



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons](#)
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 internacional

Aborto legal en la provincia de Buenos Aires. La inaccesibilidad de las mujeres al sistema de salud
Marianela García
Con X (N.º 4), e024, 2018
ISSN 2469-0333 | <https://doi.org/10.24215/24690333e024>
<http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/conequis>
FPyCS | Universidad Nacional de La Plata
La Plata | Buenos Aires | Argentina

Aborto legal en la provincia de Buenos Aires

La inaccesibilidad de las mujeres al sistema de salud

Legal abortion in Buenos Aires province.
The inaccessibility of women to the health system

Marianela García

marianela.garcia@perio.unlp.edu.ar
<https://orcid.org/0000-0003-4970-6031>

Instituto de Estudios Comunicacionales en Medios, Cultura y Poder «Aníbal Ford» (INESCO)
Facultad de Periodismo y Comunicación Social
Universidad Nacional de La Plata | Argentina

Resumen

En la Argentina, la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra penada. Existen causales legisladas en el Código Penal por las cuales una mujer puede recurrir legalmente a un aborto: a fin de evitar poner en peligro su salud o su vida y ante un embarazo producto de una violación. Pese a que esta legislación rige desde 1921, las mujeres que demandan el cumplimiento de este derecho son víctimas del ejercicio de violencia institucional. En este artículo, la autora reflexiona sobre las barreras de accesibilidad al aborto legal en el sistema sanitario bonaerense, comprendiendo las desigualdades sexo-genéricas presentes en las instituciones y en los servicios de salud.

Palabras clave | aborto, mujer, salud

Abstract

In Argentina, the voluntary interruption of pregnancy is punishable. There are causes legislated in the Criminal Code by which a woman can legally resort to an abortion: in order to avoid endangering her health or life and a pregnancy resulting from rape. Although this legislation is in force since 1921, women who demand compliance with this right are victims of institutional violence. This article seeks to reflect on the barriers to access to legal abortion in the Buenos Aires health system, understanding the gender inequalities present in health institutions and services.

Keywords | abortion, women, health

Recibido 22/8/2018

Aceptado 20/11/2018

Publicado 18/12/2018

Aborto legal en la provincia de Buenos Aires

La inaccesibilidad de las mujeres al sistema de salud

Por **Marianela García**

El presente trabajo se enmarca en el campo de estudios científicos que analiza la relación entre el género, la sociedad y la salud. En este marco, se pretende reflexionar sobre las barreras de accesibilidad al aborto legal, también conocido como Aborto No Punible (ANP) en el sistema sanitario de la provincia de Buenos Aires (Argentina), a partir de comprender que la complejidad del problema está plenamente condicionada por las desigualdades sexo-genéricas presentes en la configuración institucional y en las prestaciones que brindan los servicios de salud.

Pese a ser una legislación vigente desde 1921 —cuya violación le ha costado a la Argentina reiteradas condenas por parte de tribunales internacionales que protegen los derechos de las mujeres y los derechos humanos— el ANP continúa siendo una deuda que la salud pública tiene con las mujeres (Ramón, 2011).

En el país, ni la larga trayectoria en materia jurídica ni la elevada tasa de mortalidad materna —que a lo largo de estos años no ha logrado disminuir a los niveles con los que se ha comprometido durante los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)—, han conseguido que el ANP deje de ser una de las principales manifestaciones de la violencia institucional hacia las mujeres, perpetrada por los profesionales de la salud, los efectores públicos y los organismos de gestión.

Aunque los marcos violatorios de derechos con respecto a la interrupción legal del embarazo puedan encontrarse a lo largo y a lo ancho del país, existen diferencias clave que al momento de abordar una problemática de gran complejidad —en tanto se funda en desigualdades perpetradas por mandato cultural— es necesario asumir y visibilizar. Desde esta perspectiva, el presente trabajo aborda la situación del aborto legal en la provincia de Buenos Aires.

Para ello, es necesario comprender la tradición del campo y la marcada desigualdad sexo-genérica que se ha sostenido en las prácticas sanitarias y de gestión en salud, pese a las grandes transformaciones sociales que han impactado en dichas instituciones y actores, y a la presión ejercida por grupos de mujeres y de feministas para el reconocimiento de sus derechos. Asimismo, es preciso abordar la normativa sobre el ANP en la Argentina, analizando la legislación y los protocolos de reglamentación tanto a nivel nacional como provincial.

Accesibilidad y desigualdad sexo-genérica en el sistema de salud

A lo largo de la historia, las diferencias sexo-genéricas de la población han sido motivo de relaciones de desigualdad —y, por lo tanto, de poder— de un género sobre otro. En nuestra cultura, las mujeres han sido consideradas sujetos inferiores, sometidos al poder blanco, masculino y occidental que se consolidó como orden hegemónico mundial desde los inicios de la modernidad (Barrancos, 2012).

Frente a esto, y con impulso de las políticas liberales, las mujeres se han convertido en un actor central en el reclamo de la equidad de derechos civiles y sociales, y en la constante denuncia de hostigamiento y de violencia que sostiene el entramado patriarcal que configura las sociedades actuales.

En este marco, ningún servicio estatal ni política pública puede ser analizado en la actualidad por fuera de los parámetros de género. Específicamente en el campo de la salud, el reconocimiento del género implica, en principio, superar la concepción biologicista de los seres humanos y adoptar una visión integral de los sujetos que contemple sus prácticas culturales, sus deseos y los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan.

Si bien la salud como concepto de bienestar integral supera a la práctica específica que se enmarca en los servicios de salud, es necesario reconocer que la atención en salud y el acceso a los efectores y a los centros son un determinante significativo del estado de salud de los sujetos, particularmente para las mujeres que muchas veces encuentran en el sistema sanitario una barrera para el ejercicio de sus derechos (Gómez Gómez, 2002).

Cabe señalar que el sistema de salud es responsable de asignar recursos según las demandas específicas de cada género, lo que supone comprender la autonomía de los sujetos en la toma de decisiones y la relación que estas desigualdades mantienen con la clase social (Borrell & Artazcoz, 2008).

En este sentido, Elsa Gómez Gómez (2002) señala:

Operacionalmente, la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y de morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias remediabiles en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles (p. 328).

4

Este reconocimiento tiene por finalidad combatir las prácticas violatorias de derechos y generar un marco de equidad en la atención en salud que deje atrás prácticas sexistas muchas veces asumidas como naturales por los propios profesionales de la salud y por el entramado institucional en el que realizan su trabajo.

Las españolas Carme Borrell y Lucía Artazcoz (2008), que investigan las diferencias sexo-genéricas en el campo de la salud pública, definen al sexismo como

Las relaciones de género injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante (habitualmente los hombres) adquieren privilegios a base de subordinar a otros géneros (habitualmente las mujeres) y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias (p. 246).

El reconocimiento de las prácticas sexistas como obstructoras de derechos y como violencia institucional ejercida hacia las mujeres —y hacia las identidades disidentes— exige revisar el concepto de accesibilidad.

Las psicólogas e investigadoras Yamila Comes y Alicia Stolkiner (2005) señalan que el concepto de accesibilidad surge a partir de los años sesenta, en plena época de desarrollo del campo de la salud pública, como una definición meramente técnico-operativa para la aplicación en los servicios. En este marco, las autoras recuperan a Gabriela Hamilton (2001), quien define a la accesibilidad como «la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole» (p. 15).

Asimismo, las investigadoras destacan que dicho concepto comprende cuatro dimensiones:

[...] la geográfica de acceder, la económica que hace referencia a la capacidad financiera para acceder a los servicios, la administrativa que tiene que ver con los aspectos burocráticos que se ponen en juego para acceder y la cultural que se refiere a los usos y costumbres de la población (Comes & Stolkiner, 2005, p. 137).

Todas ellas son importantes para pensar el acceso desigual que las mujeres —sobre todo aquellas de clases sociales bajas— tienen a los servicios en salud. Pero es en la dimensión cultural en la que se centra el mayor problema de acceso al aborto no punible en la Argentina, ya que dentro del sistema de salud público se toman medidas en nombre de un sistema blanco, patriarcal y católico (Irrazabal, 2015), que interfiere con los derechos de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos y con la responsabilidad del Estado para garantizar el acceso a la salud en forma equitativa.

El concepto de accesibilidad refiere, entonces, al vínculo que los sujetos establecen con los servicios de salud, una relación que para las mujeres muchas veces se torna sumamente violenta y expulsiva. Ese vínculo que se establece entre los servicios de salud y la otredad responde a lógicas propias de la forma que tienen lxs sujetos de interpretar el mundo en el que viven.

Para abordar los esquemas de comprensión relacionados con las prácticas que de cierto modo estructuran el mundo en el que vivimos, resulta pertinente adentrarnos en la categoría de habitus de Pierre Bourdieu (1995), quien lo define en tanto «sistemas perdurables y transponibles esquemas de percepción, apreciación y acción resultantes de la institución de los social en los cuerpos (...)» (Bourdieu & Wacquant, 1995, p. 87).

En este sentido, el habitus es el espacio de mediación entre la agencia de los sujetos que participan del espacio social —en clave de reproducción o de transformación— y los esquemas simbólicos que estructuran y que condicionan dichas agencias. Es decir, si bien el campo condiciona las agencias, estas a su vez constituyen al campo, lo que conforma una relación dual. Por tal razón, según Bourdieu,

Los agentes sociales están determinados solamente en la medida en la que se autodeterminan; pero las categorías de percepción y de apreciación que forman la base de esta autodeterminación están en sí mismas determinadas en gran parte por las condiciones económicas y sociales de su constitución (Bourdieu & Wacquant, 1995, p. 94).

6

En este sentido, las prácticas que suceden en cada encuentro entre lxs usuarixs y los efectores de salud son, al mismo tiempo, configuratorias de un esquema de comprensión del universo en que se vive y se desarrollan dichas prácticas.

Lxs investigadores brasileiros Romeu Gomes y Márcia Thereza Couto (2014) interpretan que el habitus se encuentra configurado por pares dicotómicos que fijan sentido mediante el antagonismo:

Así, subyacentes a la práctica, tenemos categorías opositivas que se constituyen en esquemas de producción, de interpretación y de visión del mundo, que operan a partir de pares opuestos como, por ejemplo, las noción de alto y bajo, de masculino y femenino. Esos pares son clasificaciones cognitivas, éticas y estéticas (p. 357).

Estas clasificaciones estructuran una forma de entender / explicar lo social y están cargadas de valores, de estigmas, de prejuicios que configuran una visión de mundo de lo posible dentro del imaginario social generalizado. Así, los servicios de salud pueden comprenderse —en términos de Bourdieu— como un campo específico del universo social, que tiene sus propias reglas y lógicas pero que tampoco se comporta con total autonomía con respecto al resto del entramado social (Gomes & Couto, 2014, p. 359).

Sin embargo, se puede asumir que las relaciones entre los agentes —profesionales y usuarios de la salud— se dan en un marco de interacción simbólica que cobra sus especificidades en la definición del concepto salud / enfermedad y del sentido de la práctica profesional. Es sobre estos marcos de percepción que resulta imperioso trabajar a fin de lograr mayor y mejor acceso a los derechos en salud sexual.

Aborto legal, un derecho reiteradamente vulnerado

En la Argentina, la interrupción voluntaria del embarazo está penada. Sin embargo, el artículo 86 del Código Penal establece que existen dos circunstancias en las que la mujer puede recurrir legalmente a un aborto: a fin de evitar poner en peligro la salud o la vida de la mujer (inciso 1), o porque dicho embarazo sea producto de una violación (inciso 2).

Pese a que esta legislación está vigente desde 1921, el aborto no punible ha sido siempre motivo de disputa. En 2012, un fallo de la Corte Suprema¹ se expidió sobre el tema y dejó asentado que no se requieren requisitos de autorización de terceros —en este caso, del poder judicial— para el acceso a este derecho, que los gobiernos debían generar protocolos de atención de este derecho y que el aborto eugenésico corresponde en todos los casos de violación, sin excepción.

Esta aclaración sobre el aborto eugenésico resultó de suma importancia ya que el texto legislativo con respecto a esta causal fue motivo de disputa durante años bajo la excusa de la interpretación de una coma. En un artículo previo al fallo de la Corte Suprema, la investigadora Diana Maffía (2006) explica las dificultades de las mujeres para acceder al aborto legal por la interpretación del texto normativo:

En el embarazo eugenésico suele requerirse que la mujer violada sea, además, idiota o demente para considerar no punible el aborto, restringiendo el derecho de la mujer a la autonomía sobre el ejercicio de su sexualidad y dejando fuera de protección su integridad.

También en este caso encontramos una lectura tendenciosa de la ley, facilitada por los errores cometidos por los legisladores. Aclararemos los errores, pero defenderemos nuestra lectura amplia de este inciso. Al momento de redactar el código, se copió este artículo de un código suizo, pero omitieron poner una coma después de la palabra «violación», que habría separado claramente las dos condiciones de no punibilidad (p. 4).

En esta misma línea, un nuevo dictamen de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), difundido en marzo de 2016,² se expide también sobre la «violación marital», entendida como el sometimiento forzoso a tener relaciones sexuales dentro de una situación de pareja. Este hecho aún no es reconocido por la justicia como un derecho legítimo de las mujeres, quienes ni siquiera pueden concretar una denuncia formal ante las fuerzas de seguridad que desestiman el delito.

En la actualidad, el movimiento feminista genera una apertura de la interpretación de la causal salud, al señalar que no se trata solo del riesgo de muerte sino que esta hace referencia a otros factores de forma integral —como el psicológico, medioambiental, socioeconómico, etc.—, en coincidencia con la definición de salud que el Ministerio de Salud de la Nación sostiene junto con la Organización Mundial de la Salud (Maffía, 2006).

Sobre este enfoque, y basado en el fallo F.A.L., en 2015 el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el [Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo](#) (2015). Este protocolo sostiene que:

Las mujeres que se encuentren en cualquiera de los supuestos enunciados anteriormente gozan del derecho de acceder a un aborto. El Hospital y la/el médica/o tratante tienen la obligación legal de practicar la intervención, siempre que exista consentimiento informado de la mujer. No deben ni están obligados a requerir la intervención y/o la autorización judicial (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, p. 7).

Pese a estos avances, en la Argentina la interrupción legal del embarazo es aún un derecho social pendiente, ya que existen distintas barreras burocráticas y culturales que el propio sistema de salud, amparado por otras instituciones y actores sociales, sostiene para evitar que las mujeres accedan a sus derechos.

Según las cifras de la [Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Seguro y Gratuito](#) —porque el Estado, al perseguir criminalmente a las mujeres en situación de aborto, no tiene registros ni cifras confiables sobre este problema de salud pública—en la Argentina se realizan alrededor de 500.000 abortos clandestinos por año, cerca de 80.000 mujeres deben ser hospitalizadas por complicaciones y, de ellas, 100 mueren. Frente a esto, las políticas en materia de salud pública en la Argentina se encuentran en deuda con la mitad de la población nacional. Además, el Comité de Derechos Humanos de la ONU destacó que negar el acceso al aborto no punible es una violación a los derechos humanos de las mujeres.

Tomando registro de la gravedad del asunto, la pregunta que surge entonces es: ¿por qué el acceso al aborto no punible es tan problemático? En este sentido, se podría reconocer que algunas de las barreras responden a intereses económicos e ideológicos, pero muchas otras resultan de estigmas, prejuicios, valores y miedos enmarcados dentro de un imaginario colectivo que limita una frontera imaginaria, la cual plantea el límite de lo posible y de lo deseable dentro del orden hegemónico dominante (Laclau & Mouffe, 2010).

Así, la configuración del sujeto mujer, sus representaciones y los vínculos que establece en su entramado social se relacionan con un modo hegemónico-normativo que asocia este significante a una serie de significados. En la práctica profesional en salud, las mujeres son vistas como un sujeto de tutelaje de alto riesgo sanitario, íntimamente asociado a su condición de reproducción, y por lo tanto de madre.

En este sentido, la directora del Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de la Universidad Nacional de La Pampa, María Herminia Di Liscia (2012), indica:

Los discursos de los actores implicados en la medicina, la justicia y el Estado en general comparten una concepción esencialista sobre «la mujer» (influida por el fundamentalismo católico) en la que se considera a la maternidad como destino natural e indiscutible, restringiéndose así el acceso a los derechos sexuales y reproductivos (p. 65).

En este mismo sentido, Diana Maffía (2006) realiza un análisis minucioso sobre la letra del artículo 86 del Código Penal —el mismo que regula el aborto no punible—, y destaca que la mujer embarazada es nombrada como madre, pese a que la maternidad implica un vínculo social con un segundo actor, que en este caso sería el hijo o la hija, destinadxs a nunca ser por el propio ejercicio del derecho que la normativa establece.

Asimismo, Di Liscia (2012) sostiene:

Que las mujeres reclamen por sus derechos (políticos, civiles, laborales, sociales) ha sido aceptado e incorporado —aunque siempre mediante luchas con el orden social moderno—. Pero la autonomía sobre sus cuerpos supone un quiebre profundo de ese orden y sentar su existencia como personas con plenas decisiones sobre sí mismas. En términos de Leonor Calvera (1990), supone remover los cimientos de tolerancia del patriarcado que históricamente ha sujetado a las mujeres y ha decidido por ellas (p. 67).

A esto se le suma una serie de entramados de poder que dentro de los sistemas de salud públicos y privados ejercen presión sobre lxs tomadorxs de decisiones y persiguen a lxs profesionales. Un ejemplo de esto es lo que señala la investigadora argentina Gabriela Irrazabal (2015) cuando refiere a «la presencia de agentes religiosos expertos en bioética como una estrategia para influenciar los espacios públicos de la Iglesia Católica en la Argentina» (p. 735).

Según Martha Rosenberg (2010), psicoanalista e integrante de la Campaña Nacional por el derecho al aborto Legal, Seguro y Gratuito, uno de los argumentos médicos más recurrentes para negar el aborto no punible a una mujer es el juramento hipocrático, mediante el cual lxs médicos se comprometen a proteger la salud y la vida de lxs pacientes. En este sentido, lxs profesionales de la salud señalan que realizar un aborto es no proteger la vida (de un embrión). Pero ese mismo juramento es dejado de lado al no priorizar el daño a la salud que la negación a ese derecho ejerce sobre las mujeres (Rosenberg, 2010).

La provincia de Buenos Aires en retroceso

En octubre de 2017, la entonces ministra de Salud de la provincia de Buenos Aires, Zulma Ortiz, adhirió al [Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo \(2015\)](#) —conocido como Guía ILE—, elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Nación.

Sin embargo, días después, la gobernadora María Eugenia Vidal dio marcha atrás con la medida tomada por la funcionaria y dejó a la Provincia regulada por la resolución 3146/12, que si bien reglamenta el acceso a los abortos no punibles en la provincia, presenta múltiples barreras que habían sido superadas por la posterior normativa nacional, sobre todo aquellos lineamientos surgidos a partir del fallo F.A.L. de la Corte Suprema, que clarificó los alcances del artículo 86 del Código Penal, y señaló que no se deben exigir autorizaciones judiciales en ningún caso.

Luego de que la Gobernadora decidiera dar marcha atrás con este avance en materia de derechos humanos de las mujeres, la provincia de Buenos Aires pasó de convertirse en la octava provincia en adecuarse a los estándares establecidos por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en 2012, a estar infringir la ley nacional y lo acordado por la Argentina frente a los organismos de derechos humanos internacionales, entre ellos, el último dictamen de la ONU en materia de derechos en salud sexual.

El argumento de la funcionaria giró en torno a que la medida se había tomado solo con criterios sanitarios y para hacerlo era necesario sostener un trabajo conjunto entre los ministerios de Trabajo y Justicia y la Secretaría de Niñez. Mediante estas operaciones de gobierno, el entramado de poder se vuelve sumamente complejo y se convierte —a partir de una excusa político / burocrática— en una red antiderechos. En este marco, Di Liscia (2012) aclara:

Al demandar abortos no punibles, las mujeres deben dirigirse —inevitablemente— a diferentes actores, cuya concepción esencialista instituye una superposición identitaria, que se mantiene en gran parte de las instituciones sociales, se filtra en las concepciones de funcionarios/as, legisladores/as, médicos/as, jueces y juezas, en grupos confesionales y que, naturalizada, hace muy difícil —a veces, imposible— el reconocimiento de la autonomía y la libertad sobre el cuerpo, la posibilidad de decidir y de ejercer una ciudadanía igualitaria (p. 68).

Así, la ministra de Salud se vio desautorizada en su toma de decisiones, los actores de presión institucional lograron frenar el acceso de las mujeres a sus derechos y la situación provincial se retrotrajo a las vísperas del fallo F.A.L.

A diferencia de la resolución provincial de 2012, el Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación comprende una serie de progresos en tanto legislación de la interrupción de embarazos, al resolver obstáculos presentes en el acceso al derecho en las normativas antecesoras. En este marco, otorga a niñas y a adolescentes así como a mujeres con discapacidad protagonismo en la decisión de la interrupción legal del embarazo, reconociéndolas como sujetos de derecho.

Asimismo, el protocolo ILE (2015) indica la realización de consejerías en reducción de riesgos y de daños a mujeres que transitan un embarazo no deseado pero que no se encuadran en las causales para realizar una interrupción legal, a fin de evitar situaciones de abortos inseguros y la consecuente mortalidad materna. La normativa nacional también aclara la cláusula de objeción de conciencia, para que esta «no se traduzca en dilación, retardo o impedimento para el acceso» (p. 19), y explica que la objeción «es siempre individual y no institucional» (p. 19). De manera expresa, el protocolo señala que «la decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas» (p. 19).

Frente a esto, la actual diputada nacional y exsenadora bonaerense, Mónica Macha, presentó, a fines de 2016, un proyecto de ley que intentaba implementar el protocolo nacional en la Provincia. Dicho proyecto no logró llegar al recinto y fue archivado por caducidad. En marzo de 2018, las diputadas Florencia Saintout

y Lucía Portos presentaron en el parlamento bonaerense un nuevo proyecto para regular el acceso a la interrupción legal del embarazo, bajo el expediente 384/18-19. Al momento de publicarse este texto, la propuesta continúa sin ser evaluada por lxs legisladorxs de la comisión de salud.

A principios de 2017, Amnistía Internacional elaboró un informe con los datos proporcionados por algunos de los ministerios de salud de las provincias argentinas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la cartera nacional. Desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires informó que la cantidad de interrupciones legales del embarazo en el sistema de salud fue de 233 casos en 2013, de 234 casos en 2014 y de 612 casos durante 2015. El ministerio provincial indicó que los datos recabados solo referían a los casos que requirieron internación en hospitales del sistema público, es decir, a los registrados como egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto, debido a que las prácticas ambulatorias se registran como consultas y no cuentan con esos datos. Asimismo, no se informó sobre los efectores de salud que realizan prácticas de interrupción legal del embarazo, con el argumento de que esa información no se encuentra disponible; al igual que no existe registro sistematizado de las causales de interrupción legal del embarazo (Amnistía Internacional, 2017).

Aunque el diagnóstico pareciera indicar que la Provincia necesita recabar más información acerca del aborto no punible como problema de salud, las decisiones políticas que se adoptan retrasan dicho registro y perpetúan leyes restrictivas que criminalizan, obstaculizan y restringen el derecho de las mujeres a la interrupción legal del embarazo.

Conclusiones

Pese a los diferentes avances que se han dado en materia normativa, institucional y cultural, en la Argentina se sigue vulnerando el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y a gozar de un buen estado de salud de forma integral. Criminalizar a las mujeres por el ejercicio de la interrupción del embarazo es una forma de violar sus derechos sociales y humanos. La ONU ha instado a los países miembros a retirar las leyes restrictivas al aborto y a generar registros nacionales que permitan dimensionar este problema de salud pública.

La Argentina es todavía un país en donde el aborto es penado y en aquellas situaciones en las que la normativa nacional legaliza la interrupción del embarazo, el Estado aún pone barreras, descuida a las ciudadanas y les niega sus derechos. El caso de la provincia de Buenos Aires resulta emblemático en este tipo de retrocesos y en los obstáculos presentes en la normativa y en las decisiones políticas.

Ante este mapa de la violencia institucional hacia las mujeres, las agrupaciones feministas, las organizaciones no gubernamentales y los movimientos de derechos humanos han decidido incidir en lo que la ONU (2016) señala como «adoptar también medidas afirmativas para erradicar las barreras sociales en función de las normas o creencias que impiden a las personas de diferente edad y género, las mujeres, las niñas y los adolescentes el ejercicio autónomo de su derecho a la salud sexual y reproductiva» (p. 13).

En este sentido, surgieron en la comunidad una serie de espacios de acompañamiento y de difusión de información para la toma de decisiones en salud sexual. Frente a esto, resulta pertinente la recomendación que la ONU realiza a los Estados de

abstenerse de censurar, de retener o de tergiversar la información sobre la salud sexual y reproductiva o de penalizar su suministro, tanto entre el público como entre particulares [ya que de este modo] impiden el acceso a la información y los servicios, y pueden alimentar el estigma y la discriminación (ONU, 2016, p. 11).

Esta aclaración toma cuerpo en un contexto nacional en el que se llevó adelante el primer juicio por aplicación del protocolo ILE y en el que la marcha atrás en decisiones políticas, como la seguida por la gobernadora Vidal, generan un clima de miedo y de inseguridad entre lxs profesionales y las mujeres que acuden al sistema de salud.

Frente a esta situación, resulta imprescindible que la agenda política renueve su compromiso con la vida y con la salud de las mujeres, y que permita la concreción de normativas que sean garantes de derechos asumidos por la Argentina a nivel internacional. La prevención de abortos inseguros y la consecuente mortalidad materna es una condición necesaria para toda política de Estado respetuosa de los derechos humanos y comprometida con la equidad de género.

Referencias

Amnistía Internacional (2017). El registro del aborto legal en el sistema de salud argentino. Londres, Inglaterra. Recuperado de <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/04-Registro-de-Aborto-no-punible.pdf>

Barrancos, D. (2012). *Mujeres en la sociedad argentina. Una historia de cinco siglos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.

Borrell, C. y Artazcoz L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245-249. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Ciudad de México, México: Grijalbo.

Comes, Y. y Stolkiner A. (2005). «Si pudiera pagaría». Estudios sobre la accesibilidad de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *XII Anuario de Investigaciones*, 12(1), 137-143. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100013

Di Liscia, M. (2012). Cuerpos expuestos y sin derechos: Los abortos no punibles en Argentina. *La Aljaba*, 16(1). Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042012000100004&lng=es&tlng=es

Gomes, R. y Couto, M. (2014). Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. *Salud Colectiva*, 10(3), 353-363. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000300006

Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 327-334. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500008&script=sci_abstract&tlng=es

Hamilton, G. (2001). Exclusión de la protección social en Salud en Argentina. Tres enfoques metodológicos. En *Jornadas Gino Germani*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Irrazabal, M. (2015). La religión en las decisiones sobre aborto no punible en la Argentina. *Estudios Feministas*, 23(3), 735-759. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000300735&lng=en&nrm=iso

Laclau, E. y Mouffe, Ch. (2010). *Hegemonía y estrategia socialista*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Maffía, D. (2006). «Aborto no punible. ¿Qué dice la ley argentina?». En S. Checa (Comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad* (pp. 149-157). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Recuperado de

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de https://digitallibrary.un.org/record/832961/files/E_C.12_GC_22-ES.pdf?version=1

Ramón, M. (2011). «El fenómeno de inaccesibilidad al aborto no punible». En P. Bergallo (Comp.), *Aborto y justicia reproductiva* (pp. 137-200). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editores del Puerto.

Rosenberg, M. (2010). Sobre el aborto no punible. *Congreso de Países del MERCOSUR sobre Bioética y Derechos Humanos-Derecho a la Salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia. Recuperado de <http://www.abortolegal.com.ar/wp-content/uploads/2011/01/trabajo-marta-rosenberg.pdf>

Notas

¹ Este fallo remite al caso «F. A. L. s/medida autosatisfactiva», en el cual la Corte Suprema, por unanimidad, confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Chubut que, en marzo de 2010, autorizó la realización de la práctica de aborto a una joven de 15 años, quien quedó embarazada como consecuencia de haber sido violada por su padrastro. Mediante este fallo, la Corte interpretó que según el Código Penal no resultaba punible la interrupción del embarazo proveniente de toda violación y que cualquier caso de aborto no punible no está supeditado a trámite judicial. Asimismo, el tribunal exhortó a implementar protocolos hospitalarios.

2 El dictamen, formulado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sostiene que las leyes que criminalizan el aborto son discriminatorias y señala que los estados parte —entre ellos, la Argentina— deben garantizar el acceso al aborto seguro. Título original: *General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*.