presupuesto ejecutado en USD promedio 2016: USD 534.309

En el período 2011-2016 se observa que el presupuesto ejecutado ha aumentado en más de 5000% en valores corrientes. Asimismo, el presupuesto medido en dólares, aumentó de USD 37 mil a USD 534.309 mil.

Con respecto al año 2016 adicionalmente se ejecutaron fondos mediante los aportes en actividades y consultorías de las siguientes instituciones:

IPAS: \$ 325.546 Taller de clarificación de valores y asistencia técnica.
UNFPA: \$ 80.000, Tres consultorías especializadas en SSR.
UNFPA: \$ 275.658, Dos misiones de asistencia técnica de expertos.
CFI: \$ 275.000, Diagnóstico participativo en 11 hospitales PBA. Más calidad para Más mujeres.

La suma total de estos aportes complementarios alcanza a \$ 956.204 para el año 2016.

Sumando los fondos complementarios el total ejecutado por el PBA SSR para el 2016 es de \$8.726.066

B. Presupuesto asignado a la adquisición de métodos anticonceptivos, discriminado por método.

No se encuentra disponible la información solicitada para el período 2010-2015.

C. Presupuesto asignado a la compra de Misoprostol y Oxaprost

No se encuentra disponible la información solicitada para el período 2010-2015.

D. Cantidad de Personal dependiente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (de la ciudad) en la Provincia de Buenos Aires. Especifique personal en calidad de contratado y en calidad de empleado y funciones.

Se detalla a continuación información sobre el equipo técnico – profesional multidisciplinario que integra el PBA SSR a diciembre 2016. De la misma surge que se encuentra conformado por 1 coordinación técnica, 12 referentes regionales (RR), 2 co-referentes regionales (RR) y 24 profesionales, técnicos y docentes, lo que totaliza un total de 39 personas con experiencia en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, de las/os cuales 9 son personal de planta (empleadas/os), 3 becarios y el resto contratadas/os.

A continuación, se detalla profesiones, áreas y temas de competencia:

Profesión/ ámbito	Áreas y temas de competencia
Sociología (1)	Coordinación técnica del programa: coordinación de plan estratégico, líneas de trabajo y consejo asesor. Relaciones con los/as referentes, articulación interprogramática, construcción de redes institucionales; apoyos técnicos. Conformación y coordinación de equipos interdisciplinarios. Financiamiento. Coordinación de planes de trabajo. Gobernanza y calidad institucional. Asesoramiento en el campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos a autoridades sanitarias.
Medicina y Ciencias Sociales (14)	Referentes del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en cada una de las 12 regiones sanitarias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Sociología (1)	Responsable del proyecto aseguramiento de insumos (SAI), línea de trabajo Acceso a MAC (métodos anticonceptivos). Colaboración con proyecto Te acompañamos. Articulación con Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, referentes y equipos de Salud del Sistema de Salud en función de las actividades del programa. Gestión técnica del Programa.
Trabajo Social (1)	Integrante del proyecto aseguramiento de Insumos (SAI), responsable de sistema de información dentro de SAI; integrante de la gestión técnica del Programa; articulación con Referentes Regionales.
Ciencias Sociales (1)	Integrante del proyecto aseguramiento de insumos (SAI), responsable de compras y de la gestión integral del programa de SSR.
Sociología (1)	Diseño e implementación sistema de monitoreo del Programa.
Informática (1)	Integrante del proyecto de aseguramiento de insumos (SAI), sistema de información. Asesoramiento en temas de su competencia a la coordinación del programa de SSR y y desarrollo de proyectos en temas específicos.
Medicina y epidemiología (1)	Responsable del proyecto Te acompañamos. Asesoramiento a Coordinadora Técnica del Programa en temas de su competencia. Asistencia técnica en monitoreo y evaluación en salud sexual y reproductiva.
Sociología (1)	Asistente técnica del proyecto Te acompañamos. Participación en la gestión integral del programa de SSR.
Medicina, Tocoginecología (1)	Participación en el proyecto Te acompañamos.

Políticas Públicas y gestión con perspectiva de Derechos (1)	Fortalecimiento institucional de la gestión del programa, formulación y coordinación de proyectos; articulación componente armonización normativa; monitoreo y evaluación. Diseño y coordinación proyectos de formación, residencias. Calidad institucional. Asesoramiento en temas de su competencia.
Sociología, Ciencias Políticas, Ciencias de la Comunicación, Trabajo Social (4)	Proyecto Más calidad para Más mujeres, de la línea de trabajo Calidad en Servicios de SSR (salud sexual y reproductiva).
Obstetricia (1); Ciencias de la Educación (3); Medicina, tocoginecología (1)	Proyecto Más opciones para Más mujeres, de la línea de trabajo Acceso a MAC (métodos anticonceptivos)
Medicina (3), Psicología (1) y Trabajo Social (1)	Equipo docente proyecto Te Acompañamos, de la línea de trabajo APA (atención post aborto) e ILE (interrupción legal del embarazo)
Comunicación y Gestión administrativa (1)	Gestión Integral y Administrativa. Gestión de temas de comunicación institucional del programa de SSR.

APARTADO VI. CAMPAÑAS

A. Cuantas campañas de promoción de derechos humanos, sexualidad, prevención embarazos no deseados, aborto legal, anticoncepción han sido realizadas en los últimos 6 años. Se informe, también, qué población fue alcanzada, y cuáles fueron los contenidos y medios utilizados a tal fin.

De los Informes Anuales de Gestión (IGA) elaborados por el programa provincial de SSR durante los años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 para su presentación ante el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (PNSRyPR), surge que se realizaron capacitaciones y proyectos especiales para equipos de salud del primer y segundo nivel de atención en las temáticas de ANP/ILE, APA (atención integral post aborto), Reducción de Riesgos y Daños (RRD), Derechos Sexuales y Reproductivos, marco legal, capacitaciones territoriales y difusión del 0800 salud sexual nacional. A continuación se detalla lo informado en el ítem comunicación de cada IGA para el período solicitado:

IGA 2010. Comunicación:

- Línea telefónica gratuita 0800 salud sexual. Acciones de apoyo y difusión del 0800 del Ministerio de Salud de la Nación que brinda información en salud sexual y reproductiva a toda la población a fin de promover la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información.
- Consultas en línea. Acceso a consultas y contenidos del Programa Provincial a través de la web del Ministerio de Salud.
- Distribución de materiales de difusión del Programa en lugares estratégicos.

- Acciones comunicacionales diversas a través de micromedios y medios de alcance comunitario, incluyendo actividades de comunicación y educación.

IGA 2011: Comunicación: sin información.

IGA 2012. Comunicación:

- Convenios de cooperación con otras áreas de gobierno y diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales que promuevan la difusión de los Derechos sexuales y Derechos reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. (Sec. De Derechos Humanos, Universidades).
- Campañas de comunicación: El programa implementa desde el año 2011 la campaña “SexualidadES Placer” destinada a la prevención y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, que se compone de diversas piezas comunicacionales (folletos, pulseras, remeras) y la presentación de un unipersonal a cargo del actor Atilio Veronelli.
- Línea telefónica gratuita 0800 Salud Sexual. Acciones de apoyo y difusión del 0800 del PNSSyPR que brinda información en salud sexual y reproductiva a toda la población a fin de promover la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información.
- Consultas en línea. Acceso a consultas y contenidos del Programa Provincial a través de la web del Ministerio de Salud.
- Distribución de materiales de difusión del Programa en lugares estratégicos.
- Acciones comunicacionales diversas a través de micromedios y medios de alcance comunitario, incluyendo actividades de comunicación y educación.

IGA 2013: Comunicación: sin información.

IGA 2014: Comunicación:

- Materiales de difusión: se ha re-elaborado el díptico de presentación del programa provincial, el cuadernillo de marco legal y normativo de la provincia, y la campaña para adolescentes. También se ha elaborado un material para promotores y consejeros territoriales sobre MAC y algunos otros temas vinculados a la salud y derechos SyR.

IGA 2015: Comunicación: sin información.

APARTADO VII. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

A. Cantidad de Sumarios administrativos iniciados a efectores de salud por haber incumplido su deber de proveer la práctica de interrupción legal del embarazo y causal (incumplimiento del deber de secreto profesional, obstrucción, etc.). Especifique cuántos de esos sumarios han concluido en sanciones y de qué tipo.

Consultados por el PSSR, la Dirección Provincial de Hospitales (DPH) y el Departamento Laborales de la Dirección de Personal del Ministerio de Salud provincial informaron que no obran, a la fecha en sus registros sumarios administrativos a personal de salud en relación a ILE. No obstante resulta procedente aclarar que los sumarios administrativos que eventualmente se sustancien se realizan a personas físicas y no a efectores.

En el caso de los hospitales municipales, los sumarios administrativos se resuelven en el marco las respectivas competencias de cada Municipio de la Provincia de Buenos Aires.

Atentamente.

Silvina Ramos

Coordinadora Técnica
Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Provincia de Buenos Aires

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PPSSR) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Comunicación N° 1

El PPSSyR realizó, junto a las/os referentes de las regiones sanitarias, un diagnóstico de situación sobre temas tales como disponibilidad de insumos anticonceptivos, trabajo con el colectivo de la diversidad sexual y con trabajadoras sexuales, interrupción legal del embarazo (ILE) y disponibilidad de misoprostol. Asimismo, les solicitó que identificaran tres problemas críticos de la región en relación a la salud sexual y reproductiva. De forma coincidente, la casi totalidad de las referentes mencionaron las barreras para la provisión de los abortos legales.

Frente a las líneas de trabajo propuestas y coordinadas con la Dirección Provincial de Regiones y la Dirección de Atención Integral de las Personas en el Ciclo de Vida, y a la necesidad de acompañar las actividades para la reducción de las muertes maternas por aborto o por causas indirectas, el PPSSyR se encuentra abocado a la elaboración de lineamientos para la pesquisa y certificación de las causales de ILE, de estándares para la atención, de formatos para informes para referencia y contrarreferencia, y de estrategias de sensibilización y capacitación según necesidades de cada región para fortalecer la red de atención de las mujeres en situación de aborto en el 1er y 2do nivel del sistema de salud. Para ello, se realizarán reuniones de trabajo con las distintas regiones sanitarias.

En este sentido, se ha acordado con las/os referentes que los informes –en caso que se requiera la intervención del 2do o 3er nivel o del Programa- deberían contener:

- Nombre completo de los profesionales tratantes y cargo en el servicio
- Antecedentes relevantes de la historia reproductiva de la persona (edad, gestas, hijos vivos, complicaciones de salud, contexto socioeconómico, situación psicosocial)
- Fecha de la 1ra consulta y efector
- Localidad de residencia de la persona
- Otros efectores involucrados
- Causal certificada
- Edad gestacional
- Intentos de tratamiento: fechas, esquema, seguimiento
- Exámenes complementarios (ecografía, laboratorio, etc)
- Intentos de contacto dentro de la RS
- Responsables del informe
- Autoridades y profesionales a contactar
- Motivo de referencia a la RS

En este proceso es importante preservar:

- Confidencialidad sobre los datos de la mujer
- Privacidad del equipo tratante
- Tiempos (considerar el ingreso al sistema además de la edad gestacional)

El PPSSyPR será notificado cuando existan obstáculos para la provisión de la práctica y se requiera su intervención para la derivación al 2do o 3er nivel.

El PPSSyPR propone usar la metodología de Análisis Causa Raíz (ACR) para el análisis de cada intento de ILE que enfrenta obstáculos. El ACR es una metodología sistemática y comprensiva para identificar las fallas, en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño. El ACR busca identificar y proponer estrategias para la prevención de los errores y las fallas del sistema.

En las regiones sanitarias hay equipos de salud que han sido capacitados en esta metodología y se espera que colaboren en el fortalecimiento de las capacidades de análisis de otros integrantes de esa institución y de la región.

Se propone considerar eventos adversos centinela a:

- ILE no resuelta
- ILE que supera los plazos del protocolo

Cabe destacar que el ACR no tiene fines punitivos, sino que busca dar seguridad en la atención tanto a las mujeres que reciben la atención como a los equipos que asesoran y proveen la práctica.

Para continuar con el fortalecimiento de los equipos, esta primera comunicación lleva adjuntas la Resolución Ministerial N° 3146/12 Protocolo de atención integral de los abortos no punibles y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

El PPSSyR trabaja para que las personas residentes de la Provincia de Buenos Aires accedan a prácticas acordes a la ley con seguridad, calidad y oportunidad.

Lic. Andrea Pineda, Coordinadora Ejecutiva

Lic. Silvina Ramos, Coordinadora Técnica

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva

Línea de trabajo: Fortalecimiento de la calidad de la atención de las personas en situación de aborto.

La Plata, 8 de abril de 2016.

Comunicación N° 3 ILE por causal violación

30 de mayo de 2016

En seguimiento a la comunicación n° 1 referida a la línea de mejoramiento de la calidad de atención a las personas en situación de aborto y a propósito de algunos casos surgidos recientemente creemos importante enfatizar algunos aspectos de la atención de una mujer que solicita una **ILE por causal violación**.

Como ustedes saben, en el año 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictaminó el caso “FAL vs medida autosatisfactiva”. Esta sentencia brindó claridad y certeza jurídica determinados aspectos de la provisión de los abortos no punibles, entre ellos:¹

Corresponde interpretar ampliamente el Artículo 86 inciso 2

- Incluye personas con o sin discapacidad mental (no discriminación de personas frente a un mismo delito, la violación)
- Dado el principio de inviolabilidad de la persona se considera a las personas como un fin en sí mismas – no pueden ser usadas utilitariamente/ no se pueden imponer conductas heroicas- y por ello no puede imponerse a una mujer a llevar adelante un embarazo forzado.

¹Tomado de N Gherardi (2012). El marco legal del aborto en Argentina: Aborto no punible y el caso FAL de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

La sentencia propone además la implementación de una **política pública de salud con enfoque de derechos** que incluye:

- 1. NO judicialización de los abortos no punibles (ANP)** porque la judicialización es una práctica
 - a. *Innecesaria*: no lo requiere el Código Penal
 - b. *Ilegal*: obliga a la víctima de un delito a exponer su intimidad
 - c. *Contraproducente*: la demora pone en riesgo la salud de la mujer
- 2. La intervención médica debe limitarse a un/a profesional** porque
 - a. Requerir consultas o dictámenes es un proceso burocrático dilatorio
 - b. Representa un supuesto de violencia institucional**Al mismo tiempo asegura que**
 - c. El profesional está libre de persecución penal
 - d. El impedimento al acceso a un ANP en los servicios de salud puede tener consecuencias administrativas, civiles y penales.
- 3. La obligación del Estado es poner a disposición las condiciones médicas para llevarlo adelante, de una manera rápida, accesible y segura.**
 - a. No se pueden exigir denuncia, prueba de la violación ni determinación judicial
 - b. Sólo “declaración jurada” sin obstáculos “médico-burocráticos o judiciales”
- 4. Exhortación a autoridades nacionales y provinciales**
 - Implementar y hacer operativos mediante normas del más alto

nivel, protocolos hospitalarios para la atención de ANP removiendo barreras de acceso.

- **Contemplando:**
 - (i) garantía de información y confidencialidad
 - (ii) evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen la intervención y disminuyan la seguridad de las prácticas;
 - (iii) eliminar requisitos no médicamente indicados;
 - (iv) articular mecanismos para resolver diferencias entre médico/a y paciente;
 - (v) establecer mecanismos que permitan la objeción de conciencia sin perjuicio para la paciente (considerando 30).
- Establecer protocolos para brindar a las víctimas de violencia sexual asistencia adecuada para su salud física, psíquica, sexual y reproductiva (considerando 31).
- Que se realicen campañas de información pública para difundir estos derechos

Esta sentencia se refleja en la Resolución Ministerial N° 3146/12 Protocolo de atención integral de los abortos no punibles (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2012) y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Allí se proponen encontrarán ejemplos de declaración jurada y consentimiento informado.

El PPSSyR trabaja para que las personas residentes de la Provincia de Buenos Aires accedan a prácticas acordes a la ley con seguridad, calidad y oportunidad.

**Andrea Pineda, Coordinadora Ejecutiva
Silvina Ramos, Coordinadora Técnica
Programa Provincial de Salud Sexual y
Reproductiva**

Línea de trabajo: Fortalecimiento de la calidad de la atención de las personas en situación de aborto.

Comunicación N° 4

23 de agosto de 2016

Qué debe hacerse y qué no puede hacerse ante una mujer que consulta en situación de aborto

La consulta al sistema de salud de mujeres que se encuentran cursando un aborto –es decir, una interrupción espontánea o inducida del embarazo en cualquiera de sus variantes clínicas– es una situación frecuente y su atención forma parte de la práctica diaria de las/los integrantes de los equipos de salud.

En general, las mujeres que consultan se encuentran en una condición clínica estable, no crítica, pero algunas de ellas llegan a los servicios de salud en estado grave y necesitan atención inmediata. El tratamiento oportuno y adecuado puede evitar mayor morbilidad y en determinados casos, salvarles la vida.

¿Cuáles son las situaciones por las que puede concurrir una mujer en situación de aborto?

- Amenaza de aborto de un embarazo planificado o no
- Aborto espontáneo, ya sea que la mujer tenga o no conocimiento de que estaba embarazada.
- Aborto inducido o provocado.
- Complicaciones debidas a una interrupción legal del embarazo por causa de peligro para su vida, peligro para su salud o en caso de violación (ya sea con tratamiento

médico o quirúrgico, prestada anteriormente en el servicio al que consulta o en otro establecimiento de salud).

- Complicaciones producto de un aborto inseguro (autoinducido o inducido por una persona no calificada y/o en un ambiente inseguro).

Qué debe hacerse

La atención de las mujeres que cursan un aborto siempre debe enmarcarse en el respeto hacia las personas y sus derechos sexuales y reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos y como un deber de todo integrante de un equipo de salud.

- ✓ La consulta debe realizarse en un **ambiente que garantice la privacidad** y que busque crear un clima de contención y escucha activa, en el cual se brinde información comprensible sobre el grado de compromiso de su salud, los estudios que deben realizarle y las opciones terapéuticas.
- ✓ Todas las prácticas deben realizarse con el **consentimiento de la mujer** y siempre se ofrecerá la posibilidad de que un/a acompañante esté presente con ella durante la consulta si así lo desea.
- ✓ Brindar un **trato humanizado, de respeto** y apoyo por la situación personal de cada mujer.
- ✓ Mantener una **actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de**

servicios, cualquiera haya sido la situación que llevó a la mujer a la consulta.

- ✓ Usar un **lenguaje claro y comprensible**, adaptado a cada persona.
- ✓ Crear un **ambiente de confianza entre el personal de salud y las usuarias y usuarios**.
- ✓ **Respetar la confidencialidad y el secreto médico, de acuerdo a lo establecido en las leyes nacionales 25.673 (Salud Sexual y Procreación Responsable), 26.529 (Derechos del Paciente), 26.061 (Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes), y 26.485 (Protección Integral contra todas las formas de violencia contra la mujer), y sus respectivos decretos reglamentarios, así como en el artículo 156 del Código Penal.** La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha decidido que el deber de confidencialidad de profesionales de la salud tiene preeminencia sobre el eventual deber de denunciar (aún en el caso de una eventual comisión de un delito, como era en el caso el tráfico de drogas) ya que de lo contrario se violaría la garantía contra la autoincriminación de las personas (tal como se estableció en el Plenario Natividad Frías, en 1966). Así, en el Caso Baldivieso (2010) la Corte Suprema estableció que en la ponderación de intereses del Estado en juego tiene preeminencia el derecho a la

autonomía, la privacidad, la dignidad y la vida de las personas. Este criterio fue sostenido también por la Corte Suprema en el Caso FAL (2012) al resolver que no se debe exigir la denuncia de violación para garantizar el derecho al aborto legal en casos de violencia (respetando así el derecho a la privacidad de las mujeres), y en el caso A.G.Y. s/ recurso de casación (Cámara de Casación Penal, 2012) al sostener que “Aceptar que la detección de abortos consumados sea justa causa para relevar al profesional de la salud del deber de guardar secreto, implica valorar la persecución penal por encima de la salud y la vida no solamente de la mujer que asiste al hospital para paliar una infección potencialmente mortal, sino -en general- de la confianza de la población en que recibirán un trato digno y respetuoso por parte de los servicios médicos.”

- ✓ **Brindar información sobre su condición de salud**, el retorno de la fertilidad y el autocuidado.
- ✓ Respetar su **derecho a tomar decisiones** sobre su salud y fertilidad.
- ✓ Mantener una **escucha atenta** sobre las necesidades, puntos de vista, dudas y preguntas.
- ✓ Realizar una **adecuada evaluación clínica** atenta a la valoración de signos clínicos que pudieran llevar al shock. Si este riesgo es

descartado se puede proceder a realizar una evaluación clínica completa, que incluye la anamnesis y el examen físico.

- ✓ Si se confirma la evolución del aborto, **realizar evacuación uterina con las tecnologías adecuadas:** aspiración manual endouterina o misoprostol de acuerdo a las guías disponibles y basadas en las evidencias.
- ✓ Las **posturas personales no deben modificar la conducta de las/los profesionales de la salud**, quienes deberán valorar los procedimientos terapéuticos teniendo en cuenta la condición clínica de la mujer, el examen físico y los estudios diagnósticos que se realicen. En todos los casos, la principal obligación de los servicios de salud es garantizar la atención integral de

Cada contacto de la mujer con los servicios de salud debe considerarse una oportunidad única, esto es, una oportunidad para realizar otras intervenciones del cuidado de la salud y de realizar la consejería en salud sexual y reproductiva, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos.

las mujeres.

La atención de las mujeres que están cursando un aborto está atravesada por un contexto particular, más complejo que el de otras consultas asistidas por el equipo de salud. Cursar un aborto representa una vivencia única y singular, que por lo general genera angustia y miedo por la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento. Pueden presentarse sentimientos como tristeza o culpa. En los casos de interrupción voluntaria, se agrega la preocupación porque se niegue la atención, a sufrir maltrato o a recibir una denuncia.

A su vez, en las/los profesionales de la salud, muchas veces aparecen en la atención sentimientos negativos ligados a la posibilidad de que la interrupción haya sido voluntaria o que la mujer no comparta toda la información que se espera, y el temor de que haya alguna complicación a raíz de prácticas inseguras previas y luego puedan ser considerados responsables. Se suma a esto que muchas/os profesionales tienen opiniones personales en contra de la interrupción voluntaria del embarazo y lo dejan entrever durante la consulta. Estas cuestiones pueden condicionar la interacción entre una persona que necesita atención y el/la profesional que debe brindársela, y hacer que se genere un vínculo poco propicio para favorecer la comunicación, la escucha activa, la confianza, y para garantizar el objetivo central de ese encuentro, que

es realizar todas las acciones necesarias para preservar la salud y la vida de las mujeres.

La violencia obstétrica está contemplada en la Ley 26.485 (de Protección contra todas las formas de violencia contra la mujer). Incluye “el trato deshumanizado, el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no” (Decreto 1011/2010)

No se debe hacer y puede constituir violencia obstétrica:

- ✓ **Interrogatorio minucioso e intimidatorio en pos de que la mujer reconozca supuestas maniobras abortivas como condición imprescindible para un tratamiento adecuado.**
- ✓ **No ofrecer o negar analgésicos frente al dolor**
- ✓ **Realizar evacuación uterina sin analgesia o anestesia.**
- ✓ **Realizar denuncia policial o judicial o amenazar con realizar tal denuncia.**

En muchas oportunidades las/los profesionales de la salud insisten en saber la causa del aborto; es decir, si fue provocado, si hubo maniobras u

otras circunstancias relacionadas. Se suele justificar su insistencia en la creencia errónea de que es necesario saber qué “se hizo” la mujer para establecer el adecuado tratamiento. Es posible que algunas/os profesionales de la salud se sientan molestos o frustrados al percibir que se les está “ocultando información”. Sin embargo, es importante tener presente que estas actitudes son las que, en muchas ocasiones, llevan a las mujeres a no querer contar, incluso a no consultar o a hacerlo tardíamente, poniendo así en riesgo su vida.

Cualquiera sea el caso, la conducta indagatoria resulta una práctica expulsiva del sistema de salud y no tiene justificación médica, ya que el tratamiento estará determinado por la condición clínica de la mujer al

Los equipos de salud que incumplen sus obligaciones profesionales y las instituciones, sus directivos y el personal médico y no médico son susceptibles de sanciones legales, administrativas, civiles o penales.

momento de la consulta.

Marco normativo vigente para la atención de las mujeres que cursan un aborto

- ✓ **Tratados internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la atención médica y la legislación nacional que establece los parámetros legales de la atención sanitaria.** Es importante destacar que nuestra legislación, de acuerdo con estándares internacionales, amplía el concepto de relación médico-paciente para involucrar a lo que se conoce frecuentemente como “equipo de salud”, es decir todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/ as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc., o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.
- ✓ **La Ley N° 26.529/2009, de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”.**
Establece el derecho a:
 - Ser asistida por el equipo de salud sin menoscabo o distinción por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.
 - Recibir un trato digno y con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y de su intimidad.
 - Recibir la información vinculada a

su salud y las opciones terapéuticas disponibles, que se deben transmitir de forma clara y acorde a sus capacidades. Esta debe ser dada por escrito si es su deseo obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

- Aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa.

- ✓ **Ley N° 26.061/2005, de “Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”.**
Otorga a los niños, niñas y adolescentes similares derechos en lo referido a la toma de decisiones.
- ✓ **Ley Provincial N° 13298/2005, “Promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes”**
Crea el sistema de protección integral de derechos dentro de la Prov. de Buenos Aires basado en la voz del niño/ niña/ adolescente, y su derecho a ser oído y la corresponsabilidad del sistema público y de la sociedad en su conjunto para con ellas/os.
- ✓ **Ley N° 26.485/2009, de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.**
Define “violencia obstétrica” como

la que se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia las mujeres, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, atención pre y post parto. El personal de la salud puede ser agente responsable de este tipo de violencia, así como del resto de las clases de violencia posibles: contra la libertad reproductiva, física, psicológica o institucional.

Estructura de causas de muertes maternas. Provincia de Buenos Aires 2010-2015.

Causa Descriptas DEIS	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%
Embarazo terminado en aborto (O00 a O07)	29	29,9	32	39,5	14	22,2	16	22,2	12	15,0	21	25,9%
Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (O10-O16)	14	14,4	11	13,6	15	23,8	12	16,7	19	23,8	12	14,8%
Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto (O44-O46)	3	3,1	2	2,5	1	1,6	3	4,2	2	2,5	3	3,7%
Hemorragia postparto (O72)	10	10,3	9	11,1	7	11,1	8	11,1	9	11,3	7	8,6%
Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	15	15,5	7	8,6	13	20,6	15	20,8	18	22,5	11	13,6%
Muerte obstétrica de causa no especificada (O95)	9	9,3	14	17,3	9	14,3	10	13,9	13	16,3	8	9,9%
Otras causas directas (O20-O29; O30-O43; O47-O48; O60-O69; O70-O71; O73-O75)	17	17,5	6	7,4	4	6,3	8	11,1	7	8,8	19	23,5%
Total Causas directas	97	100	81	100	63	100	72	100	80	100	81	100,0%
Total Causas directas	97	81,5	81	87,1	63	74,1	72	90,0	80	85,1	81	72,3
Total Causas indirectas (B20-B24, O98-O99)	22	19,0	12	12,9	22	25,9	8	10,0	14	14,9	31	27,7
TOTAL MM	119	100	93	100	85	100	80	100	94	100	112	100

Fuente: elaboración propia (PBA SSR) en base a información de la Dirección de Información Sistemática (DIS). Ministerio de Salud de PBA.