



ARGENTINA

¿Derecho o Ficción?

La Argentina no rinde cuentas en materia de salud reproductiva

HUMAN
RIGHTS
WATCH



¿Derecho o Ficción?

La Argentina no rinde cuentas en materia de salud reproductiva

Copyright © 2010 Human Rights Watch
All rights reserved.
Printed in the United States of America
ISBN: 1-56432-670-5
Cover design by Rafael Jimenez

Human Rights Watch
350 Fifth Avenue, 34th floor
New York, NY 10118-3299 USA
Tel: +1 212 290 4700, Fax: +1 212 736 1300
hrwnyc@hrw.org

Poststraße 4-5
10178 Berlin, Germany
Tel: +49 30 2593 06-10, Fax: +49 30 2593 0629
berlin@hrw.org

Avenue des Gaulois, 7
1040 Brussels, Belgium
Tel: + 32 (2) 732 2009, Fax: + 32 (2) 732 0471
hrwbe@hrw.org

64-66 Rue de Lausanne
1202 Geneva, Switzerland
Tel: +41 22 738 0481, Fax: +41 22 738 1791
hrwgva@hrw.org

2-12 Pentonville Road, 2nd Floor
London N1 9HF, UK
Tel: +44 20 7713 1995, Fax: +44 20 7713 1800
hrwuk@hrw.org

27 Rue de Lisbonne
75008 Paris, France
Tel: +33 (1)43 59 55 35, Fax: +33 (1) 43 59 55 22
paris@hrw.org

1630 Connecticut Avenue, N.W., Suite 500
Washington, DC 20009 USA
Tel: +1 202 612 4321, Fax: +1 202 612 4333
hrwdc@hrw.org

Web Site Address: <http://www.hrw.org>



¿Derecho o Ficción?

La Argentina no rinde cuentas en materia de salud reproductiva

| | |
|--|-----------|
| Resumen | 1 |
| Recomendaciones | 5 |
| Metodología..... | 8 |
| I. Antecedentes | 9 |
| Historia e investigaciones anteriores..... | 9 |
| Avances desde 2005 | 11 |
| II. Acceso a anticoncepción y aborto: un camino de obstáculos | 15 |
| Falta de acceso a anticonceptivos | 15 |
| Problemas de suministro y falta de apoyo político | 15 |
| Objeción de conciencia..... | 18 |
| Otros obstáculos a la atención..... | 20 |
| Denegación de abortos legales | 22 |
| Falta de información | 23 |
| Procedimientos de acceso complejos | 24 |
| Hostilidad por parte de los proveedores de servicios | 27 |
| Aborto y anticoncepción en los tribunales | 30 |
| Se ignora a sectores interesados clave..... | 32 |
| Jóvenes adolescentes | 32 |
| Mujeres con discapacidad | 37 |
| III. Falta de rendición de cuentas | 39 |
| Recolección de datos y supervisión irregular a nivel programático..... | 39 |
| Uso insuficiente de las funciones de auditoría pública en la rendición de cuentas sobre temas de salud | 43 |
| No se sanciona a funcionarios públicos que incumplen la ley | 46 |
| Falta de transparencia de los mecanismos de denuncia individual..... | 49 |
| IV. Derecho internacional y rendición de cuentas en materia de salud | 51 |
| V. Agradecimientos | 53 |

Resumen

El embarazo no es una enfermedad debilitante. Sin embargo, cada año miles de mujeres y niñas en la Argentina se exponen a padecimientos que podrían ser totalmente prevenibles a causa de su capacidad reproductiva.

En muchos casos, el embarazo se produce como resultado de una atención negligente que las priva del derecho a adoptar decisiones independientes sobre su salud y su vida, como por ejemplo, cuando el gobierno no compra ni distribuye anticonceptivos pese a sus promesas en este sentido y se deniegan arbitrariamente procedimientos lícitos de esterilización. En otros casos, se ven obligadas a llevar a término embarazos que ponen en riesgo su propia vida debido a que algunos proveedores médicos se niegan a brindar los servicios de aborto que resultan lícitos en estas circunstancias. Algunas mujeres y niñas optan por recurrir a abortos alternativos, y a menudo sumamente inseguros, practicados por proveedores no habilitados. Otras prescinden de cualquier tipo de atención, y algunas incluso pierden la vida. Según el Ministerio de Salud de la Nación, en 2008 más del 20 por ciento de las muertes por emergencias obstétricas registradas fueron provocadas por abortos inseguros. El Ministerio no publica datos que indiquen si alguno de estos casos corresponde a abortos que podrían haber sido practicados legalmente.

Incluso en circunstancias óptimas, la vida de las mujeres y niñas se ve íntimamente afectada por su capacidad de procrear. El embarazo no sólo afecta sus cuerpos sino que además repercute en su acceso a educación, empleo y a la vida pública. En el caso de los embarazos deseados, estos cambios pueden ser previstos. Sin embargo, cuando la determinación de tener o no un hijo —como tomar anticonceptivos o someterse a un aborto— es forzada o está profundamente limitada por las circunstancias, los consiguientes cambios vitales pueden ser inesperados y opresivos. En ambos casos, las mujeres y niñas tienen una necesidad constante y continua de recibir servicios de atención de la salud reproductiva a lo largo de sus vidas.

Las normas internacionales de derechos humanos reconocen esta necesidad y ayudan a que mujeres y niñas puedan acceder a la atención de la salud necesaria y puedan adoptar decisiones independientes a través de la protección del derecho a la vida, la salud, a no ser discriminadas, a la integridad física, la libertad de expresión y religión, y el derecho a decidir de manera independiente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos.

En la Argentina, estos derechos han sido ignorados sistemáticamente durante años. En 2005, Human Rights Watch concluyó que existían múltiples obstáculos que impedían que las mujeres de la Argentina adoptaran decisiones independientes sobre su salud y su vida vinculadas con la reproducción. Estas restricciones incluían información errónea, incompleta o falta de información, violencia doméstica y sexual, y restricciones económicas que el gobierno no abordaba adecuadamente.

Los datos oficiales sobre salud indican que no se han producido grandes cambios para las mujeres y niñas que dependen del sistema de salud pública en los cinco años transcurridos desde que Human Rights Watch publicó un informe sobre este tema por primera vez. Sus derechos continúan siendo denegados y se ignora sistemáticamente su sufrimiento. La pregunta que intenta abordar este informe es ¿por qué?

La respuesta se relaciona en parte con la politización de temas vinculados con la maternidad, el crecimiento demográfico y, en el sentido más básico, con el sexo. La Argentina fue uno de los últimos países de América Latina en abandonar una política demográfica descendente que sometía las decisiones individuales a un interés nacionalista que privilegiaba el crecimiento demográfico. Hasta 1985, la venta y el uso de anticonceptivos estaban totalmente prohibidos en el país, y algunos políticos e incluso proveedores de servicios médicos aún justifican medidas que resultan restrictivas de los derechos humanos de las mujeres invocando una máxima de hace más de cien años que reza “poblar es gobernar”. Efectivamente, los mensajes contra el aborto y los métodos anticonceptivos aún tienen peso político en un país cuyo gobierno, en el año 1999, declaró la celebración anual de alcance nacional del “Día del Niño por Nacer”, que algunas personas aún celebran.

En el ejemplo más reciente del peso político que reviste el discurso contra el aborto, en julio de 2010 el Ministerio de Salud de la Nación se retractó de su intención declarada de garantizar el acceso al aborto legal luego de un intenso cuestionamiento por parte de la prensa.

De hecho, el principal problema es que a menudo no se implementan las leyes y políticas destinadas a beneficiar a mujeres y niñas, como las excepciones legales a la penalización generalizada del aborto. A su vez, la ausencia de control y de rendición de cuentas en relación con esta omisión señala que son pocas las autoridades que demuestran interés.

En los últimos 10 años, la Argentina ha acumulado un notable conjunto de políticas sobre salud sexual y reproductiva. Si bien estas políticas ignoran a algunos sectores interesados

clave como las mujeres con discapacidad, si se implementaran permitirían alcanzar un notable avance en la meta de poner fin al sufrimiento documentado en este informe y en otras fuentes. No obstante, estas leyes y programas se aplican erráticamente en el mejor de los casos, y cuando se implementan, el estado argentino no impulsa los procesos de rendición de cuentas que podrían subsanar la falta de atención. De hecho, numerosos funcionarios públicos y proveedores médicos entrevistados por Human Rights Watch tenían dudas sobre el contenido de las leyes, reglamentaciones y pautas que deben aplicar y desconocían totalmente las posibles sanciones o procedimientos de rendición de cuentas a los cuales podían enfrentarse si no cumplían con sus obligaciones.

Existe en Argentina un sistema bastante complejo y avanzado de rendición de cuentas que, sin embargo, se utiliza pocas veces o nunca en beneficio de la salud reproductiva femenina:

1. Si bien el Ministerio de Salud de la Nación es el encargado de supervisar la implementación de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, no reúne, analiza ni publica datos exhaustivos sobre temas clave como demandas por prestación ilegal de atención de la salud, denuncias sobre denegación arbitraria de atención o conducta abusiva por parte de personal médico. El Ministerio tiene además la facultad de apartar de instituciones financiadas por el estado al personal médico y de otro tipo que no implemente cabalmente las normas y políticas vigentes; sin embargo, los médicos y enfermeros que se niegan a brindar servicios o maltratan a mujeres conservan sus puestos.
2. El gobierno argentino cuenta con un sistema complejo de rendición de cuentas que contempla el análisis por parte de auditores financiados por el estado, los cuales dependen del poder ejecutivo y legislativo. Este sistema permitiría exigir que el Ministerio de Salud rinda cuentas por el modo en que cumple sus obligaciones en materia de salud reproductiva femenina. No obstante, el sistema de informes no ha sido utilizado con ese fin, aun cuando, siete años después del comienzo de la implementación del programa nacional de salud sexual, los indicadores sobre salud materna, embarazos no deseados y aborto casi no se han modificado.
3. El Congreso ejerce una función de control del gobierno y puede convocarlo para que informe sobre la implementación de programas y leyes. El gobierno no ha proporcionado información adecuada en los pocos casos en que el Congreso ha solicitado estos informes, y los miembros del Congreso no han controlado el uso de recursos públicos ni exigido transparencia.
4. Hasta el momento, los mecanismos de denuncia individual se han limitado a casos netamente judiciales, que suelen dilatarse en el tiempo, suponen costos muy

elevados y tienen un carácter demasiado público para las mujeres y niñas que lo único que desean es tener acceso al tratamiento al cual tienen derecho en forma privada y sin abusos. Sin embargo, incluso esta estructura más básica de rendición de cuentas —el sistema judicial— también está muy lejos de cumplir su objetivo, como lo demuestran los casos judiciales recientes en materia de salud reproductiva, en los cuales se ha denegado la prestación de servicios de aborto a víctimas de violación con discapacidades cognitivas que cuentan claramente con un derecho a exigir tales servicios.

La consecuencia última de esta falta de rendición de cuentas para las personas no es otra que el sufrimiento, y a veces incluso la muerte. Para el estado, esto también tiene un alto costo en cuestiones urgentes de salud pública, como la mortalidad materna prevenible, el aborto inseguro y los embarazos no deseados. Asimismo, la implementación irregular y la falta de rendición de cuentas en relación con políticas destinadas a abordar estos temas generan un uso ineficiente, y en ocasiones negligente, de los recursos públicos.

Human Rights Watch insta al gobierno a tomar todas las medidas pertinentes para implementar la ley argentina, incluida la emisión de las reglamentaciones necesarias, el ejercicio de funciones de supervisión efectivas y la aplicación de sanciones a los funcionarios públicos que no cumplan su deber de proteger y promover la salud reproductiva de mujeres y niñas.

Recomendaciones

Al Gobierno de la Argentina

Al igual que en 2005, Human Rights Watch insta al gobierno de la Argentina a proteger los derechos humanos de mujeres y niñas a la vida, la integridad física, la salud, a no ser discriminadas, a la privacidad, la libertad, la información, la libertad religiosa y de conciencia, la protección igualitaria en virtud de la ley y el derecho a tomar decisiones sobre el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. Muchas de las recomendaciones que Human Rights Watch formuló a la Argentina en 2005 continúan pendientes y, cinco años después, tienen la misma vigencia o son incluso más urgentes para la dignidad y los derechos de la mujer. El objetivo de las siguientes recomendaciones es garantizar la supervisión y la rendición de cuentas efectivas en materia de salud reproductiva.

A la Presidenta de la República Argentina

- Apoyar públicamente el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable e impulsar el adecuado financiamiento de este programa dentro del presupuesto del gobierno.
- Apoyar públicamente el derecho a un acceso inmediato e irrestricto a servicios de aborto seguros en aquellos casos que no están actualmente penalizados de conformidad con las normas de derechos humanos. Instar a los gobiernos provinciales a tomar medidas inmediatas para garantizar este derecho.

Al Ministerio de Salud de la Nación

- Adoptar una resolución que incorpore la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles a los estándares de atención, y distribuirla en todos los hospitales públicos y centros de salud de la Argentina.
- Garantizar que todos los directores de hospitales reciban capacitación sobre el contenido de las leyes, reglamentaciones y pautas relevantes sobre salud reproductiva, incluidas la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley sobre Contracepción Quirúrgica, la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles y la Ley de Creación del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, así como las disposiciones del Código Penal sobre la responsabilidad penal de los funcionarios públicos que no cumplan sus deberes.
- Reunir datos e información sobre el funcionamiento adecuado del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Para que los datos y la

información sean de utilidad, deben estar desglosados, como mínimo, según edad, sexo, distancia hasta el proveedor del servicio, discapacidad (si corresponde) y nivel educativo de las mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva. Una parte de estos datos puede obtenerse a través del número gratuito de información sobre salud sexual del Ministerio de Salud, lanzado en Mayo de 2010. No obstante, para ser útiles, los datos también deben ser recolectados de manera más sistemática.

- Analizar y publicar estos datos en un informe público anual sobre la implementación del programa.
- Identificar carencias y deficiencias en la implementación del programa.
 - Cuando estas carencias y deficiencias se deban a negligencia individual, instar en forma proactiva investigaciones administrativas y sancionar al personal de la salud que no cumpla las pautas ministeriales, reglamentaciones nacionales o leyes sobre provisión de atención. Las sanciones deberían incluir la suspensión o revocación de la matrícula médica a quienes reincidan en estas conductas.
 - Cuando las carencias y deficiencias se deban a una negligencia sistémica, diseñar e implementar soluciones de tipo sistémicas para superarlas.
- Garantizar que todos los profesionales de la salud conozcan, comprendan e implementen las pautas sobre el acceso a anticonceptivos por parte de adolescentes.
- Desarrollar e implementar reglamentaciones que permitan a mujeres y niñas con discapacidad el goce efectivo de sus derechos reproductivos, incluido el derecho a información y servicios de salud accesibles.
- Trabajar con fiscales para iniciar acciones penales contra funcionarios que sean negligentes en el cumplimiento de sus funciones en relación con la salud reproductiva de mujeres y niñas, como por ejemplo, aquellos que denieguen el acceso a servicios de aborto legal a mujeres cuya vida o salud se vea amenazada por un embarazo, o quienes denieguen tratamientos de carácter vital —como la quimioterapia— a mujeres embarazadas.

A la Sindicatura General de la Nación

- Examinar el funcionamiento del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y publicar un informe exhaustivo con información que indique si el programa cumple de manera efectiva y eficiente su mandato jurídico.
- Desarrollar indicadores de impacto para monitorear el cumplimiento de los resultados buscados por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Al Congreso

- Instar a la Auditoría General de la Nación a examinar la implementación de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y tomar medidas inmediatas y efectivas para subsanar las falencias detectadas.
- Exigir al Ministerio de Salud que informe anualmente sobre el funcionamiento y la efectividad del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Derogar las disposiciones del Código Penal que penalizan el aborto, especialmente aquellas que sancionan a mujeres y niñas que se han sometido a abortos.

Metodología

El presente informe se basa en la investigación de campo llevada a cabo por cuatro investigadores de Human Rights Watch en la ciudad y la provincia de Buenos Aires en febrero y marzo de 2010, así como en el examen de documentación y las indagaciones telefónicas llevados a cabo en Nueva York y Los Ángeles durante la primera mitad de 2010. Human Rights Watch entrevistó a un total de 40 personas para este informe, la mayoría mediante entrevistas individuales. También llevó a cabo entrevistas con dos grupos reducidos, y realizó un seguimiento individual de algunos casos.

Las personas entrevistadas fueron nueve activistas, abogados y otros actores de la sociedad civil con experiencia en derechos femeninos de salud reproductiva; 15 mujeres con experiencia personal en el sistema de salud pública en la ciudad y la provincia de Buenos Aires; nueve funcionarios gubernamentales involucrados en la implementación o supervisión del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; y siete médicos de hospitales o centros de salud públicos que participan directamente en la implementación del programa nacional.

Las conclusiones de este informe se desarrollaron a partir del trabajo exhaustivo de investigación realizado por Human Rights Watch en 2004 y 2005; informes de organismos de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales (ONG) basados en investigaciones de campo y entrevistas desde 2005; datos oficiales sobre salud y evaluaciones recientes del sistema de salud difundidas en publicaciones médicas, medios de comunicación y revistas de investigación académica.

Si bien Human Rights Watch no considera que las experiencias de las mujeres, los médicos y otras personas entrevistadas en este informe representan un panorama exhaustivo de la situación actual del acceso a los servicios y derechos de salud reproductiva en la Argentina, la investigación cuantitativa y los datos oficiales apoyan la conclusión de que sus experiencias no son aisladas ni atípicas.

Los nombres de todas las mujeres entrevistadas han sido modificados para proteger su identidad. En algunos casos, cuando fue solicitado, se omitió también información identificatoria de funcionarios gubernamentales o profesionales de la salud.

Todas las entrevistas se realizaron en español.

I. Antecedentes

Historia e investigaciones anteriores

En la Argentina, los intereses nacionalistas, sumados a un discurso católico ortodoxo sobre “valores familiares”, han fundamentado históricamente algunas de las políticas contra los métodos anticonceptivos y a favor del crecimiento demográfico más influyentes de la región¹.

La percepción de que el crecimiento demográfico opera automáticamente en beneficio del interés nacional —y que la anticoncepción obstaculiza tal crecimiento— aún sigue vigente. El director de uno de los hospitales más grandes de la ciudad de Buenos Aires señaló a Human Rights Watch en 2010: “El tema planificación siempre suena a control... Está mal visto... Tenemos en este país muchas áreas despobladas que podían perfectamente ser pobladas”².

Efectivamente, las mujeres argentinas tuvieron que esperar hasta el siglo XXI para presenciar apenas el comienzo de un enfoque de la salud reproductiva basado en los derechos. En 2002, el Congreso de la Nación —luego de 11 años de una prohibición absoluta de uso y venta de anticonceptivos que fue derogada recién en 1985, y la férrea oposición de la Iglesia Católica y políticos conservadores— finalmente respaldó el derecho a elegir en materia reproductiva de las mujeres a través de la sanción de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable³. La política y el programa nacionales creados por esta ley, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, apuntaron principalmente a brindar un acceso universal a anticonceptivos y a información vinculada con la salud reproductiva, dos objetivos elogiados y, en vista del contexto y la historia, más que sustanciales.

En 2005, Human Rights Watch publicó una primera evaluación de la implementación de estos objetivos, así como de la situación general de los derechos de salud reproductiva de las mujeres y niñas en la Argentina⁴. Las conclusiones no fueron favorables. La evaluación

¹ Human Rights Watch, *Decisión prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, ISBN: B1701, Vol. 17, N.º 1, 2005, <http://www.hrw.org/en/reports/2005/06/14/decisions-denied-o> (consultado el 2 de junio de 2010), pág. 11, “Nacionalismo y el rol procreador de la mujer”.

² Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. José Lanés, director, Hospital Dr. Juan A. Fernández, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

³ Ley Nacional N.º 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 30 de octubre de 2002.

⁴ Human Rights Watch, *Decisión prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, 2005.

comprobó que existían múltiples barreras que impedían que las mujeres en la Argentina tomaran decisiones independientes sobre su salud y su vida en cuestiones reproductivas, como la falta de información, información errónea o incompleta, violencia doméstica y sexual, y restricciones económicas que el gobierno no abordaba adecuadamente.

El informe de 2005 de Human Rights Watch comprobó además que no se permitía a las mujeres el acceso a una de las formas más seguras y efectivas de anticoncepción —la esterilización voluntaria o ligadura de trompas— debido a restricciones discriminatorias y a la aplicación de criterios de manera arbitraria sin ningún tipo de sustento jurídico. Estas restricciones—como el consentimiento del esposo o la cantidad de hijos— se basaban en parte en un marco jurídico ambiguo que generaba confusión entre los proveedores médicos sobre la legalidad de la esterilización⁵.

Estas restricciones a las decisiones reproductivas contribuyeron a que se produjera una enorme cantidad de embarazos no deseados ni planeados en la Argentina durante 2005. Asimismo, se estima que un 40 por ciento de los embarazos producidos en 2005 fueron interrumpidos mediante abortos, la mayoría practicados de manera ilegal e insegura. Esto, a su vez, contribuyó a que se ocasionaran muertes maternas que podrían ser totalmente prevenibles. Efectivamente, el aborto inseguro ha sido una de las causas principales de mortalidad materna en el país durante décadas⁶. Según el Ministerio de Salud de la Nación, en 2008 más del 20 por ciento de las muertes por emergencias obstétricas registradas fueron provocadas por abortos inseguros⁷.

Los datos oficiales sobre salud indican que no se han producido grandes cambios para las mujeres y niñas que dependen del sistema de salud pública en los cinco años transcurridos desde que Human Rights Watch publicó un informe sobre este tema por primera vez⁸. Las complicaciones posteriores a abortos continúan siendo una de las principales causas de mortalidad materna en la Argentina, pese a una reducción registrada recientemente y que ha sido asociada con un incremento en el uso de misoprostol —un fármaco indicado para la prevención de úlceras en la Argentina⁹— en abortos domésticos, más que con una

⁵ Human Rights Watch, *Decisión prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, 2005, en particular la sección V.

⁶ Human Rights Watch, *Decisión prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, 2005.

⁷ Ministerio de Salud de la Nación, “Anuario Estadístico 2008 de la Dirección de Estadística e Información en Salud”.

⁸ Ver Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Sexto informe periódico de los estados parte: Argentina”, 8 de septiembre de 2008, CEDAW/C/ARG/6.

⁹ Si bien el misoprostol se fabrica como un medicamento para el tratamiento de úlceras gástricas, uno de sus efectos secundarios son las contracciones uterinas y puede causar abortos espontáneos. Por esta razón, a menudo se utiliza como

disminución en la cantidad de intentos de aborto¹⁰. Las cifras oficiales aún calculan que el 40 por ciento de los embarazos (460.000) anuales son interrumpidos mediante abortos ilegales¹¹.

En palabras de Silvia Oizerovich, codirectora del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en la ciudad de Buenos Aires, “Si analizás los datos desde cuando existe el programa nacional, es deprimente. No termina por funcionar”¹².

Avances desde 2005

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue implementado por primera vez por el gobierno del Presidente Néstor Kirchner¹³. Las activistas por los derechos de las mujeres de la Argentina han reconocido los esfuerzos de Ginés González García, el Ministro de Salud durante la presidencia de Kirchner entre mayo de 2003 y diciembre de 2007, por respaldar genuinamente las políticas destinadas a favorecer la salud de las mujeres¹⁴.

El informe de Human Rights Watch de 2005 identificó una serie de ámbitos que requieren normas y pautas más claras que podrían beneficiar a mujeres y niñas en el ejercicio de sus

parte de un procedimiento abortivo que consiste en "madurar" (es decir, ablandar y dilatar) el cuello uterino para que la posterior dilatación resulte menos dolorosa para la mujer o niña embarazada. La etiqueta del misoprostol que se comercializa como Cytotec —y que se vende habitualmente en la Argentina— indica: "La administración de Cytotec (Misoprostol) en mujeres embarazadas puede causar aborto, parto prematuro o malformaciones. Se ha reportado que Cytotec puede causar la ruptura del útero si se administra a mujeres embarazadas para inducir el parto o para inducir el aborto después de la octava semana de embarazo". Centro de Evaluación de Fármacos (Center for Drug Evaluation), "Cytotec" [en línea] <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/19268slr037.pdf> (consultado el 23 de noviembre de 2004), traducción de Human Rights Watch. Algunos estudios clínicos han demostrado que misoprostol puede ser usado de manera segura y efectiva en procedimientos de aborto con la supervisión médica y las condiciones adecuadas. Ver Consensus Statement: Instructions for Use Abortion Induction with Misoprostol in Pregnancies up to 9 Weeks LMP. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. 28 de julio de 2003. Washington DC., en los registros de Human Rights Watch.

¹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Daniel Lipchak, médico y consultor del Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010. Ver también Ministerio de Salud de la Nación, *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*, julio de 2010, pág. 15.

¹¹ Valeria Perasso, “Argentina: Aborto por teléfono”, *BBC Mundo*, 4 de septiembre de 2009, http://www.bbc.co.uk/mundo/ig/america_latina/2009/09/090904_1632_aborto_argentina_mf.shtml, consultado el 24 de mayo de 2010, donde se hace referencia a datos obtenidos del Ministerio de Salud de la Nación. Ver también Ministerio de Salud de la Nación, *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*, pág. 15.

¹² Entrevista de Human Rights Watch con Silvia Oizerovich, codirectora, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010.

¹³ Como se señaló precedentemente, el programa nacional fue creado por la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y es el principal vehículo del gobierno para la implementación de la ley.

¹⁴ Marcela Valente, “SALUD-ARGENTINA: Mujeres expuestas al aborto ilegal”, *IPS Noticias*, en <http://ipsnoticias.net/print.asp?idnews=33981>, consultado el 27 de mayo de 2010.

derechos. Varias de estas recomendaciones fueron implementadas durante el gobierno de Kirchner:

- En agosto de 2006, se sancionó la ley sobre métodos de contracepción quirúrgica, que eliminó la ambigüedad jurídica en materia de esterilización voluntaria y vasectomía¹⁵.
- En octubre de 2006, se aprobó la ley de educación sexual, que establece por primera vez en la Argentina la obligatoriedad de la educación sexual integral en todos los establecimientos educativos públicos¹⁶.

Asimismo, durante la permanencia de González García al frente del Ministerio de Salud, el gobierno argentino dictó varias pautas destinadas a esclarecer el alcance del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Por ejemplo, en agosto de 2005, el Ministerio de Salud de la Nación publicó una guía integral sobre atención posterior al aborto, que se incorporó al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica¹⁷. En marzo de 2007, el Ministerio emitió una resolución que incorporó la anticoncepción de emergencia al plan médico obligatorio y obligó a los trabajadores sociales y de la salud del sistema de salud a distribuirla gratuitamente¹⁸. Finalmente, en noviembre de 2007, el Ministerio publicó una guía para la atención de abortos no punibles¹⁹.

No obstante, el potencial impacto positivo de estos avances se ha visto debilitado por su implementación errática. Martha Rosenberg, de CoNDeRS, una coalición nacional de ONG que monitorean la implementación de la ley sobre salud sexual, comentó lo siguiente: “El [aborto] no punible y la guía post-aborto, son temas que el ministerio [de salud] tiene a

¹⁵ Ley 26.230, Contracepción quirúrgica, sancionada el 9 de agosto de 2006 y promulgada el 28 de agosto de 2006. Antes de 2006, la ley argentina restringía la posibilidad de la ligadura de trompas a casos en que la intervención estuviera justificada por una “indicación terapéutica”. Si bien los tribunales y los especialistas interpretaban esta cláusula de distintas maneras, los médicos y funcionarios públicos de salud a menudo invocaban la norma restrictiva como justificación para denegar el acceso de mujeres a la ligadura de trompas voluntaria. Ver Human Rights Watch, *Decisión prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, 2005, en particular la sección V. La Ley N.º 26.130 establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas de ligadura de trompas de Falopio o vasectomía en los servicios del sistema de salud, con el consentimiento informado del paciente. Ley N.º 26.130, en particular arts. 1 y 4.

¹⁶ Ley N.º 26.150, Programa nacional de educación sexual integral, sancionada el 4 de octubre de 2006 y promulgada el 23 de octubre de 2006. Esta ley establece el derecho de todos los niños en edad escolar a recibir educación sexual integral tanto en escuelas públicas como privadas, desde el nivel inicial hasta el nivel superior (“desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria”). La ley define educación sexual integral como aquella que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Ley 26.130, en particular arts. 1 y 4.

¹⁷ Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación, “Apruébese la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto e incorpórase la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica”.

¹⁸ El plan médico obligatorio se refiere a los servicios y medicamentos que deben estar a disposición de los usuarios del sistema de salud pública; resolución 232/2007 del Ministerio de Salud de la Nación, “Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)—Incorporación de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia”, 3 de marzo de 2007.

¹⁹ Ministerio de Salud de la Nación, *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*, octubre de 2007.

medias. ...No termina tomando las medidas necesarias para que se apliquen [las pautas y normas relevantes]”²⁰.

Ciertamente, la implementación de leyes, políticas y pautas sobre salud reproductiva femenina parece depender directamente de quién detenta la presidencia. En octubre de 2007, Cristina Fernández de Kirchner, esposa de Néstor Kirchner y hasta entonces Primera Dama, ganó las elecciones presidenciales en la Argentina y asumió el 10 de diciembre de 2007²¹.

Las investigaciones de Human Rights Watch indican que el cambio de gobierno producido en diciembre de 2007 no ha mejorado la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos reproductivos y de salud, e incluso se han revertido algunos logros. La siguiente Ministra de Salud, Graciela Ocaña, declaró abiertamente que el aborto era un tema que competía exclusivamente al derecho penal y, por consiguiente, no se encontraba dentro de su ámbito, y repudió la guía sobre abortos no punibles, que se mantuvo pese a esto²². Ocaña señaló que la ley admitía algunas excepciones, pero resaltó la oposición del gobierno al aborto en general²³.

El Ministerio de Salud de la Nación no avaló la guía, que fue observada tan sólo excepcionalmente por el personal de los hospitales (quienes en muchos casos directamente desconocían su existencia)²⁴. Recién en marzo de 2010, luego de que Juan Manzur reemplazara a Ocaña al frente del Ministerio de Salud el año anterior, la guía se publicó en el sitio web del Ministerio sin que mediara ningún tipo de anuncio.

No obstante, el 20 de julio de 2010, el Ministerio publicó nuevamente la guía con algunas revisiones respecto de la versión de 2007. El Ministerio señaló en un principio que la guía era jurídicamente vinculante como una resolución ministerial, e incluso incluyó el número

²⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Martha Rosenberg, coordinadora de CoNDeRS, Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales, Buenos Aires, 11 de marzo de 2010.

²¹ “Argentina y su primera mujer presidente”, *El Observador*, 29 de octubre de 2010, <http://www.elobservador.cl/admin/render/noticia/8908>, consultado el 27 de mayo de 2010.

²² Mariana Carbajal, “El aborto, ¿es un asunto de política criminal o sanitaria?”, *Página 12*, 26 de diciembre de 2007, <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-96668-2007-12-26.html>, consultado el 24 de mayo de 2010.

²³ Mariana Carbajal, “Las palabras de la ministra”, *Página 12*, 26 de diciembre de 2007, <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/96668-30530-2007-12-26.html#arriba>, consultado el 24 de mayo de 2010.

²⁴ Ver, por ejemplo, Pedro Lipovich, “Un Ataque a la Sociedad”, *Página 12*, 26 de febrero de 2010, <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-141051-2010-02-26.html>, consultado el 24 de mayo de 2010.

de esta nueva resolución en la versión en línea de la guía²⁵. Tan sólo 24 horas después, el Ministerio se retractó de estas declaraciones, si bien expresó que la guía estaba vigente y sería distribuida, pero que no existía una resolución firmada por el ministro²⁶. Las referencias a la supuesta resolución fueron eliminadas del sitio web del Ministerio ²⁷.

²⁵ Mariana Carbajal, “La guía sigue vigente, pero firma no”, Página 12, 22 de Julio de 2010, <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-149951-2010-07-22.html>, consultado el 23 de julio de 2010.

²⁶ Daniel Gallo, “Confusión por la guía sobre el aborto, que sigue vigente”, La Nación, 23 de julio de 2010, http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1287135, consultado el 23 de julio de 2010.

²⁷ Mariana Carbajal, “La guía sigue vigente, pero firma no”, Página 12, 22 de julio de 2010, <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-149951-2010-07-22.html>, consultado el 23 de julio de 2010.

II. Acceso a anticoncepción y aborto: un camino de obstáculos

En 2010, Human Rights Watch documentó que persistían los problemas en el acceso por parte de mujeres de la Argentina a servicios de salud que por derecho les corresponden, incluida la anticoncepción, la esterilización voluntaria, el aborto legal y la atención posterior a un aborto. A menudo las leyes y pautas que regulan la prestación de estos servicios no se conocen, son ignoradas o se implementan de manera errática. Como resultado, las mujeres y niñas no pueden depender del estado para la atención de su salud reproductiva que por derecho les corresponde según la ley argentina.

Falta de acceso a anticonceptivos

Son varios los obstáculos que enfrentan las mujeres al tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos, como problemas de suministro, la objeción de conciencia, la aplicación de cargos no autorizados para la provisión de insumos y atención, las graves demoras en la prestación de servicios y las derivaciones innecesarias, la exigencia ilegal de autorización del esposo e incluso el acoso sexual en los centros de salud pública.

Problemas de suministro y falta de apoyo político

Desde su creación en 2005, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ha sufrido problemas relacionados con la falta de apoyo político en diversos niveles, así como dificultades en la provisión continua de anticonceptivos a los centros de salud. Esto, a su vez, resulta especialmente problemático ya que la continuidad es una condición clave para el éxito de los programas de salud reproductiva: es más probable que las mujeres y niñas intenten recibir atención si confían en que los servicios y medicamentos serán proporcionados de la manera prevista y, a su vez, muchos servicios requieren de regularidad, como la anticoncepción hormonal.

Las entrevistas realizadas por Human Rights Watch a mujeres y niñas revelaron que no había confianza en la capacidad de respuesta del sistema. María T., de la ciudad de Buenos Aires, expresó: “Cada vez que tenés que sacar pastilla tenés que sacar turno desde hace tres meses... para que te den una pastilla vencida”²⁸. Algunos usuarios, como Melisa B. en la provincia de Buenos Aires, consideraban que la falta de continuidad evidenciaba la

²⁸ Entrevista de Human Rights Watch con María T., Buenos Aires, 9 de marzo de 2010.

indiferencia por sus elecciones en materia de reproducción: “Elegí el DIU. ... Fui a la salita. Me dieron seis meses de pastillas porque es lo que tenían”²⁹.

Todos los profesionales de la salud y empleados públicos entrevistados por Human Rights Watch para el presente informe confirmaron que la compra y distribución de anticonceptivos por el Ministerio de Salud de la Nación había sido un problema grave durante años, y que esto tenía un profundo efecto en la efectividad del programa. Según Paola Ferro, actual directora nacional del programa, “Hay una historia de muchos problemas en la distribución... Los obstáculos de la distribución quiere decir que no lográs avanzar en lo específico”³⁰.

Silvina Ramos, una investigadora con más de una década de experiencia en temas de salud sexual y reproductiva en la Argentina, explicó a Human Rights Watch que si bien el programa siempre había tenido problemas de compra y distribución, estos problemas se agravaron con el cambio de gobierno a fines de 2007. “Durante el año 2008 los problemas en la distribución se hicieron generalizados y durante varios meses el Ministerio de Salud de la Nación no pudo responder a la necesidades contraceptivas del país”³¹.

Estos problemas se vieron agravados cuando el Ministerio de Salud de la Nación modificó su política de distribución de anticonceptivos. Hasta entonces, el Ministerio había organizado y solventado la entrega de suministros de anticonceptivos a las provincias. Sin embargo, el nuevo gobierno interrumpió este servicio, y las provincias debieron lidiar simultáneamente con un suministro limitado y con la nueva necesidad de organizar y financiar la distribución por sí mismas³². Los periódicos argentinos informaron sobre la crisis y citaron a profesionales de la salud provinciales de alto nivel que describían falencias masivas en el servicio: uno se refirió a la situación como “caótica” y “una vergüenza”³³.

El motivo de la creciente falta de suministros de anticonceptivos durante 2008 fue supuestamente logístico: una partida de anticonceptivos hormonales estuvo inmovilizada

²⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Melisa B., José C. Paz, provincia de Buenos Aires, 10 de marzo de 2010.

³⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Ferro, directora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010.

³¹ Mariana Carbajal, “Demoras que cuestan demasiado”, *Página 12*, 23 de agosto de 2008, <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-110207-2008-08-23.html>, consultado el 2 de junio de 2010.

³² Nota enviada mediante correo electrónico a Human Rights Watch por Silvina Ramos, investigadora sénior, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 19 de febrero de 2010.

³³ Mariana Carbajal, “Demoras que cuestan demasiado”, *Página 12*, 23 de agosto de 2008.

en el puerto durante un mes a la espera del control de las autoridades aduaneras³⁴. No obstante, en general el nuevo gobierno mostró poco interés en brindar apoyo para el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Los suministros inmovilizados en la aduana habían sido ordenados por el anterior Ministro de Salud, y durante gran parte del primer año del nuevo gobierno el personal clave del programa nacional trabajó pese a que sus contratos habían caducado y a que la jefa, Ana Suppa, no contaba con la autorización necesaria para desempeñar sus funciones³⁵.

Mabel Bianco, quien entonces integraba el Consejo Asesor de la sociedad civil del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, comentó a Human Rights Watch los cambios políticos efectuados en el programa a principios de 2008 y su efecto en la implementación:

Con el cambio de presidente y de ministro de salud, así como en la jefatura del programa, se produjo un cambio significativo... [La falta de importancia del programa] se evidenció por la paralización [del programa] que incluyó la deuda en la compra de insumos, la interrupción de todas las publicaciones nuevas y también la no distribución de las existentes [como las pautas sobre acceso a abortos legales]. [Desde el Ministerio] cambiaron dos jefas de programa... ambas muy débiles, con falta de apoyo político y también con escasa iniciativa³⁶.

Human Rights Watch habló con diversos profesionales de la salud pública de distintas jurisdicciones, quienes confirmaron que los problemas de suministro y distribución continúan siendo comunes debido a demoras en la adquisición y las entregas, y a las confusiones en temas de distribución³⁷. Natalia Rodríguez, de la división de salud de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires dijo con respecto a 2010: “Hasta hace 15 días no se había efectuado la compra de anticonceptivos para este año [desde el

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Bergallo, profesora de derecho, Universidad de Palermo, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010. Ver también, Mariana Carbajal, “Demoras que cuestan demasiado”, *Página 12*, 23 de agosto de 2008.

³⁶ Intercambio de correspondencia por correo electrónico con Mabel Bianco, presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), 7 de junio de 2010.

³⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Ferro, directora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010; con Gabriela Perrotta, codirectora del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010; y Entrevista de Human Rights Watch con [nombre reservado], trabajador social, Ituzaingó, 8 de marzo de 2010.

Ministerio de Salud de la Nación], y estamos en abril”³⁸. Uno de los jefes del programa de la ciudad de Buenos Aires expresó su frustración frente a que el programa tuviera que centrarse en estas cuestiones: “Y el tiempo que esto genera, todo el mundo enfoca en el insumo en vez de enfocar en cómo funciona el programa”³⁹.

Objeción de conciencia

En ocasiones se deniega a mujeres y niñas el acceso a servicios de salud reproductiva en el sistema de salud pública con el argumento de que los proveedores no están dispuestos a brindar atención debido a una objeción de conciencia.

El derecho internacional reconoce la importancia de la objeción de conciencia para el ejercicio del derecho fundamental a la libertad de pensamiento, conciencia y religión⁴⁰. Sin embargo, este derecho debe ser considerado teniendo en cuenta el ejercicio por parte de la mujer de su derecho humano a la vida, la salud, la integridad física y a no ser discriminada, y claramente no puede invocarse para denegar a las mujeres el acceso efectivo a la atención necesaria, incluido el aborto⁴¹.

³⁸ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Natalia Rodríguez, abogada, Área de Derecho a la Salud e Integración Social, Defensoría del Pueblo, Buenos Aires, 15 de abril de 2010.

³⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Gabriela Perrotta, codirectora del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010.

⁴⁰ El derecho a la libertad de conciencia está reconocido en diversos tratados internacionales. Ver, p. ej., Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. Asamblea General 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (N.º 16) en 52, Doc. de la ONU. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, en vigor desde el 23 de marzo de 1976, ratificado por la Argentina el 8 de agosto de 1986, art. 50; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, ICERD), adoptada el 21 de diciembre de 1965, Res. Asamblea General 2106 (XX), anexo, 20 U.N. GAOR Supp. (N.º 14) en 47, Doc. de la ONU. A/6014 (1966), 660 U.N.T.S. 195, en vigor desde el 4 de enero de 1969, ratificado por la Argentina el 2 de octubre de 1968, art. (d)(vii) (donde se reconoce el derecho a no ser discriminado en el goce del derecho a la libertad de conciencia). El derecho de objeción de conciencia es un derivado del derecho a la libertad de conciencia y ha sido reconocido por el Comité de Derechos Humanos, a menudo en referencia al servicio militar. Comité de Derechos Humanos de la ONU, Observación General N.º 22, artículo 18: El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, A/48/40 vol. I (1993) 208, párrs. 11. Ver también Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos de la ONU: Federación Rusa, Doc. de la ONU A/50/40 vol. I (1995) 65 en párr. 382.

⁴¹ Ver Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General N.º 24, La mujer la salud (20.º período de sesiones, 1999), Doc. de la ONU. A/54/38 en 5 (1999), reimpreso en Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, Doc. de la ONU. HRI/GEN/1/Rev.6 en 271 (2003), párr. 11; Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales: Croacia, Doc. de la ONU A/53/38 (1998), párrs. 109, 117; Italia, Doc. de la ONU A/52/38 Rev.1, Parte II (1997), párrs. 353, 360; Sudáfrica, Doc. de la ONU A/53/38/Rev.1 (1998), párr. 113. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos también ha confirmado las restricciones a la objeción de conciencia y, al pronunciarse en contra de un grupo de farmacéuticos que habían invocado esta objeción, sostuvo que “siempre que la venta de anticonceptivos sea legal y se realice con receta médica exclusivamente en farmacias, los solicitantes no pueden dar preeminencia a sus creencias religiosas e imponerlas a los demás como justificación para su negativa a vender tales productos, ya que pueden manifestar esas creencias de diversas maneras fuera de la esfera profesional”. Pichon and Sajous v. France, App. N.º 49853/99, Decisión del 2 de octubre de 2001, ECHR 2001-X, disponible en www.echr.coe.int, pág. 4.

La ley argentina reconoce el derecho de personas e instituciones privadas a ser exceptuados de la provisión de métodos anticonceptivos, siempre que se cumplan algunas condiciones:

- Los objetores de conciencia deben declararse como tales, y documentar las razones de su objeción.
- Un objetor individual no podrá prestar servicios en un centro de salud privado que no acepte brindar en el sistema de salud pública.
- Los centros de salud privados deben registrarse como objetores de conciencia ante las autoridades de salud locales, y deben garantizar la prestación de servicios mediante la derivación de las mujeres a otros centros que brinden los servicios que necesitan⁴².

La ley sobre esterilización voluntaria y vasectomía amplía el análisis de la objeción de conciencia en relación con la provisión de este tipo concreto de anticoncepción, y señala que el centro de salud que albergue al objetor de conciencia tiene la obligación de garantizar la disponibilidad inmediata de servicios alternativos⁴³.

Algunas jurisdicciones de la Argentina han desarrollado políticas más detalladas sobre la objeción de conciencia, con miras a encontrar un equilibrio entre el derecho de la mujer a recibir atención y los derechos del proveedor. Estas leyes y reglamentaciones destacan de manera uniforme la necesidad del objetor de registrar su postura en forma expresa y anticipada, así como la obligación del sistema de salud de asegurar los servicios⁴⁴.

Pese a esto, las entrevistas y las investigaciones oficiales de Human Rights Watch demuestran que a menudo la objeción de conciencia se produce sin que medie el registro ni

⁴² Ley Nacional N.º 25.673, art. 10: “Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley”. Reglamentación de la ley 25.673, art. 10: “Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada. Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros Centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades sanitarias locales, de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda”.

⁴³ Ley Nacional N.º 26.130, art. 6: “Objeción de conciencia. Toda persona, ya sea medico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia sin consecuencia laboral alguna con respeto a las practicas medicas enunciadas en el artículo 1.º de la presente ley. La existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata”.

⁴⁴ Marcelo Alegre, “Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva”, *Hojas Informativas* N.º 10, junio de 2009. <http://www.despenalizacion.org.ar/hojas.html>, consultado el 13 de mayo de 2010.

la transparencia mencionados. Natalia Rodríguez, de la división de salud de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires realizó un estudio interno de la objeción de conciencia en los hospitales públicos de Buenos Aires en 2007. Rodríguez explicó a Human Rights Watch: “Los mismos directores de los hospitales desconocen si hay objetores de conciencia en su staff, y tampoco piensan que es su responsabilidad”⁴⁵.

Human Rights Watch entrevistó a médicos de tres hospitales importantes de la ciudad de Buenos Aires, y comprobó que sólo uno de los hospitales contaba con un registro centralizado de objetores de conciencia. En los otros dos casos, los médicos entrevistados señalaron que probablemente recién se crearía un registro cuando surgiera una necesidad concreta⁴⁶. Rodríguez comentó que en su investigación había advertido esta necesidad: “La gente se queda sin servicios porque [los médicos] son objetores de conciencia y no lo dicen y no los derivan [a los pacientes]”⁴⁷.

Otros obstáculos a la atención

Todas las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch que dependían del sistema de salud público para recibir servicios de salud reproductiva en algún momento se habían visto obligadas a pagar por servicios, suministros y atención que por derecho deberían haber sido gratuitos. “Tenés que pagar por todos los medicamentos [incluida la anticoncepción]”, manifestó Julia D., de la provincia de Buenos Aires. “Piden un bono de colaboración de tres a cinco pesos”⁴⁸. Melisa D. tuvo una experiencia similar: “Cada vez que te vas a atender, te manda a hacer ecografía, vale 25 pesos, y tenés que estar yendo y viniendo [para hacértela]”⁴⁹.

Varias mujeres también comentaron a Human Rights Watch sobre el prolongado tiempo de espera que las obligaba a ausentarse del trabajo y, a veces, incluso a renunciar a recibir atención, así como sobre las derivaciones a otros centros de salud u hospitales, incluso

⁴⁵ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Natalia Rodríguez, abogada, Área de Derecho a la Salud e Integración Social, Defensoría del Pueblo, Buenos Aires, 15 de abril de 2010.

⁴⁶ Entrevistas de Human Rights Watch con el Dr. Jorge Ortí, Salud Materno Infantil, Hospital Dr. Juan A. Fernández, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010; y el Dr. Eduardo Valentí, Guardia de Maternidad, Maternidad Sardá, Buenos Aires, 11 de marzo de 2010.

⁴⁷ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Natalia Rodríguez, abogada, Área de Derecho a la Salud e Integración Social, Defensoría del Pueblo, Buenos Aires, 15 de abril de 2010.

⁴⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Julia D., José C. Paz, provincia de Buenos Aires, 10 de marzo de 2010.

⁴⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Melisa B., José C. Paz, provincia de Buenos Aires, 10 de marzo de 2010.

para servicios urgentes que no requerían equipos médicos complejos, como la anticoncepción de emergencia⁵⁰.

En algunos casos, los proveedores de servicios aplican sus propios criterios y determinaciones a las decisiones de las propias mujeres, independientemente de lo dispuesto por la ley. Esto se pone especialmente de manifiesto en el caso de la ligadura de trompas (esterilización femenina). Natalia Rodríguez transmitió los resultados de su estudio sobre acceso a la esterilización masculina y femenina en la capital del país del siguiente modo:

Existe una objeción de conciencia que no es registrada y que se resuelve en la privacidad de la consultoría. [El medico dirá] que no es legal [la ligadura tubaria], que se necesita autorización judicial, que se necesita autorización del esposo... Hay resistencia en la aplicación de la ley porque algunos profesionales sienten que no es suficiente la petición de la usuaria [para la esterilización], que debería de hacerse solamente por indicación médica, o que tiene que tener hijos⁵¹.

El Dr. José Lanés, director de un importante hospital en la ciudad de Buenos Aires, confirmó inadvertidamente que se aplicaban criterios ilegales para la autorización de la ligadura de trompas en el hospital: “La ligadura tubaria se hace solamente... con el consentimiento de la paciente, y si tiene matrimonio consumado, por la pareja”⁵². La ley argentina vigente autoriza a cualquier mujer mayor de 21 años a decidir sobre la esterilización de manera independiente, y sólo se requiere autorización judicial cuando una persona ha sido declarada incapaz jurídicamente⁵³. El requisito de autorización del esposo vulnera el

⁵⁰ Entrevistas de Human Rights Watch con Gloria M, José C. Paz, provincia de Buenos Aires, 10 de marzo de 2010; Julia D., José C. Paz, provincia de Buenos Aires, 10 de marzo de 2010; Mariana F., Buenos Aires, 8 de marzo de 2010; y Claudia M., Buenos Aires, 9 de marzo de 2010.

⁵¹ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Natalia Rodríguez, abogada, Área de Derecho a la Salud e Integración Social, Defensoría del Pueblo, Buenos Aires, 15 de abril de 2010.

⁵² Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. José Lanés, Director, Hospital Dr. Juan A. Fernández, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁵³ Ley N.º 26.130, Contracepción quirúrgica, sancionada el 9 de agosto de 2006 y promulgada el 28 de agosto de 2006, Arts. 1-3: “ARTÍCULO 1º - Objeto. Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. ARTÍCULO 2º - Requisitos. Las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos contemplados por el artículo siguiente. ARTÍCULO 3º - Excepción. Cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquélla”.

derecho a la privacidad y el derecho a no ser discriminado en el acceso a la atención de la salud, y contraviene las pautas nacionales aplicables⁵⁴.

Human Rights Watch también documentó una historia de acoso sexual en un establecimiento de salud pública en la provincia de Buenos Aires. Mariana F. relató la experiencia de su hija de 27 años: “[Mi hija] se cuida con la inyección⁵⁵. Todos los meses iba a la salita del barrio. ... Este mes se fue a la salita a pedir su inyección ... y [el enfermero] la quiso manosear para darle la inyección. ... Ella le dijo: ‘yo no me voy a camear ni con vos ni con nadie para una inyección’”⁵⁶. Como resultado de este acoso, la hija de Mariana decidió dejar de asistir al centro de salud para recibir las inyecciones.

Denegación de abortos legales

Nadie lo quiere hacer, porque le van a llamar abortista, porque tienen miedo de lo que dirán, porque [piensan que] hay un juez por allí que luego te saca amparo, porque lo que sea. No hay una definición legal muy clara y algunos médicos no se quieren jugar.

—Dr. Daniel Lipchak, consultor del Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010⁵⁷.

En teoría, cualquier mujer o niña para quien el embarazo entrañe un riesgo para su salud física o psíquica o cuyo embarazo sea resultado de una violación tiene derecho a someterse a un aborto legal en la Argentina. Los proveedores médicos deben brindar el servicio en el momento en que sea solicitado, y deben interpretar la ley de la manera que resulte más favorable para los derechos humanos de la paciente⁵⁸.

⁵⁴ Ver Human Rights Watch, *Decisión prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina*, en particular la parte V sobre ligadura tubaria voluntaria, para consultar un debate exhaustivo sobre las obligaciones jurídicas internacionales de la Argentina que prohíben supeditar las decisiones de las mujeres sobre reproducción a la autorización masculina.

⁵⁵ Los métodos de control de natalidad hormonales incluyen pastillas anticonceptivas, implantes hormonales o inyecciones. El anticonceptivo inyectable más común es Depro-Proveram, una inyección intramuscular que se administra cada 12 semanas. Ver Robert A. Hatcher et al (eds.), *Contraceptive Technology* (Arden Media: Nueva York, 1998), 7.º Edición, pág. 467.

⁵⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Mariana F., Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁵⁷ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Daniel Lipchak, médico, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010.

⁵⁸ Ministerio de Salud de la Nación, “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”, pág. 14: “Favorabilidad: En caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación, debe adoptarse la interpretación o la aplicación que mejor se compadezca con los derechos de las mujeres.... Oportunidad: Los servicios de ANP deben prestarse en el momento en que las mujeres o quienes en cada caso se encuentren autorizados para requerirlo, soliciten la interrupción del embarazo”, pág. 14.

No obstante, en la práctica se llevan a cabo muy pocos abortos de esta naturaleza⁵⁹. Con frecuencia, las mujeres desconocen las circunstancias en las cuales podrían someterse legalmente a un aborto. Las pocas personas que sí solicitan abortos legales se enfrentan a procedimientos complejos y a la hostilidad de los proveedores en el sistema de salud y judicial. Si bien muchas mujeres embarazadas en situación de crisis acuden directamente a proveedores de servicios clandestinos, algunas recurren a los tribunales para exigir su derecho a la atención médica, con distinto grado de éxito, como se expone a continuación.

El resultado concreto de esto no es más que sufrimiento y, en ocasiones, muertes que podrían haberse evitado. El jefe del servicio de obstetricia de uno de los hospitales más grandes de la ciudad de Buenos Aires reflexionó al respecto:

Deben de haber muchas más mujeres que pueden tener un aborto no punible y lo hacen por su parte. ... Salvo el día de la mujer no le importa a nadie cuántas mujeres mueren [de un aborto inseguro] porque no mueren las mujeres con plata⁶⁰.

Falta de información

Pese a la claridad de las pautas federales sobre atención de abortos legales, existe confusión entre los proveedores de servicios y el público en general⁶¹. Human Rights Watch dialogó con siete proveedores de salud con vasta experiencia en el campo de la salud pública, y todos citaron una definición diferente del aborto legal en la Argentina. Las declaraciones formuladas por el Ministerio de Salud de la Nación —y retractadas

⁵⁹ Al igual que en otros países que penalizan el aborto en la mayoría de los casos, resulta sumamente difícil conseguir cifras precisas incluso sobre los abortos legales. En 2009, la Cámara de Senadores solicitó al Ministerio de Salud que presentara cifras tanto sobre abortos legales como ilegales. Según la secretaria de la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, esta información nunca fue proporcionada. Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Maricel Obon, secretaria permanente, Comisión de Salud y Deportes, Senado de la Nación, 28 de mayo de 2010.

⁶⁰ Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Alicia Lapídis, obstetra, Hospital Dr. Juan A. Fernández, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁶¹ Ministerio de Salud de la Nación, “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”, pág. 15: “DEFINICIONES Y PROCEDIMIENTOS 3.1. ABORTO NO PUNIBLE La presente Guía Técnica es de aplicación a las situaciones previstas por el artículo 86 del Código Penal de la Nación, norma que regula los casos en los que se autoriza el aborto eximiendo de pena al médico y a la mujer que lo llevan adelante. Una interpretación de este artículo en consonancia con los principios citados y las normas nacionales e internacionales mencionados en el acápite 2, establece que para el Código Penal de la Nación el profesional de la salud y la mujer no incurrir en delito de aborto en las siguientes situaciones: a. en casos de peligro para la vida de la mujer (artículo 86, inciso 1.º, Código Penal de la Nación), b. en los casos de peligro para la salud de la mujer (artículo 86, inciso 1.º, Código Penal de la Nación), c. cuando el embarazo sea producto de una violación (artículo 86, inciso 2.º, Código Penal de la Nación), d. cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2.º, Código Penal de la Nación). En este caso el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto. La interpretación de las causales de no punibilidad citadas debe realizarse a la luz de las normas constitucionales y de los tratados de derechos humanos de rango constitucional que reconocen los derechos a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación”.

inmediatamente— sobre las pautas federales en julio de 2010⁶² no hacen más que agudizar esta confusión.

Muy pocas de las mujeres que fueron entrevistadas sabían que el aborto puede ser legal en algunas circunstancias. A excepción de una mujer con una discapacidad física que limita gravemente su movilidad, ninguna de las mujeres entrevistadas que estaban amparadas por la posibilidad de aborto legal fueron informadas de ello por los proveedores médicos a los cuales acudieron en busca de ayuda.

Human Rights Watch dialogó con una mujer que se encontró en la absurda situación de tener que reiterar a su médica los consejos que esta le había proporcionado inicialmente. Silvia A., quien se enteró de que padecía una enfermedad renal grave durante su primer embarazo deseado, debió recordarle a su médica en el hospital público de la ciudad de Buenos Aires donde había dado a luz y donde recibe atención por su enfermedad renal, que otro embarazo podría llegar a ser fatal par ella:

Cuando le comenté [a mi doctora] que creía que estaba embarazada de nuevo ella se pone contenta, pero ella fue uno de los que me lo dijo [que no podía embarazarme]. ... Me dijo, vamos a luchar para seguir adelante con este bebé. ... Le dije, pero Ustedes me dijeron que no lo podía tener. ... Además porque tengo un bebé muy chiquito y no puedo complicarme más la salud, tengo que cuidarme. ... Ahora estoy cerca de diálisis y con un embarazo podría estar con el bolso de plástico [refiriéndose al diálisis]. ... Le dije, ¿vos me asegurás que con el embarazo no me afecta mi salud? ... Dijo no te puedo asegurar eso⁶³.

La médica insistió en que de todas maneras Silvia no podría tener acceso a un aborto legal en el hospital público. Posteriormente, la prueba de embarazo de Silvia tuvo resultado negativo, y no sabe si tuvo un aborto espontáneo o si nunca estuvo embarazada.

Procedimientos de acceso complejos

Las pautas sobre acceso al aborto legal, como las emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación en 2005 y publicadas nuevamente en 2007 y, en forma editada, en el 2010, pueden atenuar el padecimiento de algunas mujeres. Sin embargo, las investigaciones de Human

⁶² Ver antes notas 25-27 y texto correspondiente.

⁶³ Entrevista de Human Rights Watch con Silvia A., Buenos Aires, 9 de marzo de 2010.

Rights Watch indican que hasta el momento las pautas se implementan de manera selectiva y son ignoradas sistemáticamente. Asimismo, la experiencia de otros países con marcos normativos similares muestra que la criminalización general del aborto contribuye a la estigmatización de los servicios de aborto legal, aún si existen pautas⁶⁴.

Las pautas nacionales de la Argentina para la atención de abortos no punibles son sumamente explícitas en cuanto a los procedimientos que deben seguirse. En el caso de amenaza a la vida o salud de la paciente embarazada, un profesional médico calificado debería llevar a cabo los exámenes médicos necesarios —incluidas las pruebas psicológicas cuando está en riesgo es la salud mental de la paciente— y determinar la legalidad del aborto. En caso de violación, el médico debería solicitar una constancia de que se presentó una denuncia por violación ante la autoridad relevante o simplemente aceptar una declaración jurada de la mujer en la cual manifiesta que ha sido violada, y proceder a practicar la interrupción del embarazo sin esperar una autorización judicial ni los resultados de una investigación policial⁶⁵. Las pautas publicadas en 2010 advierten que la imposición de otros requisitos, como una autorización judicial previa o el requisito de que la mujer presente su caso ante un Comité de Ética, constituye una violación de su derecho a un aborto legal⁶⁶.

Las 23 provincias de la Argentina y la ciudad de Buenos Aires están facultadas por la Constitución a emitir sus propias pautas sobre la adecuada implementación de las leyes federales y provinciales, si bien estas pautas no pueden otorgar una protección menor a la garantizada por la ley federal. Al menos cinco provincias, al igual que la ciudad de Buenos Aires, han desarrollado pautas para la atención de abortos legales⁶⁷. En muchos casos, estas pautas establecen estándares explícitos acerca de cómo tomar la decisión de brindar estos servicios y cuál es el plazo para hacerlo.

En la ciudad de Buenos Aires, el Ministerio de Salud local ha incorporado el requisito de que los centros de salud con servicios de obstetricia y ginecología conformen un comité interdisciplinario encargado de supervisar las decisiones sobre aborto legal realizadas por

⁶⁴ Ver Human Rights Watch, *Víctimas por partida doble: Obstrucciones al aborto legal por violación en México*, marzo de 2006, Vol. 18, N.º 1(B); y Human Rights Watch, *Tengo derechos, y tengo derecho a saber: La falta de acceso al aborto terapéutico en el Perú*, julio de 2008, ISBN 1-56432-347-1.

⁶⁵ Ministerio de Salud de la Nación, “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”, pág. 16: “Para la constatación de los casos de violación o atentado al pudor cometido sobre mujer idiota o demente (artículo 86, inciso 2do. del CPN), el médico tratante deberá pedir que se le exhiba constancia de la denuncia policial o judicial de la violación o que la mujer suscriba una declaración jurada...”.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Entre estas provincias se incluyen Chubut, Neuquén, Santa Fe, Tierra del Fuego, La Pampa y la ciudad de Buenos Aires.

médicos en forma individual cuando estos lo soliciten⁶⁸. Hasta donde Human Rights Watch pudo comprobar, sólo uno de los 30 centros de salud públicos de la ciudad cumple con este requisito⁶⁹.

Más allá del procedimiento de autorización previsto en cada hospital, por lo general no se informa a las mujeres acerca de su derecho a un aborto legal ni de cómo proceder si optan por interrumpir legalmente un embarazo. Una destacada obstetra de uno de los hospitales públicos más grandes de la ciudad de Buenos Aires explicó cómo era el procedimiento en ese hospital y su efecto en las mujeres:

[Para un aborto no punible] tienen que ir muy temprano en el embarazo, porque eso sí va al Comité de Ética. ... [Los del Comité] lo discuten, que luego lo decidan los jefes, así que cuando se nos presenta con 14 semanas de gestación, ya es tarde. ...No se le va a poner piedras en el camino, pero de repente lo tenemos que convencer al Comité⁷⁰.

Según la ley y las pautas federales y locales, no se requiere que el comité de ética médica ni el comité interdisciplinario validen la decisión de un médico de realizar un aborto legal. Las pautas de la ciudad de Buenos Aires exigen al director del hospital confirmar el diagnóstico establecido por el médico⁷¹.

⁶⁸ Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Resolución 1174-MSGC-07, “Aprueba el procedimiento para la atención profesional de prácticas de abortos no punibles”. Anexo, párrs. 2 y 7. Párr. 2: “En los supuestos contemplados en los incisos 1 y 2 del artículo 86 del Código Penal los profesionales intervinientes, previa acreditación y cumplimiento de los recaudos exigidos en dicha norma y con el consentimiento informado sujeto a la normativa vigente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, efectuarán la práctica terapéutica para la interrupción del embarazo, conforme a las reglas del arte de curar, sin necesidad de requerir autorización judicial. En caso de considerarlo necesario el profesional podrá requerir la asistencia de un equipo interdisciplinario acorde a lo establecido en el capítulo IV del presente. ... Párr. 7. Todos los efectores del Subsector Estatal del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires que tengan servicios de tocoginecología deberán integrar equipos interdisciplinarios para la evaluación y contención de los casos que se presenten. Sólo intervendrán cuando el profesional interviniente considere necesario su opinión en virtud de las características del caso”. 2.

⁶⁹ La resolución hace referencia a los centros de salud con servicios de “tocoginecología”, que implica servicios de obstetricia y ginecología. Según el gobierno de la ciudad de Buenos Aires, son 30 los centros de salud que ofrecen estos servicios, y tres de ellos son hospitales. Ver

http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?redir=1&texto=tocoginecologia&pag=1&orden, consultado el 31 de mayo de 2010. Hay 15 hospitales que ofrecen servicios ginecológicos (pero no de obstetricia) que, por lo tanto, no se encuadrarían técnicamente en esta disposición de la resolución. Ver http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas_salud/index.php?idtema=1&idcomuna=&idbarrio=&idtipo=&texto=ginecologia&Buscar2=Buscar&redir=1, consultado el 31 de mayo de 2010.

⁷⁰ Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Alicia Lapídus, obstetra, Hospital Dr. A. Fernández, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁷¹ Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Resolución 1174-MSGC-07, “Aprueba el procedimiento para la atención profesional de prácticas de abortos no punibles”, anexo, párr. 8.

La misma obstetra de Buenos Aires citada precedentemente señaló que, en su experiencia, para que la petición prospere las consecuencias para la salud de llevar a término un embarazo deben suponer un riesgo para la vida de la mujer: “Dentro del hospital [la ley] se vuelve más estrecha, viene ser riesgo a la vida. ... La salud es tan subjetiva, allí tiene que venir de la paciente. ... Es una definición tan poco concreta, en un sistema hospitalario es más complicado”⁷².

Como muestra el caso de Silvia A., aún cuando la petición es formulada por la paciente, en algunos casos no se concede.

El Comité de Derechos Humanos de la ONU, el órgano encargado de supervisar la implementación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), ha advertido que la Argentina no facilita el acceso al aborto legal en el contexto del derecho a la vida y al goce igualitario de todos los derechos humanos. En marzo de 2010, el Comité emitió la siguiente declaración relativa a la Argentina:

El Comité expresa su preocupación por la legislación restrictiva del aborto contenida en el artículo 86 del Código Penal, así como por la inconsistente interpretación por parte de los tribunales de las causales de no punibilidad contenidas en dicho artículo (artículos 3 y 6 del Pacto). El Estado Parte debe modificar su legislación de forma que la misma ayude efectivamente a las mujeres a evitar embarazos no deseados y que éstas no tengan que recurrir a abortos clandestinos que podrían poner en peligro sus vidas. El Estado debe igualmente adoptar medidas para la capacitación de jueces y personal de salud sobre el alcance del artículo 86 del Código Penal⁷³.

Hostilidad por parte de los proveedores de servicios

La estigmatización generalizada del aborto contribuye a generar un clima en el cual los proveedores de la justicia y de servicios de la salud aparentemente consideran que están justificados al maltratar a las mismas mujeres que deberían ayudar. Mónica P., quien quedó embarazada luego de que su ex pareja ingresara por la fuerza a su departamento y la violara, relató a Human Rights Watch que cuando intentó obtener justicia por la violación e

⁷² Entrevista de Human Rights Watch con la Dra. Alicia Lapídis, obstetra, Hospital Dr. A. Fernández, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁷³ Comité de Derechos Humanos, “Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 40 del pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina”, CCPR/C/ARG/CO/4, 31 de marzo de 2010, párr. 13.

interrumpir el embarazo su pedido fue rechazado, se le negó ayuda y fue tratada con desconfianza.

Mónica primero había recurrido a la línea de ayuda contra la violencia del gobierno: “Le dije, no lo puedo tener porque me estoy volviendo loca. ... Antes de cortar me dijo, ‘pero el bebé no tiene la culpa’”. A continuación, Mónica intentó presentar una denuncia penal contra el agresor.

Fui sola a lo de la denuncia a las 3 de la mañana. ... Era un juez, la trabajadora social y la psicóloga. ... [La psicóloga] intentaba hacerme dejar al bebé [es decir, no abortar] y darme cuenta de que lo quería. ... El juez se fijó en mi ropa y dijo que no estaba afectada [por el asalto sexual, porque estaba bien vestida]. .. Fue el único día que me había vestido bien, ¡porque iba a ver al juez! ... Ellos estaban hablando sólo del aborto, en ningún momento me preguntaban de lo que me pasó [con respecto a la violación]. ... Eran mis palabras contras sus palabras, y en el informe [oficial] son todas sus palabras⁷⁴.

Mónica recibió asistencia de una organización local de derechos de las mujeres, que la ayudó a presentar su solicitud de aborto legal ante el hospital público donde había mayores posibilidades de que fuera aceptada. Sin embargo, incluso allí la primera reacción de los médicos fue ofrecerle dinero a Mónica para que se sometiera a un aborto legal en una clínica privada, en lugar de hacerlo en el hospital⁷⁵. Finalmente, Mónica pudo obtener un aborto legal en un hospital público, pero la intervención nunca se registró como un aborto legal.

Algunos proveedores de la salud se muestran especialmente hostiles ante mujeres que sospechan que se han sometido a abortos ilegales. Mariana F. relató a Human Rights Watch el maltrato que recibió en un hospital público de la provincia de Buenos Aires en 2004 luego de sufrir un aborto espontáneo:

El médico me había dicho que tenía que estar con reposo absoluto para el embarazo, pero yo tenía que seguir trabajando sí o sí. ... Cuando me di cuenta [de que estaba teniendo un aborto espontáneo], tenía el feto casi

⁷⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Mónica P., Buenos Aires, 9 de marzo de 2010.

⁷⁵ Entrevista de Human Rights Watch con [abogada que tuvo participación en el caso de Mónica], Buenos Aires, 9 de marzo de 2010.

afuera. ... Me fui al hospital de Moreno. ... Me atienden, viene la partera, me empieza a gritar, de si me había metido perejil, si me había metido algo, si me había metido una aguja de tejer.... Era un embarazo buscado, me puse a llorar. Me dijo si lloraba porque me arrepentía de lo que había hecho⁷⁶.

Mariana se sintió agredida y maltratada: “¿Por qué tienen que tener esa mentalidad, de que si vos perdiste una criatura, vos lo provocaste?”⁷⁷.

Patricia G., también en la provincia de Buenos Aires, había presenciado en 2009 como una adolescente recibía un trato similar: “Cuando estaba embarazada [el año pasado] llegó una niña que había abortado.... Le dijeron qué hiciste, qué tomaste ... Te hablan mal. ... A los gritos... La dejaron sufriendo”⁷⁸.

Muchas de las personas entrevistadas —usuarios de servicios, miembros de la sociedad civil y proveedores médicos— se refirieron a la existencia de “servicios amigables” como una solución para el abuso que reciben algunas mujeres en los centros de salud públicos. En la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, muchos de los entrevistados mencionaron a un hospital en particular como el lugar al cual convenía acudir si se denegaba la atención en otros centros: “Dicen pero si derivamos al Hospital Álvarez”, afirmó Natalia Rodríguez de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, en alusión a la respuesta de los directores de hospitales que no quieren practicar la ligadura de trompas⁷⁹. El jefe de la guardia de maternidad del Hospital Dr. T. Álvarez confirmó que el hospital recibe numerosos pacientes de otros hospitales, tanto en casos de ligadura de trompas como de aborto legal:

Tenés a muchas pacientes que llegan acá [al Hospital Dr. T. Álvarez] porque ni siquiera le hacen la ligadura de trompas en otros lugares. Mucho menos van a hacer un aborto no punible...⁸⁰

Si bien la derivación de pacientes a un hospital donde es menos probable que se deniegue la atención resuelve los problemas de algunas personas, esto no contribuye a fortalecer el cumplimiento de la ley en general. Como señaló Natalia Rodríguez de la Defensoría del

⁷⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Mariana F., Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁷⁷ *Ibíd.*

⁷⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Patricia G., José C. Paz, provincia de Buenos Aires, 10 de marzo de 2010.

⁷⁹ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Natalia Rodríguez, abogada, Área de Derecho a la Salud e Integración Social, Defensoría del Pueblo, Buenos Aires, 15 de abril de 2010.

⁸⁰ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Marcelo Guz, jefe de unidad, Guardia de Maternidad, Hospital Dr. T. Álvarez, Buenos Aires, 5 de marzo de 2010.

Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires: “No tienen que existir servicios ‘amigables’. Todos los servicios tienen que cumplir con la ley... Lo que hace es seguir naturalizando que hay hospitales donde la ley no se cumple”⁸¹.

Aborto y anticoncepción en los tribunales

La implementación irregular de las pautas, sumada a las disposiciones penales sobre servicios de salud que no son interpretadas de manera uniforme por los profesionales del ámbito legal y la medicina, han permitido que se acuda en forma generalizada a los tribunales para que autoricen servicios de salud que, en principio, serían totalmente lícitos. Algunos médicos y directores de hospitales se muestran especialmente renuentes a practicar procedimientos de esterilización voluntaria o vasectomías, así como abortos en casos en que se encuentra en riesgo la vida o salud de la mujer embarazada o cuando el embarazo es el resultado de una violación, en particular si la víctima de la violación no padece una incapacidad mental ni es menor⁸². Como resultado, muchos de estos casos llegan a la justicia, ya sea porque los médicos o los hospitales solicitan la autorización judicial en lugar de directamente denegar los servicios, porque se deniega atención a determinadas personas y sus familiares solicitan la ayuda del sistema judicial para que se brinde compulsivamente la atención, o bien porque los fiscales espontáneamente interponen amparos para impedir que se realicen abortos legales⁸³.

Pareciera que cuanto más clara es la ley, menor es la intervención de los tribunales. Natalia Rodríguez, de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, comentó a Human Rights Watch que la defensoría había recibido muchas más denuncias por exceso de judicialización y denegación de prácticas de esterilización legal (ligadura de trompas y vasectomía) antes de la sanción de la ley que permitió expresamente estas prácticas⁸⁴.

⁸¹ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Natalia Rodríguez, abogada, Área de Derecho a la Salud e Integración Social, Defensoría del Pueblo, Buenos Aires, 15 de abril de 2010.

⁸² La guía sobre abortos no punibles del Ministerio de Salud de la Nación de 2010 hace referencia a los numerosos obstáculos que afrontan las mujeres y niñas que intentan acceder a estos servicios, que incluyen a menudo casos de “violencia institucional”. Ministerio de Salud de la Nación, “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”, pág. 15. Ver también supra nota al pie 58 y texto correspondiente.

⁸³ Mariana Carbajal, *El Aborto en Debate: Aportes para una Discusión Pendiente*, (Paidós: Buenos Aires, 2009), págs. 138-154: “La Historia de L.M.R. Un Caso Emblemático”. L.M.R. era una joven de 19 años oriunda de la provincia de Buenos Aires que padecía una grave discapacidad mental y quedó embarazada en 2006 como resultado de una violación. Luego de que la justicia se pronunciara en distintos sentidos respecto de la legalidad de la interrupción de su embarazo, L.M.R. consiguió que la Corte Suprema de la provincia autorizara el aborto un mes y medio después de que presentó la denuncia de violación. Pese a esto, el hospital público le denegó la atención que por derecho le correspondía y tuvo que recurrir a una clínica privada y pagar para que se practicara el aborto.

⁸⁴ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Natalia Rodríguez, abogada, Área de Derecho a la Salud e Integración Social, Defensoría del Pueblo, Buenos Aires, 15 de abril de 2010.

No obstante, independientemente del grado de especificación de la norma, los proveedores médicos se muestran poco dispuestos a brindar algunos servicios legales, especialmente el aborto legal. Por ejemplo, en muchos casos se pidió a la justicia que autorizara (o esta se propuso impedirlo por propia iniciativa) la interrupción de embarazos de menores con discapacidades cognitivas que habían sido víctimas de violación, pese a que estos supuestos se encuadran claramente incluso en la interpretación más restrictiva del Código Penal⁸⁵.

Esta judicialización excesiva de servicios que son legales responde a dos razones principales. La primera es que los médicos temen las consecuencias sociales y jurídicas que puede traer aparejadas la prestación de determinados servicios, en particular los abortos. La segunda es que muchos médicos todavía desconocen la ley. El Dr. José Lanés, director de uno de los principales hospitales de la ciudad de Buenos Aires, expresó su visión de la ley a Human Rights Watch y mostró una clara inclinación a recurrir al esclarecimiento de los tribunales: “La decisión es una decisión medica, cuando lo que llamaríamos el aborto terapéutico. ... Si es por violencia o es una menor, pasa por un juez”⁸⁶.

Independientemente de las razones de la judicialización excesiva, las consecuencias para mujeres y niñas se traducen en graves demoras o directamente en la denegación de un derecho que les corresponde. Paola Ferro, titular del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, reconoció que las demoras —que en algunos casos llegan a varias semanas— a menudo se relacionan con la equivocada judicialización del acceso al aborto legal, ya que una vez que un caso llega a los tribunales, los médicos creen que tienen que esperar la decisión de la justicia para brindar una atención que podrían haber prestado legalmente sin demoras⁸⁷. Silvia Oizerovich, codirectora de un programa que brinda servicios de salud reproductiva en la ciudad de Buenos Aires, expresó su preocupación: “[Los médicos] no entienden que un aborto no punible no se necesita judicializar, y no lo hacen [no hacen el aborto]. ... A veces ni una vasectomía hacen”⁸⁸.

⁸⁵ Ver Mariana Carbajal, *El Aborto en Debate: Aportes para una Discusión Pendiente*, (Paidós: Buenos Aires, 2009), págs. 135-200 (“El aborto en primera persona”; “Aborto, entre la legalidad y los derechos de las argentinas”, CIMAC noticias, 28 de septiembre de 2006, <http://www.cimacnoticias.com/site/06092801-Aborto-entre-la-le.1264.o.html>, consultado el 15 de junio de 2010; y “Otro pedido de aborto para una discapacitada”, La Nación, 18 de agosto de 2006, http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=832494, consultado el 15 de junio de 2010.

⁸⁶ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. José Lanés, director, Hospital Dr. Juan A. Fernández, Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁸⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Ferro, directora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010.

⁸⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Silvia Oizerovich, codirectora, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010.

Las consiguientes demoras pueden tener consecuencias para la salud de las mujeres o niñas embarazadas. En general, el aborto es un procedimiento médico seguro si se practica en condiciones adecuadas. El período más seguro para realizarlo es durante las primeras ocho semanas del embarazo. A medida que avanza el embarazo, “[e]l riesgo relativo de muerte como consecuencia del aborto se duplica aproximadamente cada 2 semanas luego de la octava semana de gestación”⁸⁹.

Se ignora a sectores interesados clave

Las dificultades generales del acceso a servicios de salud reproductiva son aún más significativas para dos sectores interesados clave: las adolescentes y las mujeres con discapacidad. En el caso de las adolescentes, el principal problema es el de la implementación y supervisión laxas. Para las mujeres con discapacidad, la situación es incluso peor: sus necesidades y dificultades adicionales en el acceso a servicios e información directamente son ignoradas. Gabriela Perrotta, codirectora del Programa de Salud Sexual en la ciudad de Buenos Aires, reconoció: “Allí tenemos un vacío”⁹⁰.

Jóvenes adolescentes

La actividad sexual precoz y el embarazo durante la adolescencia son un grave problema de salud pública en toda América Latina, y Argentina no es la excepción. En la Argentina, la edad promedio de iniciación sexual es a los 15 años para las jóvenes y a los 16 en el caso de los varones, y si bien los índices de fertilidad adolescente parecen haber decrecido desde 1980 como cifra nacional, continúan incrementándose dramáticamente en las provincias más pobres y entre las jóvenes con los niveles más bajos de educación⁹¹. El embarazo adolescente prevalece especialmente entre quienes dependen exclusivamente del sistema de salud público para recibir atención, lo cual indica una posible falta de medidas de prevención y señala claramente la importancia de que las madres adolescentes reciban atención y cuidados adecuados del estado⁹².

⁸⁹ F. Gary Cunningham, Kenneth L. Leveno et al, *Williams Obstetrics* 23rd Edition (McGraw-Hill: 2005) ISBN 978-0-07-149701-5, capítulo 9, original en inglés, traducción de Human Rights Watch.

⁹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Gabriela Perrotta, codirectora del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010.

⁹¹ María Cecilia Tosi, “Sexualidad adolescente: la edad de la desinhibición”, *La Nación* (Buenos Aires), 2 de diciembre de 2007; Edith Alejandra Pantelices y Georgina Binstock, “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI”, *Revista Argentina de Sociología*, Año 5 N.º 9, ISSN 1667-9261 (2007), págs. 24-43.

⁹² Edith Alejandra Pantelices y Georgina Binstock, “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI”, *Revista Argentina de Sociología*, Año 5 N.º 9, ISSN 1667-9261 (2007), págs. 27-28.

En principio, la Argentina ha adoptado un enfoque relativamente integral de la sexualidad adolescente. Las leyes y políticas aplicables indican la necesidad de incluir a todos los niños como beneficiarios de programas de salud sexual y reproductiva⁹³. En 2007, el Ministerio de Salud de la Nación creó un programa de salud integral para adolescentes⁹⁴. Asimismo, la reglamentación vinculada con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable intenta encontrar un equilibrio entre la necesidad de los adolescentes mayores de contar con acceso independiente a la atención y la necesidad de asegurar un apoyo adecuado para las niñas más jóvenes. Las niñas mayores de 14 años tienen derecho a recibir y acceder a atención de la salud sexual y reproductiva sin la compañía de un adulto, y la ley establece expresamente que la presencia de un adulto únicamente se requiere cuando los adolescentes menores de 14 años necesiten algún método anticonceptivo que no sean preservativos⁹⁵.

Human Rights Watch entrevistó a varios proveedores de servicios y padres que expresaron una profunda preocupación por la atención de la salud sexual que actualmente se brinda a los adolescentes.

Algunas de las inquietudes se relacionaban con una interpretación excesivamente amplia de la cláusula que exige la supervisión de un adulto cuando las adolescentes menores de 14 años visitan centros de salud. La reglamentación dispone que no es necesario que el adulto sea uno de los padres del menor, y que su presencia sólo se requiere cuando se indiquen anticonceptivos que no sean preservativos. Sin embargo, los profesionales de la salud y los usuarios de la atención de la salud entrevistados por Human Rights Watch se mostraron confundidos en este aspecto. Una trabajadora social de la provincia de Buenos Aires con

⁹³ Ministerio de Salud de la Nación, “REGLAMENTACION DE LA LEY N.º 25.673”, art. 4: “A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considérese al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable”.

⁹⁴ Ministerio de Salud de la Nación, “Resolución Ministerial N.º 619/2007. Crea el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia”, 10 de mayo de 2007.

⁹⁵ Ver nota al pie 87 más arriba. La ley no ofrece criterios sobre la necesidad de procurar que un adulto supervise las decisiones de los adolescentes sobre aborto, lo cual en teoría podría ser problemático cuando la vida o la salud de una joven adolescente se encuentre en grave riesgo como resultado del embarazo y, según la ley, estaría amparada por el derecho a someterse a un aborto legal si decidiera hacerlo. No obstante, el acceso al aborto legal está gravemente restringido para todas las mujeres embarazadas, ya sean adultas o niñas.

más de una década de experiencia en salud sexual y reproductiva explicó a Human Rights Watch que, en su experiencia, la mayoría de las adolescentes argentinas no quieren pedir ayuda a sus padres para conseguir métodos anticonceptivos y, por lo tanto, no acuden a centros de salud. Comentó que las jóvenes menores de 14 años se encontraban desprotegidas debido a la creencia de que la ley exige la presencia de los padres. “Al no haber una ley que proteja al médico [en la provisión de servicios a jóvenes de menos de 14 años sin presencia de los padres], siempre va a haber un problema”⁹⁶.

Varios funcionarios de ONG señalaron a Human Rights Watch que muchas adolescentes, independientemente de su edad o la supervisión de adultos, se enfrentan a serios obstáculos al intentar acceder a los servicios de salud reproductiva que necesitan. Muchos centros de salud son renuentes a prestar servicios incluso a jóvenes mayores de 14 años sin la presencia de un padre, como lo evidenció un estudio sobre acceso adolescente a los servicios de salud reproductiva publicado en 2008 por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales, una organización no gubernamental marco creada para monitorear el acceso a la salud reproductiva en la Argentina⁹⁷. El estudio examina el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos y la educación sexual en varias provincias de la Argentina, y concluye que en muchos casos el acceso depende de la actitud y la buena voluntad de los proveedores médicos, más allá de la ley⁹⁸.

“En todas las disposiciones legales está puesto que desde los 14 años se tienen que atender [sin adultos] ... Pero en muchos casos no se da”, afirmó Martha Rosenberg, coordinadora del CoNDeRS⁹⁹. Rosenberg señaló asimismo que algunas jóvenes menores de 13 años tampoco recibían métodos anticonceptivos, incluso con la supervisión de los padres. Human Rights Watch documentó uno de estos casos.

Mariana F., una mujer de 46 años que vive en la provincia de Buenos Aires, relató a Human Rights Watch que su vecina de 13 años ya convivía con su novio en la casa de su madre. Sin embargo, cuando se acercó al centro de salud junto con su madre para recibir anticoncepción hormonal, se le denegó la atención: “El ginecólogo le dijo que no, que muy

⁹⁶ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con [nombre reservado], trabajadora social, provincia de Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

⁹⁷ Alejandra Brener y Gabriela Ramos, *La Adolescencia: Sus Derechos y Sus Prácticas de Sexualidad Saludable*, (CoNDeRS: Buenos Aires, 2008), ISBN 978-987-24407-1-8.

⁹⁸ *Ibíd.*, págs. 15-17.

⁹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Martha Rosenberg, coordinadora de CoNDeRS, Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales, Buenos Aires, 11 de marzo de 2010.

chiquita. ... Que no le podía dar anticonceptivo a los 13 años, que los padres estaban mal de ponerse de acuerdo para que se junten”¹⁰⁰.

Otra cuestión planteada frecuentemente por los entrevistados fue que prácticamente no existen medidas para prevenir los embarazos no deseados entre las adolescentes, por ejemplo a través de educación sexual que permita postergar en el tiempo la iniciación sexual y promover la igualdad de géneros en general. La trabajadora social de la provincia de Buenos Aires se lamentó:

Cuando ni siquiera para atender las urgencias tenés personal, bastante más difícil de prevenir. ... Eso implicaría por lo menos el triple de trabajadoras sociales de las que se tienen. ... Con una sola trabajadora social por unidad sanitaria... tomamos el caso cuando ya están embarazadas [las adolescentes], no llegás nunca a prevenir eso¹⁰¹.

Muchas de estas inquietudes se reflejaron en un estudio desarrollado por una organización no gubernamental en un sector en particular de la provincia de Buenos Aires en agosto de 2008. El estudio consistió en entrevistar a profesionales de la salud de los 16 centros de salud del municipio de San Miguel, la mayoría de los cuales señalaron que el 95 por ciento de los embarazos adolescentes en esa localidad eran no deseados. Algunos de los centros atendían a las adolescentes sin la supervisión de un adulto, otros exigían esta supervisión y en uno los padres debían estar presentes “por una cuestión de seguridad para el profesional”¹⁰².

Paola Ferro, titular del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, comentó a Human Rights Watch que incluso durante el embarazo las adolescentes no siempre reciben la atención especializada que por derecho les corresponde, como cuidados prenatales específicos para su edad: “El problema es que cuando ingresa una adolescente, siendo madre, entra en otra lógica del sistema, no se trata como adolescente sino como madre”¹⁰³.

¹⁰⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Mariana F., Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

¹⁰¹ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con [nombre reservado], trabajadora social, provincia de Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.

¹⁰² CESPPEHD, “Informe sobre el funcionamiento del programa nacional de salud sexual y reproductiva, programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable, ley 26.130 sobre ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, protocolo de atención post aborto. Centros de Atención Primaria del Partido de San Miguel, año 2008”, en los registros de Human Rights Watch, pág. 4.

¹⁰³ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Ferro, directora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010.

El Comité de los Derechos del Niño (CRC), que supervisa la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño, y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), que supervisa la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han puesto especial énfasis en el contenido sexual y reproductivo del derecho a la salud de los adolescentes¹⁰⁴. El Comité sobre los Derechos del Niño ha especificado que “las [adolescentes] que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares”¹⁰⁵.

Asimismo, el CRC ha señalado que si bien el rol de los padres o tutores es fundamental para generar un entorno de confianza y seguridad en el cual los adolescentes puedan ejercer su derecho a la salud, debe prevalecer el interés superior del niño¹⁰⁶. El Comité ha sido especialmente explícito con respecto al acceso a la información en este sentido:

[L]os Estados Partes deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, *independientemente de... que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores*¹⁰⁷.

El Comité también señaló la necesidad de que los estados adopten garantías legales que aseguren “la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres”¹⁰⁸.

Si bien las reglamentaciones argentinas reflejan esta concepción del derecho de los adolescentes de acceder a tratamiento médico e información sobre anticonceptivos con o

¹⁰⁴ Convención sobre los Derechos del Niño, Res. Asamblea General 44/25, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990 y ratificada por la Argentina el 4 de diciembre de 1990; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Res. Asamblea General 2200A (XXI), en vigor desde el 3 de enero de 1976, y ratificado por la Argentina el 8 de agosto de 1986; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Observaciones Generales), Observación General N.º 14”, 11 de agosto de 2000, *Doc. de la ONU E/C.12/2000/4*, párr. 23; y Comité de los Derechos del Niño, “Observación General N.º 4 (2003), La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, 1 de julio de 2003, *Doc. de la ONU CRC/GC/2003/4*, en particular párrs. 16, 26, 28, 30, 31, 39(c) y 40(a).

¹⁰⁵ Comité de los Derechos del Niño, “Observación General N.º 4 (2003), La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, 1 de julio de 2003, *Doc. de la ONU CRC/GC/2003/4*, párr. 31.

¹⁰⁶ *Ibíd.*, párr. 32.

¹⁰⁷ *Ibíd.*, párr. 28 (énfasis de Human Rights Watch).

¹⁰⁸ Comité de los Derechos del Niño, “Observación General N.º 4 (2003), La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, 1 de julio de 2003, *Doc. de la ONU CRC/GC/2003/4*, párr. 9.

sin el consentimiento de sus padres, no sucede lo mismo con la interpretación ni la implementación de estas reglamentaciones en la práctica.

Mujeres con discapacidad

Las mujeres y niñas con discapacidad son prácticamente invisibles para el sistema de salud reproductiva. Esta invisibilidad se refleja en la falta de medidas logísticas que permitan garantizar el acceso de las mujeres y niñas con discapacidad al sistema. El acceso a servicios e información ya es complejo para las personas que no sufren ninguna discapacidad, y puede ser casi imposible para quienes presentan alguna discapacidad física, en especial si provienen de entornos de bajos recursos. “Es muy complicado”, manifestó Verónica González, una periodista y activista en derechos de discapacidad. “No se produce la información accesible. ... Ni de anticonceptivos, ni de VIH.... Si estamos hablando de mujeres con discapacidad física, muy probablemente se les dificulta llegar al hospital... por las dificultadas arquitectónicas”¹⁰⁹.

Además de la ausencia de medidas logísticas, aún subsisten diversos mitos y estereotipos sobre la vida sexual y capacidad reproductiva de las mujeres con discapacidades tanto físicas como mentales. “Todo lo que tiene que ver con el sexo [para las personas con discapacidad] es tema tabú”, afirmó Silvia Valori, una activista en derechos de discapacidad¹¹⁰. Verónica González coincidió con este argumento: “Un padre con una nena con síndrome Down [por ejemplo] ... va a decir ... no tiene hijos, no tiene aborto... No tiene ni relaciones sexuales. ... Te infantilizan”¹¹¹. González comentó a Human Rights Watch que algunos médicos pensaban que era incapaz de acordarse de tomar su pastilla anticonceptiva diariamente porque es no vidente. Relató asimismo el testimonio de una amiga cercana, también no vidente, a quien personal del hospital donde dio a luz le dijo que no sería capaz de cuidar de su bebé debido a su ceguera. González afirmó que esta infantilización había afectado profundamente a su amiga: “La doctora, en vez de darle confianza, la alejó de la nena. Sumado a una familia sobreprotectora, un cóctel explosivo”¹¹².

¹⁰⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Verónica González, periodista, Buenos Aires, 5 de marzo de 2010.

¹¹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Silvia Valori, activista en derechos de las personas con discapacidad, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010.

¹¹¹ Entrevista de Human Rights Watch con Verónica González, periodista, Buenos Aires, 5 de marzo de 2010.

¹¹² Mensaje de correo electrónico enviado por Verónica González, periodista, a Human Rights Watch, Buenos Aires, 25 de febrero de 2010.

A veces los mitos pueden convertirse en una curiosidad morbosa, que se percibe como una invasión a la privacidad. “A una amiga en silla de ruedas le preguntaron cómo hizo para tener sus hijos”, relató González¹¹³.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que fue ratificada por la Argentina en 2008, reconoce expresamente que las mujeres con discapacidad se enfrentan a múltiples formas de discriminación, e impone a los estados parte la obligación de garantizar que todas las personas con discapacidad puedan ejercer efectivamente su derecho a “decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro... tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad y [que] se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”¹¹⁴. La Convención dispone asimismo que los estados parte deben “proporciona[r] a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos y a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”¹¹⁵.

La Argentina no cuenta con estructuras que garanticen el cumplimiento sistemático de estos derechos. El país adoptó en 1981 una ley que crea un Sistema de protección integral de las personas discapacitadas, y cuyo principal objetivo es incluir a las personas con discapacidad en los esquemas de protección social existentes, como los jubilatorios y de seguridad social, e incorporar la rehabilitación de personas con discapacidades físicas al conjunto de las prestaciones que componen la atención médica básica¹¹⁶. En 2010 se dictaron nuevas reglamentaciones de esta ley como parte del plan del gobierno para implementar las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que apuntaban específicamente a incorporar un mayor porcentaje de personas con discapacidad entre los funcionarios públicos y los empleados del gobierno¹¹⁷.

Ni la ley ni la reglamentación mencionan las necesidades de salud reproductiva y sexual de las mujeres con discapacidad.

¹¹³ *Ibíd.*

¹¹⁴ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Doc. de la ONU A/61/611, en vigor desde el 3 de mayo de 2008 y ratificada por la Argentina el 2 de septiembre de 2008. La Argentina también ratificó el Protocolo Facultativo de esta Convención el 2 de septiembre de 2008; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 6 y 23(b).

¹¹⁵ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25(a).

¹¹⁶ Ley Nacional N.º 22.431, Sistema de protección integral de las personas discapacitadas, sancionada el 16 de marzo de 1981, promulgada el 16 de marzo de 1981.

¹¹⁷ Reglamentación de la Ley N.º 22.431, sancionada el 2 de marzo de 2010.

III. Falta de rendición de cuentas

Hay que responsabilizar a todo el mundo, centralizar la reglamentación, porque si no, cada uno está por su lado, y los otros miran al otro lado.

—Dra. Diana Galimberti, directora de un hospital público en la ciudad de Buenos Aires¹¹⁸.

Si bien el marco jurídico y político argentino no es completamente compatible con las obligaciones jurídicas internacionales en materia de derechos humanos asumidas por el país, si se implementara, permitiría lograr avances significativos en la protección de los derechos de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas. Sin embargo, este marco pocas veces se cumple.

Una de las razones clave de esto es la falta de supervisión y rendición de cuentas efectivas. Los datos sobre efectividad e implementación de los programas son recabados al azar, y son escasos o nulos los recursos que se destinan a procesar esta información. Quienes cumplen la ley e implementan los programas no siempre reciben apoyo, y quienes incumplen pocas veces reciben sanciones. De hecho, las investigaciones de Human Rights Watch sugieren que el estado argentino incumple en todos los niveles su obligación de rendir cuentas sobre sus acciones para cumplir con los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas.

Recolección de datos y supervisión irregular a nivel programático

La rendición de cuentas respecto del funcionamiento del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable debería incluir una evaluación acerca de si los recursos destinados a este tipo de programas a nivel nacional y provincial se utilizan efectivamente para los fines previstos. Esta evaluación también debería analizar si los recursos se utilizan para beneficiar a quienes más los necesitan. En este sentido, la rendición de cuentas promueve la responsabilidad fiscal y garantiza el goce efectivo de los derechos.

La supervisión y la rendición de cuentas programáticas están estrechamente vinculadas con la obtención de datos: si el Ministerio de Salud de la Nación no reúne información sobre el uso y los resultados de sus actividades, no puede saber si sus programas son efectivos o si

¹¹⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Diana Galimberti, Directora, Hospital Dr. T. Álvarez, Buenos Aires, 5 de marzo de 2010.

acaso están siendo implementados. En la Argentina, existe una marcada tendencia a no reunir información pertinente sobre servicios e indicadores de atención de la salud reproductiva ni procesar la información recabada. “Hay datos de los centros de salud, pero no hay de los hospitales”, manifestó Silvia Oizerovich, una de las codirectoras del programa de salud sexual de la ciudad de Buenos Aires¹¹⁹. Gabriela Perrotta, la otra codirectora, expresó que otro problema era que, ante la falta de personal, los datos existentes resultaban inútiles: “Hace tres años que no tenemos personal para entrar los datos en el sistema”¹²⁰.

Human Rights Watch entrevistó a varios activistas, funcionarios gubernamentales y proveedores de servicios, quienes señalaron que la información recabada por el estado sobre el uso de recursos estatales era gravemente deficiente y obstaculizaba una efectiva supervisión y rendición de cuentas.

Uno de los problemas clave de la información recabada por el Ministerio de Salud de la Nación es que no incluye al sistema de salud privado ni las actividades emprendidas bajo la dependencia de los gobiernos provinciales. Esto se traduce en una planificación deficiente y contribuye a generar los problemas de distribución mencionados anteriormente. Paola Ferro, responsable de la implementación del Programa Nacional del Ministerio de Salud de la Nación comentó a Human Rights Watch que la única información exigida por el ministerio era un conteo de la cantidad de anticonceptivos, clasificados por tipo de método, que el gobierno federal entregaba a las provincias: “Distribuyen lo que compran ellos [los gobiernos provinciales] como quieren, pero lo que mandamos, tienen que darnos cuenta de cómo lo usan”¹²¹. Dado que muchas provincias financian gran parte de la provisión de anticonceptivos con su propio presupuesto —especialmente desde la crisis de la distribución en 2008— el conteo de los anticonceptivos adquiridos por el gobierno federal no puede siquiera ofrecer un panorama precario de la necesidad y el uso de anticonceptivos en todo el país¹²². Como resultado, el Ministerio de Salud de la Nación lleva a cabo un

¹¹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Silvia Oizerovich, codirectora, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010. Si bien no hay cifras exactas, algunos observadores señalan que posiblemente sean muchas más las mujeres que reciben atención en los hospitales que en los centros de salud de la ciudad de Buenos Aires. Esto se debe además a que los hospitales de la ciudad de Buenos Aires reciben a mujeres de la provincia de Buenos Aires que se trasladan hasta estos hospitales con mayor facilidad y más rápido que a los hospitales dentro de la provincia.

¹²⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Gabriela Perrotta, codirectora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, 4 de marzo de 2010.

¹²¹ Entrevista de Human Rights Watch con Paola Ferro, directora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 3 de marzo de 2010.

¹²² Mariana Carbajal, “Anticonceptivos con marca estatal”, *Página 12*, 10 de marzo de 2009. Ver también la sección anterior sobre problemas de suministro y falta de apoyo político en la pág. 15.

control inadecuado del acceso universal a los métodos anticonceptivos modernos, uno de los objetivos clave del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Otro problema clave de los datos reunidos por el Ministerio de Salud de la Nación es que no necesariamente brindan la información necesaria para evaluar los avances en el cumplimiento de los objetivos del programa. Por ejemplo, incluso un conteo exhaustivo de la cantidad de anticonceptivos distribuidos y utilizados en todo el país no permitiría medir la efectividad del acceso a la anticoncepción. Christian Gruenberg, un abogado que ha estudiado las medidas de rendición de cuenta aplicables a las políticas sociales dirigidas a mujeres en la Argentina, comentó a Human Rights Watch que la contabilización de los anticonceptivos era un método engañoso:

El ministerio nacional compara el número de métodos anticonceptivos que mandan a las provincias con el número distribuido en las salitas, restan uno del otro, y dan cuenta de lo que les resta. ... Pero no miran el hecho de que en algunas salitas los anticonceptivos están bajo llave en el sótano, o que las mujeres sólo tienen acceso cada dos semanas¹²³.

Algunas organizaciones no gubernamentales hicieron notar su frustración ante la falta de supervisión programática directa y transparencia. Martha Rosenberg de CoNDeRS, una coalición nacional de ONG que monitorean la implementación de la ley sobre salud sexual, señaló que el Ministerio de Salud de la Nación parecía abordar el programa como si se tratara de una cuestión teórica en lugar de una cuestión práctica con consecuencias reales para la rendición de cuentas:

El ministerio [de salud] tendría que presentar un informe anual [de implementación]. .. Hay informes de ONG, de grupos de mujeres, de grupos de derechos humanos, pero no del Estado. ... No interpelan, no registran que en tal provincia murieron tantas mujeres de aborto [inseguro], ¿y que hizo el ministerio para impedirlo? ... Hay un muy alto nivel de abstracción¹²⁴.

Por ejemplo, mientras el Ministerio de Salud publica estadísticas generales sobre la cantidad de mujeres en edad fértil, natalidad y mortalidad materna por causas directas e

¹²³ Entrevista de Human Rights Watch con Christian Gruenberg, abogado de Lesbianas y Feministas por la Despenalización del Aborto, Buenos Aires, 9 de marzo de 2010.

¹²⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Martha Rosenberg, coordinadora de CoNDeRS, Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales, Buenos Aires, 11 de marzo de 2010.

indirectas en su sitio web, la información es desactualizada, de carácter general y no indica al aborto inseguro como una causa específica de mortalidad materna¹²⁵.

El Ministerio de Salud de la Nación no cuenta con una estructura de apoyo que pueda facilitar el tipo de supervisión y la rendición de cuentas transparente y exhaustiva que sugiere Rosenberg. Entre otras estructuras de rendición de cuentas, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable cuenta en principio con un Consejo Asesor creado por resolución ministerial en enero de 2007¹²⁶. Originalmente, este consejo estaba integrado por 10 expertos de ONG, organismos de la ONU, instituciones de salud pública y académicos encargados de reunir, analizar y facilitar el intercambio de información sobre salud sexual y reproductiva para mejorar el funcionamiento del programa.

Uno de los actuales miembros del Consejo comentó a Human Rights Watch que este se reunió mensualmente durante 2007, pero que luego de 2008 las reuniones pasaron a ser menos frecuentes y periódicas, y se centraron en la problemática situación de la provisión y distribución de anticonceptivos que persistió durante ese año¹²⁷. Otro miembro del Consejo afirmó que si bien había tenido un rol consultivo clave en el desarrollo de pautas y normas sobre anticoncepción de emergencia y ligadura de trompas durante 2007, a partir del nuevo gobierno en 2008 se restó importancia al programa y se mantuvo al margen tanto al Consejo como a sus opiniones¹²⁸.

El Consejo fue reactivado a mediados de 2009, y el número de miembros se amplió a 19. Sin embargo, opera sin presupuesto y no depende directamente del Ministro de Salud ni del Viceministro a cargo de salud materna. Asimismo, el rol del Consejo se ha limitado a transmitir información en lugar de ofrecer aportes estratégicos, como se lo concibió inicialmente¹²⁹. A su vez, esta transmisión de información no se ha traducido en la elaboración de informes anuales transparentes por el ministerio.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha criticado en varias ocasiones la falta de evaluación efectiva del Programa Nacional de Salud Sexual y

¹²⁵ Ver Ministerio de Salud, “Estadísticas”, <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/estadisticas.asp>, consultado el 9 de junio de 2010. Las cifras sobre mortalidad materna más recientes publicadas en el sitio web son de 2007.

¹²⁶ Ministerio de Salud de la Nación, “Res. 1/2007 La creación de un consejo asesor del programa nacional de salud sexual y procreación responsable”, 19 de enero de 2007.

¹²⁷ Comunicación enviada mediante correo electrónico a Human Rights Watch por Silvina Ramos, investigadora sénior, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 19 de febrero de 2010.

¹²⁸ Comunicación enviada mediante correo electrónico a Human Rights Watch por Mabel Bianco, presidenta, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, FEIM, 7 de junio de 2010.

¹²⁹ *Ibíd.*

Procreación Responsable¹³⁰. Recientemente, en 2008, el Comité señaló la ausencia de información estadística respecto de 4 de los 10 objetivos programáticos¹³¹. De hecho, el gobierno había brindado información más reciente sobre indicadores de procesos (como cantidad de leyes sancionadas, cantidad de talleres organizados), pero no sobre indicadores de impacto (como fluctuaciones en índices de mortalidad materna, cantidad de hospitalizaciones relacionadas con abortos y embarazos adolescentes). El gobierno sostuvo entonces que la falta de evaluación del impacto del programa se debía a que no se había consolidado la información estadística del año 2005¹³².

El Comité de los Derechos del Niño también ha cuestionado al gobierno argentino por la falta de información sobre el impacto del programa, así como sobre la nueva ley que establece la obligatoriedad de la educación sexual, y en marzo de 2010 pidió al gobierno que brindara información relacionada con la implementación efectiva de ambos¹³³.

Uso insuficiente de las funciones de auditoría pública en la rendición de cuentas sobre temas de salud

Argentina cuenta con un sistema de auditoría pública bastante complejo y avanzado destinado a garantizar un uso adecuado de los fondos públicos. El sistema asigna funciones al poder ejecutivo y legislativo, y cuenta con departamentos de auditoría descentralizados en las provincias que, a su vez, responden a la Nación. Los objetivos declarados del sistema consisten en una función de auditoría integral, que se centra no sólo en el uso adecuado de los fondos sino también en aspectos éticos y políticos de la supervisión, como economía, legalidad, eficiencia y efectividad¹³⁴.

¹³⁰ Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Observaciones finales del Comité - CEDAW: Argentina”, 18 de agosto de 2004, A/59/38(SUPP), párr. 380; y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Lista de cuestiones y preguntas relativas al examen de los informes periódicos: Argentina”, 1 de diciembre de 2008, CEDAW/C/ARG/Q/6, párr. 22.

¹³¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Lista de cuestiones y preguntas relativas al examen de los informes periódicos: Argentina”, 1 de diciembre de 2008, CEDAW/C/ARG/Q/6, párr. 22.

¹³² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Lista de cuestiones y preguntas relativas al examen de los informes periódicos: Argentina”, 1 de diciembre de 2008, CEDAW/C/ARG/Q/6, párr. 22; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 18 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Sexto informe periódico de los estados parte: Argentina”, 8 de septiembre de 2008, CEDAW/C/ARG/6.

¹³³ Comité de los Derechos del Niño, “Lista de cuestiones relacionadas al examen de los informes periódicos tercero y cuarto de Argentina (CRC/C/ARG/3-4)”, 3 de marzo de 2010, CRC/C/ARG/Q/3-4, párr. 7.

¹³⁴ Ley N.º 24.156, Ley de Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional, Título VI ‘Del sistema de control interno’, art. 103.

La Sindicatura General de la Nación fue creada por ley en 1992 y depende directamente del Presidente¹³⁵. Un rol clave de la Sindicatura General de la Nación es el de brindar aportes analíticos a la presidencia y a la Auditoría General de la Nación, y permitir que estos evalúen el grado en que las políticas y los programas públicos cumplen las funciones establecidas y utilizan los recursos asignados de manera lícita, eficiente y adecuada¹³⁶. La Sindicatura desempeña un rol de rendición de cuentas interna frente al poder ejecutivo, y elabora informes no vinculantes destinados a mostrar las discrepancias financieras y legales en la implementación de los programas públicos, y de este modo funciona como una herramienta correctiva para el propio gobierno.

La Auditoría General de la Nación también fue creada por ley en 1992, y cumple una función similar a la de la Sindicatura General, si bien depende del Congreso¹³⁷. El Congreso de la Nación está facultado para pedir a la Auditoría que presente informes sobre aspectos financieros y legales de la implementación de programas¹³⁸. Por lo tanto, esta función de supervisión es externa a la administración, si bien a menudo opera sobre la base de la misma información que la función de auditoría interna descrita precedentemente.

La Sindicatura General de la Nación ha emitido cientos de informes desde la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Pese a esto, y a los problemas en la distribución y el suministro de anticonceptivos durante 2008, que son de conocimiento público, sólo uno de los informes ha abordado la administración eficiente del programa, y se centró específicamente en una provincia: Tucumán¹³⁹. Otro informe adicional se focalizó en la distribución de todos los medicamentos básicos en la provincia de Córdoba, incluidos algunos métodos anticonceptivos¹⁴⁰. Según pudo determinar Human Rights Watch,

¹³⁵ *Ibíd.*, art. 96.

¹³⁶ *Ibíd.*, art. 104 (c) y (e): “Son funciones de la Sindicatura General de la Nación: ... (c) Realizar o coordinar la realización por parte de estudios profesionales de auditores independientes, de auditorías financieras, de legalidad y de gestión, investigaciones especiales, pericias de carácter financiero o de otro tipo, así como orientar la evaluación de programas, proyectos y operaciones; ... (e) Supervisar el adecuado funcionamiento del sistema de control interno, facilitando el desarrollo de las actividades de la Auditoría General de la Nación...”.

¹³⁷ *Ibíd.*, art. 116.: “Créase la Auditoría General de la Nación, ente de control externo del Sector Público Nacional, dependiente del Congreso Nacional”.

¹³⁸ *Ibíd.*, art. 118 (g): [Sobre las funciones de la Auditoría General de la Nación] “Realizar exámenes especiales de actos y contratos de significación económica, por sí o por indicación de las Cámaras del Congreso o de la Comisión Parlamentaria Mixta Revisora de Cuentas”.

¹³⁹ Sindicatura-General de la Nación, “Ministerio de Salud. Evaluar la ejecución del ‘Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable’ en el ámbito de la Provincia de Tucumán, Informe N.º 1”, junio de 2009. El informe concluyó que el programa adolece de una marcada falta de supervisión y rendición de cuentas.

¹⁴⁰ Sindicatura-General de la Nación, “Ministerio de Salud. Tribunal de Cuentas de la Provincia de Córdoba; Evaluar la gestión llevada a cabo por la Provincia de Córdoba en el Marco del Programa REMEDIAR, perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, en lo referente a recepción, distribución, almacenamiento y entrega a los beneficiarios de los medicamentos incluidos

hasta el momento la Sindicatura General no ha llevado a cabo una evaluación general del uso de los recursos públicos para la protección de los derechos de salud reproductiva de las mujeres.

El poder legislativo tampoco ha exigido al gobierno que rinda cuentas sobre el uso adecuado de los recursos asignados al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esto se debe a varias razones.

En primer lugar, el poder legislativo no recibe la información que necesita del poder ejecutivo para llevar a cabo su función de supervisión. El Jefe de Gabinete de Ministros debería emitir informes periódicos sobre todos los temas de interés para el poder legislativo, lo cual permitiría a este evaluar la implementación de leyes y programas. En 2008, el informe incluyó dos preguntas del Congreso sobre acceso al aborto legal:

- ¿Cuál es el impacto diferencial provocado por la distribución de la Guía de Aborto no punible, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, en los equipos de salud y los/as operadores/as del sistema de administración de justicia?
- ¿Cuáles son los indicadores de resultado que se construyeron para tal fin?¹⁴¹

En ambos casos, el gobierno señaló que no contaba con la información solicitada y se comprometió a brindarla en el término de cinco días hábiles. En 2009, el Senado también pidió una serie de estadísticas sobre mortalidad materna, abortos ilegales y la metodología utilizada para recabar esta información¹⁴². Según un funcionario del Congreso de la Nación, gran parte de esta información no fue proporcionada¹⁴³.

En 2009, la Cámara de Diputados reiteró sus preguntas y realizó algunas indagaciones más específicas acerca de la implementación de la guía sobre abortos no punibles y sobre qué medidas habían sido adoptadas para reducir la cantidad de muertes maternas como resultado de abortos ilegales. El Ministerio de Salud respondió que los profesionales médicos habían recibido capacitación para tratar con respeto a las mujeres, y que la guía

en los botiquines remitidos por el citado programa a los diferentes Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la provincia.-Informe de Auditoría N.º 01/2009”, marzo de 2009. El informe concluye que, por lo general, los medicamentos se distribuyen a los centros de salud de la manera prevista en la planificación, pero no evalúa si la planificación es adecuada.

¹⁴¹ Sergio Tomás Massa, “Informe del Jefe de Gabinete de Ministros a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Informe N.º 74”, octubre de 2008, pág. 564.

¹⁴² “Informe de Jefe Gabinete de Ministros a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación, Informe N.º 75”, septiembre de 2009, pág. 217.

¹⁴³ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Maricel Obon, secretaria permanente, Comisión de Salud y Deportes, Senado de la Nación, 28 de mayo de 2010.

sobre aborto legal estaba siendo revisada internamente en el ministerio para detectar posibles errores legales¹⁴⁴.

Asimismo, en el Congreso no se ha demostrado el interés necesario para exigir que se realicen audiencias de control o se amplíe la información. Como se mencionó precedentemente, el Congreso argentino puede solicitar a la Auditoría General una evaluación integral de la implementación de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Hasta el momento, esto no ha sucedido.

No se sanciona a funcionarios públicos que incumplen la ley

Aunque parezca tautológico, valga en el caso repetir que en el ejercicio de una función que importa la expresión pública de la atención de la Salud, **el garante es el estado.**

—Resolución N.º 1576, Juzgado de Primera Instancia Penal Correccional de la Quinta Nominación de Santa Fe¹⁴⁵

El Código Penal argentino establece la responsabilidad penal de un funcionario público que no desempeña su función:

Será reprimido con prisión de un mes a dos años e inhabilitación especial por doble tiempo, el funcionario público que ... no ejecutare las leyes cuyo cumplimiento le incumbiere¹⁴⁶.

Si bien esta disposición concede al gobierno un amplio margen para investigar y sancionar a los responsables de la implementación laxa de leyes y reglamentaciones sobre salud reproductiva femenina, son pocas las veces que ha sido usada con este fin.

Sin embargo, en un caso de la provincia de Santa Fe del año 2007, los padres de una joven que padecía cáncer y falleció luego de que se le denegara un aborto que le habría permitido comenzar un tratamiento vital de quimioterapia, iniciaron una demanda contra los médicos que habían denegado el procedimiento y obtuvieron una sentencia favorable: el tribunal

¹⁴⁴ Aníbal Domingo Fernández, “Informe del Jefe de Gabinete de Ministros a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, Informe N.º 76”, noviembre de 2009, págs. 595-596.

¹⁴⁵ Juzgado de Primera Instancia Penal Correccional de la Quinta Nominación de Santa Fe, “*Requerimiento de Instrucción Fiscal N.º 1 referido a la muerte de ANAOMARÍA ACEVEDO*”, Expediente N.º 2165 2007, 11 de agosto de 2008, Parte II], pág. 43 (pág. 492 en el 18.º libro de sentencias del juzgado), énfasis en el original.

¹⁴⁶ Ley Nacional N.º 11.179, Código Penal de la Nación Argentina, Capítulo IV, Abuso de autoridad y violación de los deberes de los funcionarios públicos, artículo 248.

determinó que existió negligencia por parte de los médicos intervinientes. Un componente clave de la imputación fue el incumplimiento de los deberes de funcionario público.

Al momento de su muerte, en mayo de 2007, Ana María Acevedo ya había padecido varios meses de negligencia médica. Incluso antes de que le diagnosticaran cáncer, había pedido ser esterilizada luego del nacimiento de su segundo hijo, pero la operación nunca se llevó a cabo¹⁴⁷. El hospital rural al cual acudió en primer lugar por sufrir un intenso dolor en la boca la trató durante cinco meses por problemas dentales que no padecía, en lugar de detectar el cáncer que le estaba provocando el dolor. Las primeras conclusiones del tribunal sobre esta parte de la terrible experiencia de Acevedo indican que su tratamiento “fue innecesariamente demorado y no realizado, limitado a ‘derivarlo’ finalmente a otro efector de la provincia”¹⁴⁸.

Cuando Acevedo se trasladó —por iniciativa propia— a un hospital más importante en la ciudad de Santa Fe a fines de 2006, fue la única vez que recibió atención adecuada durante esta dolorosa experiencia. El cáncer fue detectado y extraído, y el médico que la atendía la derivó a otro hospital con instrucciones explícitas de que le proporcionaran terapia vital de quimioterapia y radioterapia.

En este punto, Acevedo descubre que está embarazada, y en un registro médico del 20 de diciembre de 2006 se indica que no se le puede practicar radioterapia debido a su embarazo¹⁴⁹. Dos días después, los registros del hospital indican que Acevedo se retira del hospital sin esperar que el médico le otorgue el alta¹⁵⁰. Acevedo regresó al hospital en febrero de 2007 con agudos dolores, y solicitó ser sometida a un aborto terapéutico para poder comenzar el tratamiento necesario contra el cáncer. Su pedido fue denegado con el argumento de que el hospital y los médicos no creían en el aborto. Un médico que estuvo presente durante las deliberaciones del comité de bioética del hospital sobre el caso Acevedo relató al tribunal que “al preguntar sobre la posibilidad de un aborto terapéutico la respuesta fue en este hospital no, como si hubiera dicho una barbaridad”¹⁵¹.

¹⁴⁷ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Paula Condrac, abogada, 19 de marzo de 2010.

¹⁴⁸ Juzgado de Primera Instancia Penal Correccional de la Quinta Nominación de Santa Fe, “*Requerimiento de Instrucción Fiscal N.º 1 referido a la muerte de ANA MARÍA ACEVEDO*”, Expediente N.º 2165 2007, 11 de agosto de 2008, Parte II, pág. 46 (pág. 493 en el 18.º libro de fallos del juzgado).

¹⁴⁹ *Ibíd.*, pág. 12 (pág. 476 en el 18.º libro de fallos del juzgado).

¹⁵⁰ *Ibíd.*, pág. 35 (pág. 488 en el 18.º libro de fallos del juzgado).

¹⁵¹ *Ibíd.*, pág. 34 (pág. 487 en el 18.º libro de fallos del juzgado).

La abogada de Acevedo comentó a Human Rights Watch lo que sucedió a continuación:

El 26 de abril del 2007, [Acevedo] ya está en un estado pre-mortem, con fallos de los órganos internos. ... Le hacen una intervención quirúrgica, una cesárea, nace un bebé que pesa menos de 500 gramos y que vive menos de 17 horas. ... Después de eso, ya debilitada por la intervención, en su estado de pre-mortem, allí le empiezan a aplicar los rayos. ... Para recibir rayos un cuerpo tiene que estar en un buen estado. ... Muere el 17 de mayo del 2007¹⁵².

Después de la muerte de Acevedo, sus padres presentaron una denuncia contra varios de los médicos intervinientes por lesiones graves culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público previsto en el artículo 248 del Código Penal. El tribunal contó con pruebas suficientes para procesar a seis médicos por incumplimiento de los deberes de funcionario público. Tres de estos médicos fueron además procesados por las lesiones culposas causadas a Acevedo como resultado de dicho incumplimiento¹⁵³. Sin embargo, aún no se ha impuesto una condena y, según la abogada de Acevedo, “siguen trabajando”¹⁵⁴.

El caso de Acevedo demuestra que los funcionarios públicos pueden faltar a sus deberes tanto por omisión como por acción. Deja en claro asimismo que los funcionarios públicos tienen el deber de brindar aquellos servicios definidos por el estado como derechos (como el acceso a anticonceptivos y al aborto legal). Entre las razones para pronunciarse en favor de Acevedo, el tribunal menciona:

Que asimismo, teniendo conocimiento de la existencia del embarazo de la paciente, desde el inicio de la gestación misma, la gravedad de la enfermedad de la madre, el peligro de vida y el consentimiento dado, ‘no haber ofrecido’ la interrupción del mismo como alternativa para efectuar la terapia contra el tumor, sabiendo que sin ello sería imposible que se llegase a término para inducir el parto¹⁵⁵.

¹⁵² Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Paula Condrac, abogada, 19 de marzo de 2010. Este relato fue confirmado por los registros médicos citados en la documentación judicial.

¹⁵³ Juzgado de Primera Instancia Penal Correccional de la Quinta Nominación de Santa Fe, “*Requerimiento de Instrucción Fiscal N.º 1 referido a la muerte de ANA MARÍA ACEVEDO*”, Expediente N.º 2165 2007, 11 de agosto de 2008, Parte II, pág. 1 (pág. 471 en el 18.º libro de fallos del juzgado).

¹⁵⁴ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Paula Condrac, abogada, 19 de marzo de 2010.

¹⁵⁵ Juzgado de Primera Instancia Penal Correccional de la Quinta Nominación de Santa Fe, “*Requerimiento de Instrucción Fiscal N.º 1 referido a la muerte de ANA MARÍA ACEVEDO*”, Expediente N.º 2165 2007, 11 de agosto de 2008, Parte II, pág. 36 (pág. 488 en el 18.º libro de fallos del juzgado).

Falta de transparencia de los mecanismos de denuncia individual

Si bien los mecanismos de denuncia individual a menudo son percibidos como sinónimo de rendición de cuentas, en realidad son solamente uno de los tantos componentes de un sistema efectivo de rendición de cuentas. Si las personas no conocen sus derechos, carecen de posibilidades de exigir una reparación y no reciben apoyo para impulsar sus denuncias hasta las últimas consecuencias, los mecanismos de denuncia estarán condenados al fracaso. Esta es la situación en la Argentina.

Son pocas las personas que saben que tienen derecho a recibir el método anticonceptivo que elijan y a acceder a servicios de aborto legal en el sistema de salud público cuando su salud o su vida estén en riesgo a causa de un embarazo o cuando este sea resultado de una violación. Pocas personas conocen los mecanismos de denuncia individual o cuentan con los recursos necesarios para impulsar una denuncia. La información sobre el funcionamiento general de los programas nacionales y provinciales de salud sexual —que podría respaldar un procedimiento de denuncia individual— se reúne erráticamente, pocas veces se consolida y es en gran parte inaccesible para el público en general.

Como resultado, son muy pocos los casos en que se presentan denuncias y, cuando esto sucede, es porque la situación ya es desesperante: se niega a una niña un aborto cuando el embarazo es el resultado de una violación perpetrada por su padrastro, o se niega a una mujer joven la posibilidad de recibir un tratamiento vital contra el cáncer por estar embarazada¹⁵⁶.

Otra creencia errónea frecuente es que la única manera de que se reconsideren las denuncias individuales es a través de demandas. De hecho, los casos judiciales requieren una inversión mayor de tiempo y dinero, especialmente cuando el objeto es controvertido, y suponen un cierto grado de exposición pública para la persona afectada. Por estas razones, es posible que muchas de las mujeres y niñas que sufren abusos, maltratos o negligencia en el sistema de salud público de la Argentina no deseen presentar una demanda ante la justicia.

¹⁵⁶ Ana Tronfi, “Chubut: la Justicia autorizó el aborto a una joven”, *La Nación*, 8 de marzo de 2010, http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1241318, consultado el 27 de mayo de 2010. A principios de 2010, la provincia de Chubut ocupó las primeras planas cuando dos adolescentes presentaron una demanda por separado contra el sistema de salud público provincial por haberles denegado acceso a un aborto legal luego de haber sido presuntamente violadas por sus respectivos padrastros. Luego de varias semanas, se autorizó el aborto legal a ambas jóvenes, si bien un caso había sido inicialmente denegado; “Caso Acevedo: el pedido de aborto estaba hecho”, *El Litoral.com* (edición en línea), 1 de junio de 2007, http://www.ellitoral.com/index.php/id_um/22036, consultado el 27 de mayo de 2010.

Estos factores disuasivos, enquistados en el sistema, impactan en la rendición de cuentas en general. Para que las estructuras de rendición de cuentas cumplan una de sus funciones clave —identificar qué no funciona de modo que pueda ser modificado—, es fundamental que se inste a los usuarios individuales a denunciar las irregularidades, ya que esto permite obtener información a partir de la cual se pueden implementar los ajustes programáticos necesarios. No obstante, esto sólo es posible si las personas pueden presentar sus denuncias de manera rápida, conveniente, económica y con garantías para proteger su privacidad, cuando fuera necesario.

Hasta el momento, la Argentina no cuenta con ningún mecanismo concreto de denuncia individual que presente estas características esenciales. Durante una década, el Ministerio de Salud de la Nación ha operado una línea telefónica gratuita con información sobre VIH/SIDA, que a través de los años ha ampliado su alcance y ha incorporado otros temas de salud. Pero hasta ahora no existe un lugar al cual puedan acudir las personas para plantear sus inquietudes y preguntas sobre acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, existen indicios de que esto podría cambiar. El 27 de mayo de 2010, el Ministerio presentó una nueva línea telefónica destinada a monitorear la implementación de los programas nacionales y provinciales sobre salud sexual y procreación responsable. Según Dolores Fenoy, coordinadora general de servicio de recepción de llamadas del Ministerio, las personas que atienden las llamadas realizadas al número gratuito sobre salud sexual y procreación responsable han recibido capacitación que les permite brindar información sobre los servicios disponibles y el modo de acceder a ellos, reunir información sobre abusos en centros de salud y, cuando fuera necesario, derivar a las personas a un equipo de abogados del Ministerio de Salud para que realicen un seguimiento del caso¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Dolores Fenoy, coordinadora del servicio de recepción de llamadas, Ministerio de Salud de la Nación, 27 de mayo de 2010.

IV. Derecho internacional y rendición de cuentas en materia de salud

La rendición de cuentas ha sido definida como la “raison d’être de un enfoque basado en los derechos”¹⁵⁸ y tiene dos componentes principales: la reparación de agravios sufridos en el pasado y la rectificación de falencias sistémicas para prevenir daños en el futuro. El Relator Especial sobre el Derecho al más Alto Nivel de Salud ha desarrollado el significado de la rendición de cuentas en el contexto de la atención de la salud:

Lo que significa es que debe haber mecanismos accesibles, transparentes y efectivos de rendición de cuentas en relación con la salud y los derechos humanos... En ocasiones se entiende también la responsabilidad en sentido limitado, en tanto que culpa y castigo, cuando es más exacto entenderla como un proceso para determinar lo que funciona (y por lo tanto se puede repetir) y lo que no funciona (y por lo tanto se puede corregir)¹⁵⁹.

La rendición de cuentas, como herramienta para subsanar las falencias sistémicas en la implementación de un programa de salud —como los problemas frecuentes en el suministro de anticonceptivos, o la incapacidad de prevenir embarazos no deseados— no puede lograrse sin el monitoreo periódico del sistema de salud y los factores determinantes de la salud subyacentes de tipo físicos y socioeconómicos que afectan la salud de las mujeres y su capacidad de ejercer sus derechos¹⁶⁰. Los estados deberían desarrollar “indicadores apropiados para supervisar los progresos que se realicen y destacar los ajustes normativos que sean necesarios”¹⁶¹. El monitoreo ayuda a los estados a adquirir una mejor comprensión de los “problemas y limitaciones que se presenten” en el ejercicio de los derechos, y les brinda un “marco en el cual podrán elaborarse políticas más apropiadas”¹⁶².

¹⁵⁸ Para un análisis completo de los componentes de la rendición de cuentas, ver Human Rights Watch, *No Tally of the Anguish: Accountability in Maternal Healthcare in India*, octubre de 2009, págs. 109-124.; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Reivindicar los objetivos de desarrollo del Milenio: un enfoque de derechos humanos* (Ginebra: Naciones Unidas), 2008, pág. 15.

¹⁵⁹ Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt”.17 de enero de 2007, A/HRC/4/28, párr. 46.

¹⁶⁰ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, “Informe de la Oficina del Alto Comisionado sobre la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles y los derechos humanos”, abril de 2010, A/HRC/14/39, párr. 36.

¹⁶¹ Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, septiembre de 2006, A/61/338, párr. 28 (e).

¹⁶² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Presentación de informes por los Estados Partes”, Observación General 1, E/1989/22, 1989, párr. 8.

El monitoreo también es un componente básico de la obligación del estado de adoptar e implementar una estrategia y un plan de salud pública nacional que contemple el derecho a indicadores y estándares de salud que permitan seguir de cerca los avances¹⁶³. La información basada en indicadores apropiados debería ser desglosada en función de los motivos prohibidos de discriminación a fin de monitorear la eliminación de la discriminación, y asegurar que las comunidades vulnerables se beneficien con los esquemas de atención de la salud¹⁶⁴.

El principio de rendición de cuentas está estrechamente vinculado con el derecho de las víctimas a un recurso, incluida la reparación¹⁶⁵. El acceso efectivo a los recursos y la reparación contribuye a generar un marco constructivo de rendición de cuentas al centrarse en las falencias del sistema e impulsar la reparación.

La transparencia es el corolario de la rendición de cuentas: el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que “la estrategia y el plan de acción [nacionales de salud] deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente”¹⁶⁶. El Relator Especial sobre el Derecho a la Salud ha añadido, en relación con la reducción de la mortalidad materna, que “[s]i bien es el Estado el que ha de decidir cuáles son los [mecanismos de supervisión y de rendición de cuentas] más apropiados para su caso concreto, todos los mecanismos han de ser eficaces, accesibles y transparentes”¹⁶⁷.

La falta de transparencia supone obstáculos para los procesos de rendición de cuentas, dado que impide que los ciudadanos participen plenamente en la evaluación y reformulación de las políticas públicas¹⁶⁸. Hasta que la Argentina no garantice los derechos reproductivos de mujeres y niñas, muchas de ellas continuarán sufriendo innecesariamente.

¹⁶³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales”, Observación General N.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000, E/C.12/2000/4 (2000), párr. 43 (f).

¹⁶⁴ *Ibíd.*, Observación General N.º 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, 10 de junio de 2009, E/C.12/GC/20, párr. 41.

¹⁶⁵ *Ibíd.*, Observación General N.º 14, párr. 59.

¹⁶⁶ *Ibíd.*, Observación General N.º 14, párr. 43 (f).

¹⁶⁷ Informe del Relator Especial sobre el Derecho al más Alto Nivel de Salud Física y Mental Posible, septiembre de 2006, A/61/338, párr. 65.

¹⁶⁸ Ver, por ejemplo, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación General N.º 20, párr. 40.

V. Agradecimientos

Este informe fue elaborado por Marianne Møllmann, directora de abogacía de la División de Derechos de las Mujeres. El informe se basa en las investigaciones de campo realizadas por Marianne Møllmann y María Azcue, pasante de la División de Derechos de las Mujeres, durante febrero y marzo de 2010. Ambas investigadoras, junto con Sarah Kaplan, Melanie Robbins y Miriam Wells, pasantes de la División de Derechos de las Mujeres, estuvieron también a cargo de la investigación documental. El informe fue revisado por Janet Walsh, subdirectora de la División de Derechos de las Mujeres, Daniel Wilkinson, subdirector de la División de las Américas, Tamara Taraciuk Broner, consultora de la División de las Américas, Rebecca Schleifer, directora de abogacía de la División de Salud y Derechos Humanos, Zama Coursen-Neff, subdirectora de la División de Derechos del Niño, Aisling Reidy, de la Oficina Legal y de Políticas, y Danielle Haas, consultora de la Oficina de Programas. Daniela Ramírez, Fitzroy Hepkins, José Martínez y Grace Choi colaboraron con la producción. Agradecemos a las numerosas personas y organizaciones que aportaron su tiempo, experiencia e información a esta investigación. Human Rights Watch desea expresar su sincero agradecimiento a todas las mujeres valientes que nos relataron sus experiencias e hicieron posible este informe.

Valoramos enormemente los comentarios sobre el informe proporcionados por Mabel Bianco, presidenta de FEIM, la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, Silvina Ramos, investigadora sénior de CEDES, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, y el equipo de personas de Lesbianas y Feministas por la Despenalización del Aborto. Human Rights Watch asume plena responsabilidad por cualquier error u omisión.

La División de Derechos de las Mujeres de Human Rights Watch agradece profundamente el apoyo financiero de Arcadia, the Moriah Fund, the Trellis Fund y otros patrocinadores.

¿Derecho o Ficción?

La Argentina no rinde cuentas en materia de salud reproductiva

El embarazo no es una enfermedad debilitante. Sin embargo, cada año miles de mujeres y niñas en la Argentina se exponen a padecimientos que podrían ser totalmente prevenibles a causa de su capacidad reproductiva.

En muchos casos, el embarazo se produce como resultado de una atención negligente que las priva del derecho a adoptar decisiones independientes sobre su salud y su vida. En otros casos, se ven obligadas a llevar a término embarazos que ponen en riesgo su propia vida debido a que algunos proveedores médicos se niegan a brindar los servicios de aborto que resultan lícitos en estas circunstancias. Algunas mujeres y niñas optan por recurrir a abortos alternativos, y a menudo sumamente inseguros, practicados por proveedores no habilitados. Otras prescinden de cualquier tipo de atención, y algunas incluso pierden la vida. Según el Ministerio de Salud de la Nación, en 2008 más del 20 por ciento de las muertes por emergencias obstétricas registradas fueron provocadas por abortos inseguros.

En los últimos 10 años, la Argentina ha acumulado un notable conjunto de políticas sobre salud sexual y reproductiva. Si bien estas políticas ignoran a algunos sectores interesados clave como las mujeres con discapacidad, si se implementaran permitirían alcanzar un notable avance en la meta de poner fin al sufrimiento documentado en este informe y en otras fuentes.

A menudo, sin embargo, las leyes y políticas destinadas a beneficiar a mujeres y niñas no se implementan. A su vez, la ausencia de control y de rendición de cuentas en relación con esta omisión señala que son pocas las autoridades que demuestran interés.

Para el estado, esto también tiene un alto costo en cuestiones urgentes de salud pública, como la mortalidad materna prevenible, el aborto inseguro y los embarazos no deseados. La consecuencia última de esta falta de rendición de cuentas para las personas no es otra que el sufrimiento, y a veces incluso la muerte.



Grafiti en la pared de la maternidad en un hospital público, Hospital Dr. T. Alvarez, Buenos Aires, Argentina.