



Clínica de  
abogacía  
feminista



# LEY 27.610 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (I.V.E) COMENTADA







**LEY 27.610**  
**INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA**  
**DEL EMBARAZO (I.V.E)**  
**COMENTADA**



Deza, Soledad

Deza, Soledad

Ley N° 27.610 De acceso a la interrupción voluntaria del embarazo / Soledad Deza ; Editado por Florencia Sabaté. - 1a ed - San Miguel de Tucumán : Caleidoscopica, 2024.

70 p. ; 21 x 14 cm.

ISBN 978-631-90037-6-5

1. Aborto. 2. Leyes. 3. Feminismo. I. Sabaté, Florencia, ed. II. Título.

CDD 342.084

## Ley N° 27.610 De Acceso A La Interrupción Voluntaria Del Embarazo



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



Esta ley salda dos deudas de la democracia con la justicia reproductiva. Por un lado, despenaliza el derecho a decidir abortar sin exponer ninguna explicación hasta la semana 14 inclusive; y por otro, regula el acceso a la prestación médica lícita que asegura ese derecho.

La primera vez que se introdujo formalmente esta discusión política en la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito fue en la Plenaria que se llevó a cabo en Paraná, en febrero de 2016. Luego de una acalorada discusión sobre quién constituía el sujeto político de la lucha por el aborto legal, se decidió incorporar la perspectiva de género y diversidad en el proyecto invocando la ley N° 26.743 de que reconoció el derecho a la identidad auto percibida y con ello, la posibilidad de gestar por fuera de la hegemonía de la biología.

Es allí donde se introduce formalmente -en la demanda feminista de legalización del derecho a interrumpir un embarazo- el concepto de

“persona gestante” que se hace cargo de la realidad de esos cuerpos desobedientes, y las identidades disidentes, además.

Antes de ello, el Protocolo que actualizó desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva los estándares para el acceso a la ILE en 2015 post fallo “F.A.L.”<sup>1</sup> ya había tomado en consideración esta disputa política transfeminista y hablaba en su título de “*mujeres y personas con derecho a interrumpir legalmente un embarazo*”<sup>2</sup>.

En momentos donde algunos feminismos se radicalizan para anudarlo todo con la biología, este tipo de miradas antiesencialistas que rompen el binarismo son, además de saludables, muy necesarias.

---

<sup>1</sup> CSJN in re “A, G s/Medida Autosatisfactiva” del 12/03/2012, conocido también como fallo “F.A.L.”. Ver considerando 25: “...cuando el legislador ha despenalizado y en esa medida autorizado la práctica de un aborto es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurren las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando **legal en tanto despenalizado**, no deben existir obstáculos médico–burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama”. El resaltado me pertenece.

<sup>2</sup> “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”.

Ministerio de Salud de la Nación. Abril 2015. Disponible en [http://www.legislad.gov.ar/pdf/protocolo\\_web\\_2015.pdf](http://www.legislad.gov.ar/pdf/protocolo_web_2015.pdf)



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

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



Despenalización y legalización son conceptos que sintetizan el objetivo de esta ley.

Ambos comportamientos, el de discriminar la decisión de abortar y el de reconocer que abortar es un derecho, son anverso y reverso de una misma trama tan personal como política: la de la soberanía sexual.

La desincriminación de la decisión de abortar y la despenalización del aborto por voluntad de quien gesta dentro del primer trimestre y hasta la semana 14 inclusive, sin dudas hubiera significado en sí mismo un gran avance jurídico para cualquier país. Pero la experiencia feminista ha sabido poner en debate que la

despenalización sin legalización en sociedades con dolorosas asimetrías en las posibilidades de acceso a bienes y servicios como la nuestra profundizaría las desigualdades estructurales de muchas mujeres y tornarían ilusorio el derecho a abortar.

Cuando este artículo reconoce el derecho a *“Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley”*, implícitamente el Estado asume que la autonomía sexual y la soberanía reproductiva, frente a un embarazo del primer trimestre, pueden albergar la decisión de continuar esa gestación o la de ponerle fin, con la misma intensidad y protección estatal. Y cuando la ley establece el derecho a *“Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud”* está reconociendo para atención de aborto las mismas obligaciones estatales que existen para el resto de las prestaciones médicas lícitas como puede ser una amigdalitis, un cuadro gastroenterológico o un tratamiento oncológico. Recordemos que el Estado argentino, según los compromisos internacionales que ha tomado con la salud de la población, es garante del acceso a atención sanitaria en los tres subsectores: público, privado y de obras sociales. Y es en todos esos espacios donde debe tener disponible la IVE.

Y cuando este artículo incorpora el derecho a *“recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados e conformidad con la presente ley”*, el Estado se hace cargo, indirectamente, de las transgresiones de sus agentes de la salud pública que sistemáticamente usan su lugar de poder para denunciar indebidamente a las mujeres que acuden a buscar ayuda



sanitaria luego de un aborto casero -sea provocado o espontáneo- para devolverlas convictas a la sociedad, a modo de castigo moral.

Por ello la conquista feminista es doble: no solamente el aborto salió del horizonte penal dentro del primer trimestre, sino que el Estado asumió legalmente su condición de garante del acceso a la prestación sanitaria lícita que es correlato inescindible del derecho a decidir.



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



“La vida es el primer derecho”, “la vida es un derecho absoluto” y “las dos vidas” fueron expresiones repetidas como mantra por quienes sostuvieron la necesidad de conservar el estatus de crimen del aborto en cualquier edad gestacional. La apelación a Convenciones, Tratados y Pactos que Argentina suscribió, como así también la referencia a la propia Constitución fueron esgrimidos en cada una de esas alocuciones, incluso ignorando a actores estratégicos de esos Tratados como el presidente del Comité de los Derechos del Niño que en persona repitió hasta el hartazgo que no había reparos en esa Convención.

La Convención Americana de Derechos Humanos no consagra un derecho absoluto a la vida. El Artículo 4.1 que establece el derecho a la vida "*en general, a partir del momento de la concepción*" implica un deber de protección de la vida con carácter gradual e incremental, según ha interpretado la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso “Artavia Murillo” de 2012<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso “Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. “La Corte ha utilizado los diversos métodos de interpretación, los cuales han llevado a resultados coincidentes en el sentido de que el embrión no puede ser entendido como persona para efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana. Asimismo, luego de un análisis de las bases científicas disponibles, la Corte concluyó que la “concepción” en el sentido del artículo 4.1 tiene lugar desde el momento en que el embrión se implanta en el útero, razón por la cual antes de este evento no habría lugar a la aplicación del artículo 4 de la Convención. Además, es posible concluir de las palabras “en general” que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general”. Parr 264.

El derecho a la vida del embrión o del feto no anula los derechos de quien gesta. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha explicado que la frase "**en general**" presente en la redacción del Artículo 4.1 se debió a la necesidad de respetar las regulaciones de aquellos países que -como Argentina desde 1921- incluían supuestos de aborto legal. Los Estados que han ratificado la CADH, poseen normas que despenalizan el aborto en algún/varios supuestos e inclusive el supuesto de interrupción voluntaria del embarazo. Y ello no viola el tratado.

Estos Estados, como Argentina, son parte de la CADH lo que prueba que el Artículo 4.1 no funciona para impedir la despenalización, precisamente porque no establece un derecho absoluto a la vida del embrión/feto. Ya en el año 1981, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) rechazó la petición de considerar inconvencional el aborto dentro del primer trimestre. En el caso conocido como "**Baby Boy**"<sup>4</sup>, Gary Potter -presidente de Catholics for Christian Political Action- planteó directamente la violación del art. 4 de la CADH que se expresaba en la sentencia de Corte que absolvía a un médico que había realizado un aborto, e indirectamente dejó planteada la inconvencionalidad de la legalidad de la decisión de abortar que la -Suprema Corte de Estados Unidos- había resuelto en los casos conocidos como "Roe vs. Wade" y "Doe vs. Bolton".

---

Sentencia disponible en [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf)

<sup>4</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), RESOLUCIÓN No. 23/81, CASO 2141, ESTADOS UNIDOS DE AMERICA. 6 de marzo de 1981. Disponible en <https://www.womenslinkworldwide.org/files/2908/gjo-cidh-babyboy-es-pdf.pdf>

La CIDH hizo una interpretación evolutiva de las posiciones de las delegaciones de los distintos Estados Parte en sus Declaraciones y resolvió que el aborto voluntario realizado en Boston, no tenía contradicción con la CADH, en particular con el art. 4.<sup>5</sup>

En cuanto a la Convención de los Derechos del Niño (CDN), tampoco consagra la protección desde el momento de la concepción, ni la Argentina ha efectuado ninguna reserva en este sentido, según se desprende de la Ley N° 23.849 de aprobación de la CDN. Así lo ha aclarado la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 2012 en el fallo F.A.L.<sup>6</sup>. El Comité de los Derechos del Niño (Órgano de monitoreo del cumplimiento de la Convención) ha recomendado explícitamente a la Argentina que revise su legislación penal sobre el aborto a fin de garantizar el derecho a la vida de niñas y adolescentes. Este comité - así como otros en la órbita de otros Tratados de Derechos Humanos - es el que marca los acuerdos interpretativos internacionales sobre la CDN.

---

<sup>5</sup> Petición de la denunciante: “Esta violación de los siguientes derechos consagrados en la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre -Capítulo 1, artículo I (“... derecho a la vida...”)*, artículo II (“*Todas las personas son iguales ante la ley sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna*”; edad), artículo VII (“*Todo niño, tiene derecho a protección, cuidado y ayuda*”) y artículo XI (“*Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada...*”)-- empezó el 22 de enero de 1973, cuando la Corte Suprema de los Estados Unidos emitió sus decisiones en los casos judiciales de *Roe vs. Wade*, 410 U.S. 113\* y *Doe vs. Bolton*, 410 U.S. 179” (Parr. 3 punto b de la Resolución 23/81).

<sup>6</sup> CSJN in re “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva” del 13/03/2012. Considerando N° 13: “Esto por-que, como surge del texto mismo de la ley, mientras que el Estado Argentino efectuó una reserva con relación a la aplicación del artículo 21 de la Convención, respecto del artículo 1º se limitó a plasmar una declaración interpretativa (ver al respecto, Anuario de la Comisión de Derecho Internacional, 1999, Volumen II, A/CN.4/SER.A/1999/Add.1, Parte 2, Directrices aprobadas por la Comisión en su período de sesiones N° 51 —1.2; 1.3—)”

Y en esta misma inteligencia lo ha confirmado el Presidente del Comité de los Derechos Niño, cuando expuso en las reuniones informativas de ambas Cámaras, Luis Ernesto Pedernera Reyna sostuvo que el mismo Comité instó al Estado argentino que desestime la interpretación sobre que la vida comenzaba en la concepción en tanto “En la Convención no ingresa nada sobre la concepción, la reserva del Estado sobre esa interpretación unilateral que no tiene que ver con el Comité” y agregó que “niño es toda persona o ser humano menor de 18 años nacida”. De hecho, la Recomendación emitida por el Comité para Argentina en fecha 6 de junio de 2018, indica asegurar el acceso a abortos seguros y a servicios de atención de atención post aborto<sup>7</sup>.

Tampoco el art. 73 inc. 23 de la Constitución Nacional compone un reparo a la legalización del aborto, en tanto su finalidad no es la protección de la vida intrauterina sino asegurar la cobertura social a las embarazadas. Esto también fue interpretado en este sentido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo F.A.L: “...la referencia específica al marco normativo de protección social al niño, desde el embarazo, integra un supuesto concreto del mandato constituyente para que se establezcan, en general, políticas públicas promotoras de los derechos humanos. Por ello, resulta claro que de esta norma tampoco se puede inferir un impedimento respecto de la convencionalidad de los abortos no punibles en general, y al

---

<sup>7</sup> Observaciones de Naciones Unidas. Convención Sobre los Derechos del Niño. “Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la Argentina” (1/10/18) (Pag.11) <http://acnudh.org/comite-onu-realizo-observaciones-a-argentina-sobre-derechos-de-la-infancia/>

practicado respecto del que es consecuencia de una violación, en particular”<sup>8</sup>

Pasados 6 años del fallo F.A.L. el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas emitió su Observación General N° 36 donde expresamente indica la necesidad estatal de priorizar la salud por sobre la protección de la vida fetal, en un documento donde a partir de reconocer que el derecho no debe ser restrictivo<sup>9</sup> “Los Estados partes deben facilitar un acceso seguro al aborto para proteger la vida y la salud de las mujeres embarazadas, y en las situaciones en que llevar a término el embarazo causaría a la mujer graves dolores o sufrimientos, sobre todo en los casos en que el embarazo es producto de violación o incesto, o el feto presenta una anomalía grave. Los Estados parte no deben regular el embarazo ni el aborto de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres no tengan que recurrir a abortos peligrosos”<sup>10</sup>.

El derecho a la vida no es absoluto. En todo caso corresponde afirmar que la protección convencional de la vida es gradual e incremental y se encuentra estrechamente ligada con el avance de la gestación y la

---

<sup>8</sup> CSJN in re “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva” del 13/03/2012. Considerando N° 9.

<sup>9</sup> Comité de Derechos Humanos Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida: “El derecho a la vida no debe interpretarse en sentido restrictivo. Se refiere al derecho de las personas a no ser objeto de actos u omisiones cuya intención o expectativa sea causar su muerte prematura o no natural, así como a disfrutar de una vida con dignidad” (Parr.3). Disponible en

[https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf)

<sup>10</sup> Comité de Derechos Humanos Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida op cit. Parr. 9.

adquisición de atributos morales susceptibles de valoración como es la capacidad de sentir, desarrollada por el feto recién luego del primer trimestre junto con el tallo neuronal.

Vida y muerte son sucesos que están fuertemente incididos por la cultura política, religiosa, social, sanitaria, moral y ética de una comunidad. Sin embargo, en una democracia los criterios de vida y muerte reflejados en las leyes deben ser producto de consensos laicos.

Reconocer la obligación estatal de protección gradual e incremental de la vida tampoco significa reconocer la existencia de un derecho a nacer o, dicho en palabras de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: no significa que el embrión tenga “per se, el derecho “a que se respete su vida”, sino que ello dependería no solo de que se respete ese derecho de la mujer embarazada sino también que ésta quiera respetar el que le correspondería a aquél, eventualidad ésta que se aleja en demasía de la letra y el espíritu del artículo 4.1 de la Convención y que, como es evidente, se relacionan con temas como el del régimen jurídico del aborto”<sup>11</sup>.

Existe, en todo caso, el derecho no “*ser privado de la vida arbitrariamente*” (art. 4 de la CADH), que no es lo mismo. Y basta observar nuestro ordenamiento jurídico para advertir que esa “arbitrariedad” habilita que matar en una guerra no sea considerado

---

<sup>11</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos Caso “Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. (Pag. 18)

un delito. De la misma manera matar en ejercicio de legítima defensa, sería una acción reprochable penalmente y no lo es.

Si la vida, por otra parte, dependiera exclusivamente de parámetros biológicos, sería ilegal la posibilidad de dejar directivas anticipadas para asegurar una muerte digna, y no lo es. Y yendo específicamente al campo de la reproducción y el deseo, si la vida intrauterina tuviera una protección absoluta en nuestro orden jurídico, el aborto en casos de embarazos riesgosos o forzados no sería una opción legal desde hace 100 años.



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

***Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:***  
***a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente.***

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

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



Mucho se habló acerca de las razones para fijar el límite legal en la semana 14 de gestación ¿Hay una persona antes de la



semana 14?

La categoría de “persona” es una categoría jurídica, mientras que las etapas embrionarias de la vida intrauterina -huevo, cigoto, mórula, blastocito, feto- conllevan definiciones que dependen de biología. Ocurre que -arteramente- suelen utilizarse de forma “indistinta” por quienes no acuerdan con la legalización del aborto, como un recurso del lenguaje que sirve para autonomizar la vida fetal y dotarla de una personalidad que para el derecho no tiene. Tampoco esos conceptos tienen el mismo significado para la ciencia y es muy probable que un estudiante de medicina que al rendir un examen de ginecología hable de un “bebé” al referirse a la vida intrauterina, sea reprobado. Lo mismo ocurre con la referencia a la filiación (“hijo”, “hija” o “hije”) que es relacional. Este vínculo para el derecho está subordinado a un nacimiento con vida.

Se apela también a la protección del Código Civil que indica en el art. 19 que existe una persona por nacer desde la concepción, pero esa protección legal está condicionada a un nacimiento con vida como indica el art. 21. Ello quiere decir que los derechos civiles que se aseguran a la persona por nacer –herencias, por ejemplo- están subordinadas a un nacimiento con vida, sino “será como si nunca hubiera existido”. Pero, además, el Código Civil rige el ámbito de las relaciones privadas, mientras que el Código Penal rige para el campo de los delitos, dos esferas ajenas. De hecho, tanto el artículo 19, como el art. 21 tienen la misma redacción que contenía el del Código Civil de Vélez Sarsfield, y en ningún momento impidió la validez y constitucionalidad de los abortos permitidos por la ley en el Código Penal de 1.921.

La finalización del primer trimestre se marca como límite para la IVE, porque hasta allí hay acuerdo para la ciencia en que el feto es incapaz de actividad cerebral porque no desarrolló su tallo neuronal que le permite ciertas funciones o acciones propias de los sujetos morales, como es la acción de sentir dolor, placer, frío o calor. Esto es lo que Ortiz Millán llama “predicados sensibles”<sup>12</sup> para significar que el carácter de persona moral coincide no con la mera existencia biológica, sino con la capacidad de tener un mínimo de conciencia. Ese dato biológico puede ser éticamente valorado en dirección al reconocimiento de cierto valor en esa vida fetal de forma tal de que, antes de ese fenómeno fisiológico ubicado en la corteza cerebral, corresponde afirmar que el embrión o el feto al no ser sujeto de predicados sensibles no reúne propiedades morales que justifiquen ponderar la protección de esa vida por sobre la autonomía de la mujer o de la persona que gesta.

El límite de semanas, en cambio, no existe para la ILE vigente desde 1921 cuándo se despenalizó en el art. 86 del CP la posibilidad de abortar los embarazos forzados o riesgosos (art. 86 del CP). Este punto es de vital importancia sobre todo en el caso de niñas víctimas de ASI (abuso sexual infantil), ya que es frecuente la detección tardía del embarazo a consecuencia de que el develamiento se encuentra fuertemente incidido por presiones, temores y secretos que rodean la situación.

El Decreto Reglamentario N° 516/21 indicó sobre los embarazos forzados que “En ningún caso será necesaria la denuncia judicial de la violación”. Y sobre los embarazos riesgosos estableció que “El peligro

---

<sup>12</sup> Ortiz Millán, Gustavo. 2009. “La moralidad del aborto”. Siglo XXI Editores. México.

para la vida o la salud deberá ser evaluado y establecido por el personal de salud interviniente en el marco de la relación entre el o la profesional de la salud y la paciente. Dicho peligro implica la posibilidad de afectación y no exige la configuración concreta de un daño. En ninguno de los casos previstos en el presente artículo se requiere autorización judicial para el acceso a la práctica”.



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



A diferencia de lo que ocurrió en Uruguay, la ley N° 27.610 prevé en el art. 5 un plazo máximo de 10 días para acceder a la atención sanitaria que asegurará el derecho a abortar. En este plazo debe justificarse terapéuticamente las derivaciones que fueran necesarias, y marca un límite dentro del cual cumplimentar los requerimientos sanitarios que se precisarán según el caso particular (Ej. recabar un consentimiento informado).

No es un plazo para pensar, ni se propone para recapacitar. Tampoco exige la intervención de un equipo de salud interdisciplinario que deba intervenir obligatoriamente. Y si bien el plazo duplicó al proyecto de la Campaña Nacional, el mismo estará acotado por el principio bioético de no maleficencia que obliga a todo efector de la salud abstenerse de provocar un daño en su paciente.

Esto significa que, si el límite de la semana 14 se acerca y la demora en garantizar la prestación puede llegar a colocar la IVE fuera de la legalidad, el plazo jamás podrá ser usado en contra de la usuaria, en tanto se habrá provocado un daño a su autonomía.

En esa obligación de no maleficencia, todo profesional deberá acortar ese plazo y extremar todas las acciones necesarias para que la práctica se garantice antes.

Al mismo tiempo este artículo cataloga de forma expresa todos los derechos que –como usuaria o paciente- tiene la persona que requiere una IVE o una ILE en cualquiera de los subsectores donde el Estado asegura el acceso a la salud.

Es muy importante que se inscriba en el imaginario sanitario que la consulta de aborto –sea IVE o ILE- cuenta con los mismos estándares de calidad que cualquier consulta de salud y también con los mismos derechos para las usuarias –como “sujetos de cuidado” para la ley N° 26.529- y obligaciones para el personal de la salud. Autonomía, confidencialidad, intimidad, trato digno y libre de violencias no suelen ser moneda corriente en el marco de la atención sanitaria de aborto y post aborto, por lo cual esta enumeración que pudiera resultar legislativamente innecesaria, frente a las resistencias de los sujetos supuestos de saber en su propio campo de la salud, deviene a mi parecer imprescindible.

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



***a)Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar;***



Sobre la referencia al trato digno, es interesante siempre recalcar que quien decide abortar tiene sus propias preferencias religiosas, espirituales y éticas que deben ser respetadas. Intuitivamente tendemos a dar por sentado que quien objeta de conciencia tiene una ética y tiene valores, y quién decide no gestar no los tiene. Parte del derecho a un trato digno, implica reconocer la afectación que suponen estas faltas de respeto a la libertad de conciencia de les usuaries.



***b)Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización, conforme las previsiones del artículo 8º de la presente ley.***

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

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



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

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



*El 24 de enero de 2013 una joven a quien llamamos “María Magdalena” fue acusada de aborto por la médica que la recibió por la guardia de un Hospital Público de Tucumán. Durante 3 años estuvo procesada hasta que fue sobreseída en 2015*

en un fallo que indicaba *“La historia clínica es la base de la acusación (...) Este documento jamás puede ser utilizado en contra de una paciente. La Historia Clínica debe estar protegida por la confidencialidad médico y paciente. En cuanto a que ese documento sirva para probar un hecho delictuoso, se viola la confidencialidad que impera entre los profesionales de la salud y sus pacientes (...) En definitiva, es necesario abstenerse de denunciar y guardar secreto cuando una denuncia expone al paciente a un proceso”*<sup>13</sup>.

Pese a la contundencia de esa decisión judicial, el mismo Juez y todas las instancias de revisión locales se negaron a investigar las violencias obstétricas e institucionales que ella denunciaba en el marco de su atención post aborto. Y a lo largo de los años no solo el Juez de Instrucción Penal, sino también la Cámara de Apelaciones de Instrucción y la Corte local confirmaron la decisión del Fiscal de archivar la denuncia con el argumento de que *“frente a la sospecha de maniobras abortivas los médicos tienen obligación de denunciar”* y agregando a la misoginia judicial el sesgo de clase argumentó el Fiscal Arnoldo Suasnabar que *“la relación médico-paciente es no formal en el sector público”*<sup>14</sup>.

Además de validar la denuncia de aborto, el Poder Judicial tucumano sustraía así la atención de la salud de las pacientes pobres -las del Hospital- del marco de derechos que ya regulaba la intimidad y la confidencialidad sanitaria en Ley N° 26.529.

---

<sup>13</sup> Sentencia del 8/9/2015, dictada por el Juez de Garantías Carlos Pisa, en el Expediente N°14339/2012 tramitado en el Centro Judicial Capital de San Miguel de Tucumán.

<sup>14</sup> Expte. N° 24369/2012 tramitado por ante la Fiscalía de Delitos Complejos del Centro Judicial Capital de Tucumán.

8 años pasaron hasta la que Corte Suprema de Justicia de la Nación anuló esa orden de archivo y ordenó al Poder Judicial de Tucumán reabrir la investigación por violación de secreto profesional y violencias post aborto<sup>15</sup>, haciendo hincapié precisamente en la violación de la obligación estatal de investigar con debida diligencia reforzada las violencias denunciadas (art. 7 y 8 de la Ley 26.485). 2 años más se tomó la Corte local para ordenar efectivamente ese desarchivo<sup>16</sup> al Ministerio Público Fiscal.

De habernos prestado atención el Ministerio de Salud y el Poder Judicial sobre el caso María Magdalena en 2012, “Belén”<sup>17</sup> jamás hubiera estado presa porque su criminalización fue producto de la violación del secreto, de la violencia institucional y de la violencia obstétrica que inscribieron en 2014 un mensaje feroz en su cuerpo, y un poco en el de todas.

Cuando defendimos desde la Fundación Mujeres x Mujeres (MxM en adelante) a “Belén”, sostuvimos en 2016 que el secreto profesional se violó en 3 oportunidades: en un primer momento cuando el personal de salud sacó de la órbita estrictamente sanitaria el evento

---

<sup>15</sup> Sentencia disponible en <https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/consultaSumarios/buscarSumariosFallo.htm?idSumario=151454>

<sup>16</sup> “Tucumán: la Corte ordenó investigar violencias médicas en la atención de un aborto espontáneo”

Nota periodística de Mariana Carabajal publicada en Página 12. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/384440-tucuman-la-corte-ordeno-investigar-violencias-medicas-en-la->

<sup>17</sup> Sentencia disponible en: [http://www.sajj.gov.ar/corte-suprema-justicia-local-tucuman-sss-homicidio-agravado-vinculo-mediando-circunstancias-extraordinarias-atenuacion-fa17240000-2017-03-23/123456789-000-0427-1ots-eupmocsollaf?utm\\_source=newsletter-semanal&utm\\_medium=email&utm\\_term=semanal&utm\\_campaign=jurisprudencia-provincial](http://www.sajj.gov.ar/corte-suprema-justicia-local-tucuman-sss-homicidio-agravado-vinculo-mediando-circunstancias-extraordinarias-atenuacion-fa17240000-2017-03-23/123456789-000-0427-1ots-eupmocsollaf?utm_source=newsletter-semanal&utm_medium=email&utm_term=semanal&utm_campaign=jurisprudencia-provincial)



obstétrico y se permitió el ingreso del personal policial al quirófano; en un segundo momento cuando entregó su historia clínica al ser requerida por personal policial y por el Ministerio Público; y finalmente, cuando quienes la atendieron dentro del Hospital y tenían obligación de preservar su intimidad, declararon judicialmente en su contra el proceso de homicidio.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, 5 años después de que Belén estuviera presa, sostuvo en el caso **“Manuela vs. El Salvador”**: *En virtud del derecho a la vida privada y del derecho a la salud, las personas tienen derecho a que la atención médica sea confidencial y a la protección de los datos de salud. Dicha protección trae como consecuencia que la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión no debe ser difundida y se encuentra privilegiada por el secreto profesional. Esto incluye tanto la información compartida por el paciente mientras es atendido, como la evidencia física que el personal médico pueda observar al brindar atención médica. En este sentido, los médicos tienen un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos. Y valoró expresamente que: “la médica tenía la obligación de abstenerse de declarar sobre la información que le constara por haberle brindado atención médica a Manuela y abstenerse de compartir información confidencial. Asimismo, la Corte considera que los datos personales contenidos en la historia clínica son datos sensibles, los cuales solo podían ser divulgados bajo autorización de autoridad competente”<sup>18</sup>*

Respecto de la confidencialidad y la privacidad, cabe hacer referencia expresa a que tanto la documentación clínica que estructura la

---

<sup>18</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso “Manuela\* y otros vs. El Salvador”. Sentencia de 2 de noviembre de 2021.

consulta de aborto legal o permitido por la ley, como la información que circula en la atención, están resguardadas por la obligación de guardar secreto que impide al personal de salud revelar sin consentimiento la misma familiares, e incluso a un Juez o Jueza. Esta obligación legal y ética no cede ante ninguna otra persona que no sea la titular de la información y destinataria de la protección: la paciente.

No debe olvidarse que la obligación de guardar secreto se extingue con la muerte del profesional de salud, ni siquiera con la muerte de su paciente, con lo cual es verdaderamente desalentador que se haya consignado esta referencia éticamente equivocada en la reglamentación de la ley, sobre todo, si se atiende al hecho de que son muchas las formas de activismo judicial sanitario para resistir el derecho a decidir, como para que crear confusiones en torno a los estándares vigentes resulte inocuo.

En momentos donde los conservadurismos se encuentran asediando fuertemente el derecho a decidir, es importante que el personal de salud no ceda sus obligaciones sanitarias de resguardar la documentación clínica y de guardar secreto de lo que conoce en la consulta de aborto, para que la misma sea una consulta de calidad y la política pública sea eficaz.



***d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones***



*personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad;*

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

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

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



Autonomía e información van de la mano para el efectivo ejercicio del derecho a decidir.

Es un gran acierto que se haya consignado expresamente la obligación de informar con los alcances y previsiones que tiene la casuística de la atención sanitaria de aborto, que incluye, frente a una consulta por embarazo la necesidad de recibir información acerca de la legalidad de 2 cursos de acción terapéutica posibles: gestar y parir; o bien abortar. Esta información que se presume

equivocadamente conocida es clave para un ejercicio autónomo de los derechos inherentes a la soberanía sexual.

En el caso de atención clínica de niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual convive dentro del ámbito sanitario la obligación de guardar secreto y la obligación de “comunicar” los abusos sexuales al Ministerio Público que sale de los Códigos Procesales Penales provinciales, del art. 18 de la Ley N°26.485 y de la sanción de la Ley N° 27.455 que modificó el art. 72 del Código Penal colocando todos los abusos sexuales como delitos de investigación de instancia pública. Funcionaría en este caso como una “justa causa de revelación de secreto” respecto de la regla general que es la de callar y guardar secreto. Por eso es importante privilegiar la puesta en funcionamiento del

Sin embargo, la obligación de denuncia o la “comunicación a la Justicia”, como llaman en algunas provincias, no se trata simplemente de arrojar a la existencia judicial la vida sexual de las víctimas y así desentenderse de un problema.

Según indica el **Protocolo para la Atención de Víctimas de Violaciones Sexuales** elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación *“En los casos de violaciones o abusos a menores de 18 años, el equipo de salud deberá realizar un abordaje inicial –las intervenciones de emergencia– derivar a servicios especializados, comunicar el hecho a los organismos de protección de derechos correspondientes a esa jurisdicción y denunciar ante la Justicia en el momento y forma acordado, tomando en consideración la autonomía progresiva de la niña, niño o adolescente, su interés superior, su red*

*de contención y el riesgo al que está expuesta en cada caso*<sup>19</sup>. Esto significa que el personal de salud debe primeramente privilegiar la contención de la víctima, asegurar su integridad personal y resguardar su subjetividad, para luego, en el marco de una acción articulada con el Sistema de Protección de las Infancias en cada provincia intentar la persecución punitiva del delito.

Cuando equivocadamente se centra la primera atención de la víctima en la denuncia penal, pueden ocurrir re victimizaciones institucionales y sociales que perjudican el abordaje integral y colocan en situación de mayor vulnerabilidad a quién está en situación de paciente.

En el caso de víctimas de abusos sexuales mayores de edad la obligación de denuncia de la violencia sexual para el personal de salud cede ante la excepción expresa creada por el art. 24 inc. d) de la Ley N° 26.485 que reconoce sólo a la víctima la legitimación para ese trámite. En el afán muchas veces paternalista del personal de salud, suelen judicializar estos casos por fuera de la voluntad de las víctimas y ello apareja serias afecciones en la salud integral en tanto la decisión de instar los mecanismos institucionales para perseguir punitivamente una ofensa sexual es una decisión personalísima de quién ha sido víctima de esta violencia.

---

<sup>19</sup> *Protocolo para la atención de víctimas de violaciones sexuales*. Ministerio de Salud de Nación. (2021)

Disponible en [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo\\_Atencion\\_Personas\\_Victimas\\_Violaciones\\_Sexuales\\_2021\\_5.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf)

El denominador común de muchas de estas denuncias o comunicaciones previas, titularizadas por personal de salud objetor u objetora de conciencia, es abrir una puerta judicial que impida la consecución de un aborto permitido por la ley. Por ello es importante destacar que es una acción maleficente –esto en términos bioético implica una acción deliberadamente ejecutada por el personal de salud para provocar un daño en su paciente- poner en foco las cuestiones judiciales antes que las obligaciones sanitarias destinadas a reconstituir el estado de completo bienestar físico, psíquico y social de la persona que busca ayuda sanitaria.

La autonomía se encuentra en este artículo estrechamente ligada al derecho a recibir información y al respeto por las propias cosmovisiones. En esta línea, el art. 6 de la ley vuelve a recoger la importancia del rol del personal de salud para fortalecer esa soberanía reproductiva cuando detalla cuáles son los lineamientos de esta obligación sanitaria.

Respecto de la objeción de conciencia, el art. 10 volverá sobre la importancia de la autonomía cuando recupera al regular la objeción de conciencia, la obligación sanitaria de derivar en forma legal como la única salida sanitaria del personal de salud que permite preservar la propia indemnidad de conciencia, sin afectar la autonomía de su paciente.

La obligación de brindar información sobre la legalidad de la IVE, que suele ser un recurso por demás usado por objetores y objetoras a los fines de imponer planes de vida heterónomos, está establecida con claridad de manera tal de evitar que se omita maleficentemente cumplir con este recaudo.

Una de las ficciones a la que el derecho nos acostumbra es que este se “presume conocido” luego de la publicación de las leyes, por eso, la importancia de regular de esta forma la obligación sanitaria de informar y al mismo tiempo, impide hegemonizar el estándar de autonomía para tomar decisiones según parámetros de una “paciente sobre informada” que no es la persona promedio que acude a la consulta. De ignorar esto último, puede conducirse equivocadamente a ignorar que todas las personas no conocen la ley, y por lo mismo, tampoco sus derechos. La mención especial a la necesidad de información “actualizada” -esto es basada en las últimas evidencias científicas- descarta de plano la posibilidad de ofrecer un legrado si no hay justificación terapéutica para ello.

El derecho a recibir información, comprende también el derecho a rechazarla y puede ser invocado, por ejemplo, frente al pedido médico de estudios de imágenes del feto —ecografías- o frente al ofrecimiento de escuchar los latidos, que suelen ser usadas como técnicas para conmovir tu decisión. Si la ecografía fuera necesaria y exista una justificación médica para ello en beneficio de la salud cada usuaria puede, en el marco de este derecho, exigir que quien lleve a cabo la ecografía gire la pantalla y retire el sonido para que no se afecte su autonomía.



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



Rescatamos especialmente el inc. f) que habla de la “calidad” en la atención de IVE. Esto permite exigir -al igual que en cualquier evaluación sobre una buena o mala praxis médica sobre cualquier patología- qué tanta diligencia, pericia y observancia de reglamentos ha puesto a disposición el personal de salud. Y al mismo tiempo, desarticularía la posibilidad de que provincias especialmente castigadoras del derecho a decidir el personal de salud retacee un aborto farmacológico que es el método recomendado y preferido por la Organización Mundial de la Salud por sus beneficios para quien aborta desde hace años<sup>20</sup>.

Puede pensarse que el legrado está demodé y pertenece a épocas pasadas, por ello es útil tener presente que en muchas Instituciones suele proponerse este tratamiento quirúrgico como carta de triunfo de objetores y objetoras para disuadir la decisión de abortar; y también como herramienta de castigo para quien llega en situación post aborto.

Una atención de calidad frente a un embarazo avanzado exige una asistolia. Esto implica producir la muerte intrauterina fetal para evitar un nacimiento con vida. Sobre todo, en el caso de niñas, donde la detección tardía del embarazo es producto de un develamiento también tardío, observamos con preocupación que se suele confundir el método de evacuación uterina con la misma

---

<sup>20</sup> *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014) Disponible en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715\\_spa.pdf;jsessionid=52C21CF20816FD487C2B5DCAABB889D9?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=52C21CF20816FD487C2B5DCAABB889D9?sequence=1)



interrupción del embarazo y eso evita que el aborto se produzca y esté amparado por la ley. Es decir, no interesa si la evacuación uterina es por cesárea o vía baja, lo que interesa par que el aborto sea legal y la práctica de ILE esté amparada por la ley es que efectivamente se garantice de manera médica la interrupción de la vida intrauterina antes de la evacuación.



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

**a) Información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios, siguiendo los criterios del artículo anterior;**

**b) Atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso;**

**c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la ley 25.673 o la normativa que en el futuro la reemplace.**

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



La información es clave para la toma de decisiones libres e informadas. Por ello, que se haya establecido con detalle cómo es que debe brindarse la misma en la atención de aborto es central.

Una ley que se hace cargo de las interseccionalidades de sus destinataries, es una ley más justa en tanto busca compensar la desigualdad propia de la relación sanitaria, pero también la desigualdad de poder que estructura identidades de género más desaventajadas que otras según las variables de subordinación que se adicionan en una persona, a su condición de género. Por ello se señaló en el artículo anterior el valor de obligar al personal de salud a informar sobre la IVE como alternativa terapéutica disponible para toda persona que gesta hasta la semana 14 con la finalidad de evitar que la escasez de recursos simbólicos de quién desconoce esta opción legal, devenga en maternidades forzadas que arrasan la autonomía.

La información sobre el tratamiento también es muy importante se reconozca como obligatoria en tanto los poderes biomédicos y la asimetría propia de la relación sanitaria suelen evitar dar demasiados datos sobre procedimientos médicos y se recaban consentimientos informados viciados si es que la persona que atravesará el mismo acuerda con este, pero sin conocer a ciencia cierta: riesgos, ventajas, signos de alarmas y cursos de acción frente a un síntoma determinado.

En la misma línea, el art. 6 indica la obligación de poner a disposición la consejería pre y post aborto, pero reconoce expresamente que esos servicios “no son obligatorios para la paciente, ni condición para

la realización de la práctica”, lo cual descarta un espacio de paternalismo médico que podría profundizar la desigualdad de poder propia de la relación sanitaria y arrasar la autonomía de la usuaria.

El Decreto N° 516/21 nada indicó sobre este artículo, pero es útil tener presente que el art. 7 de la ley N° 26.529 prevé que los procedimientos no invasivos o no quirúrgicos sean consentidos suficientemente de forma verbal, lo cual no obsta a que se registre en la Historia Clínica, pero sí evita la parafernalia sanitaria y burocrática que se realiza con este proceso personalísimo al punto tal de convertirlo en un mero acto formal de firma de formularios que no resistiría ningún test bioético -ni jurídico- si la paciente no ha recibido información suficiente, clara, veraz, basada en evidencia científica y acorde a sus competencias que le permitan la toma y la manifestación de una decisión sanitaria libre.



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

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

*deberá ser efectuada de la siguiente manera:*

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

*b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.*



Según reglamenta el Decreto 516/21, como ya lo hacía sobre este mismo tema la Ley N° 26.529 “En la historia clínica se deberá dejar constancia del otorgamiento del consentimiento informado. En los casos en que, por las condiciones de la persona gestante, el consentimiento no pueda emitirse por escrito, se otorgará en un formato que le resulte accesible como braille, digital, audio, entre otros, y el mismo deberá incorporarse a la historia clínica”.

En ambos casos, frente a la atención clínica de pacientes mayores y menores de edad, la decisión le pertenece siempre a los pacientes.

Erradamente se suele confundir autonomía con consentimiento informado, cuando en realidad el primer concepto se refiere al derecho a tomar decisiones autorreferentes en procesos reproductivos y segundo alude al proceso sanitario a través del cual

circula información de calidad para favorecer la toma de decisiones libre sobre los propios procesos biológicos de una persona. Están ligados, pero no son conceptos equivalentes que se sustituyen uno con otro.

Algo similar ocurre con la noción de “consentimiento informado” - proceso de brindar información para poder recabar una decisión informada- que suele resultar equiparada a la firma del formulario que prueba de que ese proceso de recabar el consentimiento se llevó a cabo.

Hecha esta aclaración, con adultos no suelen presentarse problemas en este campo. Más si con niños y adolescentes, pese a que son sujetos de derecho para la Ley, y no objeto de protección. Esto último requiere reconocerles autonomía suficiente para tomar por sí mismas decisiones reproductivas que involucran su desarrollo, su vida y su salud, siempre que cuenten con información cierta, veraz, acorde a sus competencias y basada en evidencia científica.

Nuestro Código Civil y Comercial ha legalizado, en el año 2015, el concepto de autonomía progresiva para decidir “tratamientos médicos”. El art. 26 establece que los niños, las niñas y adolescentes que cuenten con la “madurez necesaria” tienen derecho a que su opinión se tenga en cuenta. Ello significa que, incluso antes de los 13 años donde su consentimiento se complementa con el de sus representantes legales, si tienen capacidad de entender qué es lo que le ocurre a su salud, qué implica un embarazo en sus vidas, cómo afecta su plan de vida, cuáles son sus posibilidades médicas en términos de complicaciones biológicas, cuáles son los riesgos que corren frente a un embarazo con su corta edad, cuáles de esos

riesgos están dispuestas a correr, cuáles las alternativas terapéuticas que cuentan para su caso y cuáles beneficios les reporta cada curso de acción terapéutica en su caso específico, estarán en condiciones de tomar de forma libre y autónoma las decisiones que involucran su salud y vida.

Este mismo criterio contenía la ley N° 25.673 que crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, aunque ahora se ha disminuido de 14 a 13 años la edad en que se presume que los adolescentes son competentes.

El art. 26 del Código Civil y Comercial de la Nación indica quienes deciden y cómo se documentará esa decisión a través de lo que se conoce como consentimiento informado y establece distintas casuísticas según la edad y tipo de tratamiento. Para personas gestantes con más de 16 años la ley garantiza los mismos derechos que tienen las mujeres mayores de 18, por lo cual podrás decidir de forma exclusiva y sin ningún tipo de intervención o interferencia de terceros, de asistencia o representación legal, abortar o llevar adelante tu embarazo.

Dentro de la categoría “adolescentes”, que comprende personas entre 13 y 16 años, la ley presume la posibilidad de decidir libremente –esto es sin ningún tipo de sistema de apoyo- aquellos tratamientos que no resultan invasivos, es decir, que no comprometan o pongan en riesgo la integridad. Solamente cuando el tratamiento sea invasivo o comprometa la integridad, resultará necesario un sistema de apoyo para “consentir” la práctica. Y si existe contradicción entre quien interviene para complementar el consentimiento y la decisión de una adolescente, el desacuerdo no se

judicializa, sino que debe decidirse la conveniencia o no del acto médico para la salud de la adolescente, respetando el interés superior de quien está gestando.

Quienes cuenten menos de 13 años decidirán siempre, pero el consentimiento deberá complementarse con el de los progenitores, representantes legales o referente afectivo. Ello no implica omitir computar su decisión y mucho menos, ignorarla.

Respecto del criterio de invasividad, este artículo recoge los mismos parámetros de la autonomía progresiva de la Resolución N° 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación la interpretación del término de “invasividad” para indicar que deben ser tratamientos de gravedad que impliquen “riesgo para la vida o riesgo grave para la salud”. Es decir, todos los tratamientos que no pongan en riesgo la vida de los adolescentes pueden ser decididos y consentidos exclusivamente por ellos.

Entonces, el concepto de autonomía progresiva no fue inventado por la Ley 27.610 sino que ya existía desde antes.

El reconocimiento de la autonomía “progresiva” de los niños y adolescentes se fundamenta también en su derecho a la intimidad, que impide al personal de salud que ignore el grado de madurez suficiente que tiene su paciente a la hora de comprender y valorar sus opciones.

Más allá de la madurez suficiente para decidir tratamientos médicos puntuales, es un derecho humano de todos los niños y adolescentes

ser oídas y que su decisión sea tenida en cuenta a en escenarios donde se compromete su autonomía.

En cualquier caso y salvo una discapacidad mental muy severa, es acertado presumir que cualquier niño está en condiciones de comprender qué significa gestar, parir y cuidar. Por eso, siempre pueden decidir y deben ser escuchados. Y si frente a la información que le profesional le brinda sobre los riesgos que implica un embarazo y un parto en la vida de cualquier niño, él toma la decisión de abortar viola la autonomía progresiva el accionar sanitario destinado a sostener que no comprende qué le ocurre y, por ende, que no está en condiciones de decidir abortar.



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



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



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

El Decreto N° 516/21 viene a reglamentar este artículo y aclara que “Si existiera, en los términos del artículo 38 del Código Civil y Comercial de la Nación, una sentencia judicial de restricción a la capacidad que impida prestar el consentimiento para interrumpir el embarazo o la persona hubiera sido declarada incapaz judicialmente en virtud del artículo 32, último párrafo del Código Civil y Comercial de la Nación, el consentimiento deberá ser prestado, en los términos en que se haya dispuesto en la sentencia, por la persona designada o nombrada representante de acuerdo a lo establecido en el inciso c) del artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación, o a falta o ausencia de esta, la de una persona allegada, en los términos del último párrafo del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. En ningún caso se deberá solicitar autorización judicial para acceder a la interrupción del embarazo)”

Todas las personas con capacidad de gestar, con y sin discapacidad, pueden tomar sus propias decisiones respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva

Debe asegurarse que existan los ajustes razonables y sistemas de apoyo (en este último caso, si la persona los solicita) para permitir las

personas con discapacidad (PCD) y todas aquellas que lo requieran puedan comprender el contenido del documento y dejar asentada su voluntad, como se verá en las siguientes secciones.

Los ajustes razonables son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para garantizar a las personas el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 2).

El **Protocolo elaborado por el Ministerio de la Nación** a los fines de estandarizar buenas prácticas en el acceso a la prestación sanitaria aclara que “Tal como se remarca en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, en aquellos casos excepcionales en que no pueda emitirse la firma por escrito, conforme al artículo 7 de la Ley 27.610, esta se podrá brindar en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias.

Lo central es que quede de manifiesto que la persona comprende la información y expresa su voluntad en tal sentido.

En todos los casos, es importante tener presente que siempre la/el propia/o titular del derecho es quien emite su voluntad, incluso en los casos en que soliciten asistencia de sus progenitores o allegados o de un sistema de apoyos para brindar su consentimiento”.



***Art. 10.- Objeción de conciencia. El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia.***

*A los fines del ejercicio de la misma, deberá:*

*a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;*

*b) Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;*

*c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.*

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

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

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



*Art. 11.- Objeción de conciencia. Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.*

***Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.***



La objeción de conciencia nació como una herramienta noble para resistir la opresión y proteger aquellas minorías que, en el juego de mayorías, podrían ver injustamente arrasada su subjetividad. En nuestro país, el primer antecedente jurisprudencial que reconoció la objeción de conciencia fue el caso “Portillo”, en el que un conscripto pidió eximirse de recibir instrucción militar que le posibilitara alzarse en armas, donde la Corte se encargó de aclarar que le reconocía esta posibilidad, solamente porque corrían tiempos de paz. Y afirmó, además: *“Distinta sería la solución si el país y sus instituciones se encontraran en una circunstancia bélica, pues, en ésta, nadie dudaría del derecho de las autoridades constitucionales a reclamarle a los ciudadanos la responsabilidad de defender, con el noble servicio de las armas, la independencia, el honor y la integridad de Argentina”*<sup>21</sup>.

Desafortunadamente esta herramienta de “excepción”, frente a los derechos sexuales en general y el aborto en particular, invierte su lógica de creación y funciona en los hechos como una “regla”.

Así emergen Instituciones que, al contar sólo con personal objetor, retiran fácticamente de la oferta sanitaria prestaciones médicas lícitas: la favorita es la interrupción legal del embarazo.

---

<sup>21</sup> Corte Suprema Justicia de la Nación in re “Portillo, Alfredo s/Infr. Art. 44 ley 17.531” del 18/04/1989.

El desgobierno de la objeción no sería posible sin la colaboración silenciosa de los tomadores de decisiones políticas que avalan este comportamiento agresivo hacia las usuarias. Por ello, las limitaciones que ha establecido la regulación legal de este instituto respecto de la prestación médica de aborto resultan muy acertadas.

En primer lugar, la posibilidad de objetar está estrictamente acotada a quien como “profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo” y con ello se despeja la duda acerca de si quien desempeña un cargo administrativo dentro de una Institución Asistencial o quién pertenece a una especialidad ajena a la atención clínica de aborto puede o no puede ser objetor u objetora de conciencia. Acá, en Tucumán, existen por ejemplo “Contadores por la vida” lo cual devela que más que la necesidad de preservar la conciencia frente a una prestación que puede comprometer valores éticos propios, hay un posicionamiento político y colectivo en contra de la ley, cosas completamente diferentes.

Tampoco podrían ser objetores de conciencia quienes trabajan en la Farmacia del Hospital que distribuye los fármacos con los cuales se inicia el tratamiento de aborto, ni el personal de enfermería. Solo por dar ejemplos de esta restricción.

Otra limitación importante que, si bien no es nueva, está correctamente establecida para el caso concreto de la atención de aborto: es la derivación obligatoria. La obligación de derivar que tiene todo personal objetor de conciencia que sea consultado por una interrupción legal del embarazo proviene de la legislación vigente respecto de obligaciones legales y éticas para el ejercicio de la profesión.

La ley N° 26.529 que regula los “derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate” y establece en el art. 2 inc. a), cuando prevé el derecho a recibir asistencia sanitaria, que “El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición”.

Para el caso en que el efector no esté dispuesto a asegurar el derecho de la paciente a recibir asistencia sanitaria, el mismo art. 2 inc. a) prevé la figura de la derivación cuando establece que “El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente”. El Decreto N° 1089/12 que reglamenta la Ley N° 26.529, indicaba desde hacía varios años que las formas de registro y concreción de la obligación de derivar al establecer: “Deberá quedar documentada en la historia clínica la mención del nuevo profesional tratante si mediara derivación, o bien, la decisión del paciente de requerir los servicios de otro profesional”.

En la misma línea de las obligaciones legales, se inscribe la derivación como obligación ética de médicos y médicas. El Código de Ética de la COM.RA indica en el art. 203 que “Tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética, aunque estén autorizadas por la Ley. Tiene en ese caso la obligación de derivarlo a otro médico”. Y el Código de Ética de la AMA (3° Ed. De 2016) prevé en el art. art. 475 “El médico, de acuerdo con sus principios

filosóficos, religiosos, morales y sus objeciones de conciencia, podrá excusarse de prescribir anticonceptivos o de colocar dispositivos intrauterinos u otros, debiendo igualmente en todos los casos informar al paciente de manera clara y veraz y referirlo a otro colega para el fin solicitado”.

En esta línea de acotar el efecto dañoso de una objeción de conciencia mal ejercitada, se inscribe la imposibilidad de objetar de conciencia la atención post aborto, en tanto en esa ocasión los dilemas morales en torno al inicio de la vida ya han desaparecido frente a una interrupción que ya terminó con la vida intrauterina por fuera de la intervención sanitaria, y entonces deviene sin sustento invocar la protección para liberarse de brindar asistencia sanitaria. Dicho de otra forma, quien se niega a atender a una persona en situación post aborto, es claro que más que proteger sus propias creencias lo que intenta es castigar moralmente a quién ya tomó una decisión y llevó a cabo un procedimiento con el que el personal objetor no acuerda moralmente y por eso, esta opción no es legal.

La objeción de conciencia se teje y desteje políticamente bajo el abrigo de la falta de secularización del derecho que impide en las provincias la implementación de políticas claves para prevenir el embarazo no intencional. Hablo puntualmente de la hipocresía de impedir la implementación de la ESI bajo el slogan “con mis hijos no te metas” o de negar la entrega de métodos cuestionando la autonomía progresiva, el número de hijos o la decisión de no tenerlos, para después invocar esas mismas políticas para negar el derecho a decidir o empujar a las mujeres a maternidades forzadas o abortos inseguros.

El problema de la objeción de conciencia es que se hace política con ella. El peligro de la objeción de conciencia desgobernada institucionalmente y sin control estatal, es que es que busca vaciar de contenido políticas públicas diseñadas para el acceso a la salud sexual. Será un desafío titánico del Estado garantizar a la población que la libertad de culto de algunos/as no consolide la subalternidad sanitaria de otros que también tienen libertad de conciencia.

Esta misma línea de coherencia se exige al personal objetor en el inciso 1) que se sostenga igual objeción en el ámbito público y en el privado, de manera tal que sea verdaderamente la conciencia lo que gobierne la atención sanitaria que cada profesional garantiza o retacea, y no las posibilidades de ganancia económica. Algo que, aunque lamentable, suele ocurrir no sólo frente a pedidos de abortos legales, sino también de lisis tubaria.

Estos bordes para el buen uso de esta herramienta, si de verdad son supervisados por quien tiene la rectoría en materia de políticas públicas sanitarias, debieran permitir que funcione la objeción de conciencia sin traducirse en barreras para el acceso a la información y a la salud, y sin dañar de esa manera a potenciales pacientes.

Desde hace décadas los Organismos Internacionales afirman que la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud<sup>22</sup> debe ser eficazmente controlada en virtud de que “dicha libertad

---

<sup>22</sup> Comisión Interamericana De Derechos Humanos (CIDH) OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61 22 noviembre 2011. “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”. Disponible en <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>



podría colisionar con la libertad de los pacientes. Y en consecuencia, el equilibrio entre los derechos de los profesionales de la salud y los derechos de los pacientes se mantiene a través de la referencia (...) Por ejemplo, si una mujer requiere información y servicios de planificación familiar y/u sobre otros servicios de salud reproductiva legales, y el profesional de la salud tiene sus propias convicciones respecto de la utilización de dichos servicios, está en la obligación de referir a la paciente a otro proveedor de salud que pueda proveer dicha información y servicios. Ello con la finalidad de no generar barreras en el acceso a los servicios”. (Parr. 95).

Es auspicioso que se haya descartado la objeción de conciencia institucional que tanto militaron los conservadurismos religiosos y que, en vez de ello, el Estado haya tomado la valiente decisión de reconocer lo que en la práctica funciona como tal. Esto es la superposición de objeciones individuales que se convierten de facto en una objeción institucional. Celebro el art. 11 en tanto prevé que la derivación en los casos en que todos los profesionales de un Establecimiento sean objetores será a su costa, esto es afrontado económicamente por la clínica que no garantiza esta práctica, y también a un efector de iguales características, es decir que tenga similares niveles de atención en términos de atención clínica, infraestructura edilicia y comodidades.

Finalmente, el Decreto 516/21 indica que *“el personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de emergencia, cuando la práctica deba realizarse en forma urgente pues su no realización inmediata pondría en riesgo la salud física o la vida de la persona gestante”*



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



El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los estándares de la OMS y en el marco de los derechos humanos. La calidad en la provisión de las prestaciones comprende los aspectos técnicos, de servicio e interpersonales relacionados con el acceso oportuno, eficaz, seguro, equitativo, y centrado en la persona para la atención de la salud. (OMS, 2020).

La regulación expresa de la incorporación de la prestación médica de IVE e ILE dentro del PMO (Plan Médico Obligatorio) implica la imposibilidad del Estado y las Obras Sociales la cobertura social del derecho a decidir abortar.

Al ser esta prestación médica lícita, y al encontrarse nombrada por el Estado dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO) pasa automáticamente a formar parte del piso mínimo de garantía en materia de atención sanitaria.

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos y asegura un gran porcentaje de prácticas ambulatorias, con lo cual no se retrae el Sistema Sanitario con la ocupación de camas.

La medicación recomendada por la OMS es el Misoprostol combinado con Mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta biológico y también reduce el dolor. Ambos figuran en la “Lista de medicamentos esenciales” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 2005 y conforman el régimen más eficaz y seguro de aborto con medicamentos. Sin embargo, la Mifepristona no se encuentra registrada aún en nuestro país por lo cual la urgencia actual de la cartera sanitaria en obtener la aprobación de la ANMMAT para su libre circulación y uso ginecológico.

La práctica de IVE e ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental. La práctica recomendada es la

aspiración de vacío manual o eléctrica. El raspado o legrado uterino se considera desde ya muchos años un método obsoleto para la OMS, dados sus riesgos para la persona gestante.

En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarlo por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención. Tanto el legrado, como el A.M.E.U, se encuentran dentro de las prestaciones lícitas incluidas en el sistema de cobertura social del PMO<sup>23</sup>.



***Art. 13.- Educación sexual integral y salud sexual y reproductiva. El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, de Educación Sexual Integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.***

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

---

<sup>23</sup>Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Ministerio de Salud de Nación. (2021)  
Consultar en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/350362/res1535.pdf>

***en los términos de la presente ley, así como a los funcionarios públicos y las funcionarias públicas que actúen en dichos procesos.***



A partir de la sanción de la Ley Nacional N°26150 de Educación Sexual Integral, se establecen entre los propósitos formativos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI): ofrecer oportunidades de ampliar el horizonte cultural desde el cual cada niño, niña o adolescente desarrolla plenamente su subjetividad reconociendo sus derechos y responsabilidades y respetando y reconociendo los derechos y responsabilidades de las otras personas; Promover hábitos de cuidado del cuerpo y promoción de la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, de acuerdo a la franja etaria de los educandos; promover aprendizajes de competencias relacionadas con la prevención de las diversas formas de vulneración de derechos: el maltrato infantil, el abuso sexual y la trata de niños.

Los actores escolares son clave en el derecho al desarrollo humano de niñas y adolescentes. Este artículo vuelve a situar el rol de la escuela en un lugar preponderante desde el inicio ya que el artículo 2, inciso d), marca que las mujeres y otras identidades de género con capacidad gestante tienen derecho a “prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces”. Y así retoma los compromisos estatales esbozados en la Ley N° 25.673/2003 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y la Ley N° 26.150/2006 de Educación Sexual Integral (ESI). Es decir, dispone y refuerza el derecho al acceso a la información, por un lado, y por el otro, a una educación que contemple cuestiones relativas al

ejercicio de la sexualidad desde una óptica integral para todas las niñas, niños y adolescentes, cuyo responsable es el sistema educativo en su conjunto<sup>24</sup>.

Esto instala una novedad en la planificación curricular. Los contenidos y temas establecidos como piso mínimo para la ESI fueron sancionados por el Consejo Federal de Educación en 2008 (Resol. Nº 45/08), materializados en el documento Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral. Allí no está contemplada la interrupción voluntaria del embarazo ni el aborto en general. Solo se menciona al aborto en los contenidos para la Educación Secundaria (en Ciencias Naturales y Educación para la Salud), y su abordaje como un problema social construido desde distintas miradas (éticas, morales, de salud, cultural, jurídico, etc.). El modo en que se logró esa inclusión temática –luego de una serie de consultas con distintos actores sociales- fue aquel que lo ubicaba como una cuestión social sobre la cual no había consenso, dependiendo del lugar desde el cual se lo consideraba, pero de alguna manera quedaba descartado su abordaje como un derecho, el derecho que se conquistó a fines de 2020 con la Ley de IVE.

El Programa ESI brinda herramientas conceptuales y metodológicas para trabajar la sexualidad desde un enfoque integral, establecidas en sus Lineamientos Curriculares. Desde este marco, el Plan para la Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA)

---

<sup>24</sup> Faur, E y Fuentes, S (2019). [\*Experiencias de embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia. Trayectorias escolares y políticas públicas en la CABA\*](#). Ciudad de Buenos Aires: Fundación Kaleidos, Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires.

focaliza el abordaje de esta temática, de los embarazos forzados, los derechos sexuales y derechos reproductivos, entre otros temas transversales. La prevención de los embarazos no intencionales y de los embarazos forzados es un objetivo prioritario en las políticas públicas que se emprende desde lo educativo y desde la salud, es decir, desde todos los sistemas de protección de derechos. El abordaje integral de esta temática devela desigualdades, riesgos bio-médicos, vulneración de derechos, violencias de género y, en algunos casos, la presencia de delitos. La particularización de estos fenómenos conlleva el compromiso ineludible de generar los mecanismos institucionales e interinstitucionales que garanticen un abordaje sistémico desde el enfoque de derechos<sup>25</sup>.

La importancia de este artículo es que pone en el tapete la necesidad no sólo de modificar los contenidos de la ESI para adecuarlos a la ley, sino también el desafío docente de invitar a pensar que poco importa estar a favor o en contra de la moralidad del aborto, sino que lo que verdaderamente exige la democracia es respetar la ley y difundir los derechos. Será entonces importante no sólo que les docentes reciban capacitación laica y basada en evidencias científicas para poder transmitir esos conocimientos sobre la ILE y la IVE, sino también que omitan clausurar inquietudes de les estudiantes.



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

---

<sup>25</sup> *Embarazos no intencionales en niñas y adolescentes en las escuelas*. Ministerio de Salud de Nación. (2021) Consultar en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento\\_tecnico-n8.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/documento_tecnico-n8.pdf)

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

**1. Con prisión de tres (3) a diez (10) años, si obrare sin consentimiento de la persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona gestante.**

**2. Con prisión de tres (3) meses a un (1) año, si obrare con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86.**

La sanción de la Ley 27.610 legalizó el derecho a decidir abortar hasta la semana 14 inclusive, y a la vez, desincriminó la interrupción voluntaria del embarazo como conducta típica dentro de un sistema de plazos.



Recordemos que, hasta la sanción de esta ley, el aborto se inscribía en nuestro país bajo un sistema de permisos o causales habilitados por el art. 86 del Código Penal para casos de embarazos forzados o riesgosos.

En este artículo se tipifica el delito de aborto cometido por una persona distinta de la mujer. Y se prevén dos penas distintas según el autor o autora obre con o sin consentimiento de quien gesta.

En cuanto la pena para quien provoca un aborto sin consentimiento de la mujer no hubo variaciones.

La escala penal para el caso de que quien lo provoque si fue modificada. El caso más factible para este supuesto es el del personal de salud que obra con consentimiento de la persona gesta, pero fuera del plazo legal; y se redujo la amenaza de cárcel de un mínimo



de 1 años y un máximo de 4 años -lo cual suponía la posibilidad de una pena de prisión efectiva en el horizonte de quién desobedeciera- a un mínimo de 3 meses y un máximo de 1 año lo cual indica que en todo caso implicará una condena en suspenso.

Esta modificación evidencia una decisión estatal de criminalizar con mucha menor violencia la decisión de abortar.

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

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

Esta figura penal compone un nuevo delito y está previsto para los casos en que el personal de salud predispone barreras para el acceso a la prestación médica de IVE o ILE.

El revés de la trama de la objeción de conciencia está constituida por el mal uso de la herramienta y lo que llamamos “objeción de conciencia encubierta” para significar aquellos comportamientos sanitarios más o menos velados que, bajo la apariencia de la objeción, enmascaran una agresión a los derechos a la salud, a la igualdad, a una vida libre de violencias, a la libertad y al plan de vida autorreferente.

La relación sanitaria es per se asimétrica en términos de poder y las posibilidades de dañar se profundizan en estos contextos de desigualdad.

Las conductas que suelen llevarse a cabo para obstruir, dilatar u obstaculizar estas prestaciones son diversas según la objeción de conciencia sea abierta o encubierta. En general, quién ha manifestado adecuadamente su objeción y persigue genuinamente preservar su propio sistema de valores antes que proyectarlos al plan de vida de otra persona, realizará una derivación en forma legal y ello evitará que se generen barreras para el acceso.

No ocurre lo mismo con quién se ubica en un lugar de autoritarismo moral y usa su lugar de sujeto supuesto de saber para intentar disuadir la decisión libre y soberana de quien busca una ILE o una IVE, en cuyo caso no siempre la conducta típica se da a través de una negativa a brindar asistencia sanitaria, sino a través de comportamientos que pueden pasar inadvertidos dentro del Sistema Sanitario y hasta invisibles a los ojos de los pacientes.

Cuando se brinda información sanitaria falsa o sin evidencia científica, cuando se ordenan georreferencias en la atención clínica – redistribución del acceso a la salud según el domicilio y la organización burocrática del Estado-, cuando somete a consideración de Tribunales de Ética o Bioética intrahospitalarios la decisión de abortar, cuando se exigen requisitos que no están dentro de la normativa (v. gr denuncias policiales o judiciales en casos de violencia sexual, peligro grave en el caso de gestaciones riesgosas, cuando se desconoce la figura del referente o allegado afectivo en el caso de

niños, niñas y adolescentes, cuando se prescribe el medicamento con dosis menores a las que requiere la eficacia del tratamiento farmacológico, cuando se le da intervención al Poder Judicial para recabar autorizaciones o reconocer legitimación en Defensorías Oficiales en representación de la vida fetal; cuando se desarrolla artificialmente la vida intrauterina para provocar de manera maleficente un nacimiento con vida en vez de un aborto, cuando se exigen estudios de imágenes sin que exista una justificación terapéutica para ese curso de acción sanitaria y, en esta línea de comportamientos iatrogénicos, cualquier accionar destinado a arrasar la autonomía de cada paciente expresa una objeción de conciencia encubierta que busca agredir, no proteger.

Nótese que no se ha circunscripto la posibilidad de transgresión a la ley penal sólo al personal de salud que pertenece a la rama disciplinar de la medicina, sino a *“el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud” con lo cual la legislación ha tomado razón de la forma interdisciplinaria en que se garantiza el acceso a esta atención clínica, que ya se fue recogida en la Ley 26.485 cuando regula las violencias obstétricas y contra la libertad reproductiva.*

A partir de una investigación realizada por nuestra Fundación a distintos organismos del Estado, conocimos la existencia de 5 casos de "nacidos vivos de ILE". Esto quiere decir que en al menos 5 oportunidades niñas o adolescentes solicitaron una ILE y, de forma ilegal y maleficente, el personal de salud desarrollo artificialmente de la vida intrauterina para provocar un nacimiento con vida.

Este nuevo circuito de obstaculización y negativa de abortos legales abre un nuevo capítulo de terror en la objeción de conciencia de Tucumán, por eso le pedimos a la Corte Suprema de Justicia de Tucumán (Expte. 10589/23), al Sistema Provincial de Salud (Expte. 9557/23), al Ministerio de Desarrollo de Tucumán (Expte. 12035-M-23), al Registro de Adoptantes del Poder Judicial (sin número de expediente a la fecha) y al Ministerio de la Defensa (Expte. 2746/23) información clave para desmadejar este entramado de poder, maleficencia ética y violencia de género.

A su vez presentamos pedidos de información al Plan ENIA Nacional y provincial y un pedido de recomendación a la Defensoría de la Niñez de Nación (ACT.2023-199-DDNNYA). Estos trámites tienen ingreso, pero no tienen respuesta.

En la misma línea de sofisticación de la maleficencia profesional y perversión de la ley, en el año 2021 el médico ginecólogo Leandro Rodríguez Lastra, fue acusado de revertir un aborto en el Hospital de Cipoletti a una joven víctima de violación, aseguró que no incumplió ninguna ley y optó por los procedimientos correctos.

El Tribunal de Impugnación sostuvo: “Rodríguez Lastra, en una relación asimétrica de poder, decidió primero exigir requisitos que la ley no impone, retrasando la interrupción médica del embarazo y negándose a recibir a la paciente –cuando el embarazo no superaba las 21 semanas de gestación. Luego, 4 días después, ante el proceso abortivo ya en curso sostuvo que era tarde para efectivizar la interrupción del embarazo. Impuso su voluntad sobre la de la mujer víctima, expropiando su voluntad y apropiándose del cuerpo de la misma al suministrar el medicamento que retrotrajo el proceso

abortivo que la víctima había voluntariamente iniciado. Tal acción, no consentida por la víctima, finalmente la embarcó a la tortura de una gestación forzada hasta el parto, con todas las circunstancias violatorias de derechos que ello conllevó a lo largo de los meses en los que soportó tal forzamiento”.<sup>26</sup>

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



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

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

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

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

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

---

<sup>26</sup> MPF-CI-00050-2017 - Rodríguez Lastra S/Incumplimiento De Los Deberes De Funcionario Público - Ley 5020. Consultar el Fallo completo:

[https://fallos.jurionegro.gov.ar/protocoloweb/protocolo/protocolo?id\\_protocolo=18c82202-1d8e-45ac-935e-b884ea155770&amp;stj=1](https://fallos.jurionegro.gov.ar/protocoloweb/protocolo/protocolo?id_protocolo=18c82202-1d8e-45ac-935e-b884ea155770&amp;stj=1)



Las modificaciones que trae la Ley 27.610 para el antiguo “aborto no punible” y actual “ILE (Interrupción Legal del Embarazo)” son pocas.

Por un lado, recoge los estándares que la Corte Suprema de Justicia ya había establecido al fallar el Caso F.A.L que se refieren a los requisitos burocráticos para el acceso y la inexigibilidad del denuncia judicial o policial cuando el embarazo es producto de una relación sexual forzada. Esta buena práctica clínica ya había sido incorporada en el Protocolo del año 2015 y sus modificaciones posteriores.

Para el Ministerio de Salud de la Nación, a los efectos de la ILE, se entiende por violación cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas del derecho de la persona de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de engaño, amenazas, coerción, uso de la fuerza, intimidación o aprovechamiento de su estado de vulnerabilidad. Se incluye la violencia sexual dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, en los términos del artículo 5.3 de la Ley 26.485.

**Al momento garantizar la ILE por causal violación es importante considerar que:**

- La violación puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer o persona gestante (incluido el novio, marido, pareja o ex pareja), por personas de su conocimiento o por extraños.
- Todas las relaciones sexuales con penetración en las que mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio o sucedan en el

marco de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder son violaciones.

- Todas las relaciones sexuales con penetración en las que la persona, por cualquier causa, no haya expresado libremente su consentimiento (por ejemplo, por estar dormida, inconsciente o bajo el efecto de alcohol o drogas, o por encontrarse en situaciones como las descritas en el punto anterior) son violaciones
- Toda relación sexual con una niña menor de 13 años es una violación<sup>27</sup>

La declaración jurada es el documento simple en el que se deja constancia de la manifestación de la persona gestante sobre el embarazo producto de una violación. En este documento, sin formalidades legales, queda prohibido exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna. Se anexa al presente protocolo un modelo sugerido de declaración jurada y si bien existen un formato preestablecido por el Ministerio de Salud de la Nación, el mismo es optativo y nada impide se documente clínicamente esa declaración en la historia clínica tomando la precaución de recabar la firma de la persona que declara un abuso sexual.

---

<sup>27</sup> *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.* Ministerio de Salud de Nación. (2021)  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/350362/res1535.pdf>

Lo central es que este documento sea claro y accesible, y puede emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma, incluyendo lenguas originarias.

Luego está lo que se conoce coloquialmente como “causal salud” dentro del ámbito sanitario y es el permiso legal de abortar, sin límite gestacional previsto por el Legislador, para los casos en que se afecte el derecho a la salud.

El artículo inicialmente había incluido el agregado “integral”, pero luego fue quitado. Sin embargo, los estándares vigentes para analizar el derecho humano a la salud se refieren a un estado de completo bienestar físico, psíquico y social para la OMS, y no a la ausencia de enfermedad.

La salud mental es una dimensión de la salud que ha sido ampliamente reconocida en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos y en el derecho argentino. La Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental la define como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3)

Los feminismos jurídicos argentinos venimos –en alianzas con los saberes del campo sanitario- desde hace bastante tiempo construyendo la expansión de este inciso y dándole mayor amplitud a la “causal salud” para abrir la puerta a mayores interrupciones de embarazos. Por ello, francamente, encontré innecesario reabrir este debate a los conservadurismos religiosos en 2020, cuando para los



actores estratégicos del acceso a la salud esa discusión estaba ya saldada.



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

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



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

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

***La tentativa de la persona gestante no es punible.***



Se reduce, al igual que para el caso de terceras personas que provoquen un aborto por fuera del plazo legal con el consentimiento de la persona gestante, la escala penal.

Y la tentativa llevada a cabo por la mujer, en igual sentido que ya estaba normado, no es castigada penalmente.



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



El Decreto 516/21 indicó que, a los fines de supervisar, monitorear e informar acerca de la implementación del presente artículo, el Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deberán definir indicadores que permitan evaluar la consecución de los programas de capacitación. La capacitación del personal de salud sobre los contenidos de la Ley N° 27.610 y de su normativa complementaria y reglamentaria deberá desarrollarse en el marco del sistema de derechos establecido en el artículo 3º de la misma”

Con esta remisión al art. 3 vuelve acá a señalarse de manera expresa que no es cualquier marco normativo el que resulta lógico para las capacitaciones sobre abortos legales, sino sólo aquel que da cuenta de la convencionalidad y constitucionalidad de la decisión de abortar.

Resulta central la capacitación a todo el personal sanitario para que conozca su responsabilidad de respetar los derechos de las personas usuarias y las obligaciones de los efectores frente a este tipo de consultas y atención. En esa línea, cabe referenciar que la

responsabilidad profesional del personal de salud se organiza en base a un continuum que deparará la obligación de resarcir civilmente, la posibilidad de reproche penal y la probabilidad de sanciones administrativas cuando la transgresión de las obligaciones éticas y legales se den en el marco de la atención pública.

Argentina ya ha sido condenada internacionalmente en el caso L.M.R por denegar un aborto a una víctima de abuso sexual y se obligó en el año 2015 a la no repetición de este tipo de violaciones de derechos humanos.



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



El art. 2° del Decreto 516/21 establece al MINISTERIO DE SALUD de la Nación como Autoridad de Aplicación de la Ley N° 27.610 y de la reglamentación que se aprueba por el presente decreto, quien dictará las normas aclaratorias y complementarias que resulten necesarias para su respectiva implementación.



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



**Artículo 22.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional. Dada en la sala de sesiones del congreso argentino, en buenos aires, a los treinta días del mes de diciembre del año dos mil veinte. Registrada bajo el N° 27.610**









ISBN 978-631-90037-6-5



9 786319 003765