

Manual de capacitación para implementar el aborto por causal violación en la Argentina



clacai
CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



CEDES

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



CELA
EQUIPO LATINOAMERICANO
DE JUSTICIA Y GÉNERO



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA

Ramón Michel, Agustina

Manual de capacitación para implementar el aborto por causal violación en la Argentina / Agustina Ramón Michel; Sonia Ariza; adaptado por Agustina Ramón Michel. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEDES; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: REDAAS Red de Acceso al Aborto Seguro, 2015.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 9789872925758

1. Aborto Legal. 2. Violencia Sexual. 3. Salud Reproductiva. I. Ramón Michel, Agustina, adap. II. Título. CDD 613.04

El texto está basado en el documento regional "Interrupción legal del embarazo por causal violación: enfoques de salud y jurídico" (Bergallo & González Vélez, 2012).

Buenos Aires, septiembre 2013

Actualizado parcialmente en diciembre 2014

Revisión y edición con apoyo de:

- Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) a través del Programa de Apoyo a Iniciativas Locales
- Amnistía Internacional en Argentina
- Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA)

Nuestro agradecimiento a estas tres instituciones. También agradecemos las sugerencias de Natalia Gherardi.

El contenido de este documento es responsabilidad de sus autoras y no representa la opinión de esas instituciones.



AMNISTÍA
INTERNACIONAL



CELA
EQUIPO LATINOAMERICANO
DE JUSTICIA Y GÉNERO



Índice

5	INTRODUCCIÓN
5	1. Presentación
7	2. Puntos de partida
9	MÓDULO I - Aborto: Conceptos y marco jurídico
10	1. Modelo de indicaciones: América Latina y El Caribe
12	2. Breve historia de inaccesibilidad en la Argentina
15	3. Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación
21	4. Ejercicios
25	MÓDULO II - La violación: violencia sexual y violencia de género
26	1. La violación: violencia sexual y de género
31	2. La violencia sexual en la legislación: breves apuntes
33	3. Un panorama de la magnitud del problema en América Latina
35	4. Violación, embarazo forzado y aborto
37	5. Ejercicios
41	MÓDULO III - La violación y el aborto en el derecho, la salud pública y la ética profesional
42	1. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: marco conceptual y normativo
72	2. Ejercicios
75	MÓDULO IV - Causal violación: alcance y aplicación
77	1. Alcance de la causal violación
79	2. Guías o protocolos de atención para la ILE
79	3. Requisitos para acceder al ANP por la CV
80	4. Estándares para el acceso a los servicios de la ILE
91	5. Ejercicios
97	MÓDULO V - Responsabilidades en la atención del aborto por causal violación
98	1. Obstáculos para el acceso a la ILE por parte de agentes responsables
102	2. Tipos de responsabilidad en la práctica profesional médica
110	3. Ejercicios
115	ANEXO - Apuntes sobre los sistemas internacional y regional de derechos humanos y sobre legislación argentina, y algunos desarrollos sobre violencia de género, violencia contra las mujeres, violencia sexual y aborto en esos sistemas
131	SENTENCIAS
133	BIBLIOGRAFÍA

Introducción

1. Presentación

Este documento es un recurso de capacitación y reflexión para implementar el aborto por causal violación (CV) en la Argentina. Este documento REDAAS tiene el propósito de apoyar a los profesionales de la salud y a las personas que trabajan en el campo de la salud reproductiva y en la atención a la violencia contra las mujeres en la Argentina. Partimos de la idea de que la garantía y la ampliación del acceso al aborto legal involucran a los profesionales de la salud, tanto porque ellos son los que deben brindar la información necesaria a las mujeres como porque son quienes acompañan o realizan la práctica.

Una buena capacitación no se limita a transmitir información y desarrollar aptitudes técnicas básicas, sino que se orienta a promover cambios actitudinales, crear o renovar la confianza en las capacidades individuales y grupales, y a abrir el debate a nuevas ideas y argumentos, así como a fortalecer las políticas de salud a través del conocimiento técnico y el compromiso profesional. Por esto, es necesario que cuenten con información fundamentada, y espacios de discusión y reflexión para elaborar conocimiento, generar cambios actitudinales positivos y crear una comunidad de buenas prácticas.

La estructura de este texto está dada en cinco módulos temáticos. Al comienzo de cada uno se presentan los objetivos, las ideas articuladoras y los materiales recomendados, a continuación se desarrollan los temas, finalizando con una sección de ejercicios para poner en práctica los elementos teóricos.

Esta estructura tiene como fundamento hacer de este manual una herramienta útil en diversos ámbitos y fines, de tal modo que pueda emplearse en talleres de formación en el campo de salud, o metodologías similares, según los objetivos y estilos de cada grupo de capacitadores y contexto institucional. Por ejemplo, hemos pensado que podría ser usado por autoridades sanitarias, por servicios de salud o por la sociedad civil para capacitar, y difundir, lo concerniente al aborto legal, según las necesidades y los objetivos particulares que se tengan en cada caso.

El módulo I, *Aborto: Conceptos y marco jurídico*, introduce la situación legal del aborto en la Argentina y algunas prácticas, con especial atención a la interrupción del embarazo por la causal violación.

El módulo II, *La violación: violencia sexual y violencia de género*, ofrece una serie de definiciones, reflexiones y datos sobre la violencia de género, la violencia sexual y la violación, como introducción y complemento para abordar el aborto por la causal violación.

El módulo III, *La violación y el aborto en el Derecho, la salud pública y la ética profesional*, presenta el marco conceptual y normativo que da sustento al aborto no punible (ANP)¹ en caso de violación, y aborda la cuestión de la violencia sexual.

1. Nos referiremos de forma indistinta a aborto no punible (ANP), causal de aborto, aborto legal, supuesto despenalizado e interrupción legal del embarazo (ILE).

El módulo IV, *Causal violación: alcance y aplicación*, desarrolla los alcances de la causal violación y su aplicación en los servicios de salud.

El módulo V, *Responsabilidades en la atención del aborto por causal violación*, ofrece una serie de estándares sobre la responsabilidad profesional y su aplicación a través de algunos ejemplos.

Por último, un anexo y una extensa bibliografía. Estas secciones pueden ser consideradas como un material de consulta constante, porque son temas que tienen una importancia social e histórica subrayados por la necesidad de una atención urgente, ya sea en el ámbito nacional, como en toda Latinoamérica o en cualquier lugar del mundo.

El texto está basado en el documento regional "Interrupción legal del embarazo por causal violación: enfoques de salud y jurídico" (Bergallo y González Vélez, 2012) y en ideas y materiales de la experiencia en investigación y capacitación desarrolladas para la Argentina por el equipo del CEDES. Los conocimientos obtenidos en ambas fuentes dieron lugar a definir "puntos de partida" como eje estructural de las capacitaciones. Estos "puntos de partida" sirven de guía para el tratamiento de las diversas dimensiones del tema de aborto por CV y su aplicación en la Argentina.

2. Puntos de partida

- ✓ La Argentina cuenta con supuestos despenalizados de aborto, es decir, con abortos legales, en el artículo 86 del Código Penal. La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en 2012 reconoció el derecho al ANP.
- ✓ La atención de la CV (art. 86 inc. 2 Código Penal) es un componente de la atención integral de las mujeres en situación de violencia sexual y de género.
- ✓ La CV debe ser entendida y aplicada por los profesionales de la salud a partir de la declaración de la mujer acerca de la existencia de la violación, sin exigir otros requisitos irrazonables e injustificados.
- ✓ La causal salud (art. 86 inc. 1 Código Penal) es una manera de proteger la salud de las mujeres.
- ✓ El concepto de salud debe aplicarse de modo consistente con el derecho y el campo de salud argentino, es decir, de manera integral: física, mental y social.
- ✓ Dado que en la Argentina el aborto está despenalizado en caso de peligro para la salud (causal salud) y también por la causal violación, puede surgir una situación fáctica en la que ambas causales sean aplicables. En caso de coexistencia de causales, el prestador debe aplicar aquella causal cuyos requisitos sean menos gravosos y más permisivos para la mujer, de acuerdo con el contexto en el que se encuentre (González Vélez, 2008). Asimismo, la noción de coexistencia de causales busca poner de manifiesto que una mujer sobreviviente de una violación, en general, padecerá una afectación en su salud física o mental que debe tenerse en cuenta en el proceso de la atención.
- ✓ La interrupción legal del embarazo (ILE) debe ser abordada como una cuestión de derechos y de salud pública. El acceso al aborto legal sintetiza un conjunto de derechos de las mujeres y resulta una obligación por parte del Estado, de los agentes del sistema de salud y de otras instituciones intervinientes. En materia de salud pública hay que tener en cuenta "la carga oculta de la violencia contra las mujeres", carga que demanda que los sistemas de salud ofrezcan respuesta a las complejas y duraderas consecuencias físicas y psicológicas de la violación, así como también a la opción de ANP (Heise *et al.*, 1994).

MÓDULO I

Aborto: Conceptos y marco jurídico

♦ Objetivos

- ✓ Conocer la situación legal del aborto en la Argentina.
- ✓ Explorar los modelos de regulación del aborto en América Latina y el Caribe.
- ✓ Abordar el funcionamiento del acceso al aborto legal en la Argentina.

♦ Ideas articuladoras

- ✓ La regulación jurídica del aborto admite diversas opciones, tal como lo reflejan los distintos modelos existentes.
- ✓ En la Argentina hay supuestos de despenalización del aborto desde 1922.
- ✓ El alcance del artículo 86 del Código Penal incluye el peligro para la vida (causal vida) y la salud (causal salud) de las mujeres, y el caso de violación (causal violación).

♦ Materiales recomendados

- ✓ Asociación por los Derechos Civiles (ADC). "Aborto no punible: Fallo *FAL*. s/ medida autosatisfactiva. ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?". Buenos Aires, ADC, 2014 (versión actualizada).²
- ✓ Asociación por los Derechos Civiles (ADC) y Women's World Wide. Manual sobre el Derecho al Aborto no punible en Argentina. ADC, Buenos Aires, 2014.
- ✓ Gherardi, N. "El derecho al aborto, nuevamente ante la Corte Suprema". Clarín. 25 de septiembre de 2013.³
- ✓ González Vélez, A. "Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe" en Asuntos de Género, Series CEPAL, Nro. 110, 2011.⁴
- ✓ Ramón Michel, A. "Comentario a fallo *FAL* aborto por violación", Revista Microjuris: doctrina. MJD5737, 2012.
- ✓ Ramos, S., Bergallo, P. Romero, M. y Arias Feijoó, J. "El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en Argentina", en Derechos humanos en Argentina, Informe 2009. Buenos Aires, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)-Siglo XXI, 2009.
- ✓ Spot "Aborto inseguro", Amnistía Internacional Argentina y Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).⁵
- ✓ Spot "Causal violación", Amnistía Internacional Argentina, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM).⁶

2. Disponible en: <http://www.adc.org.ar/nuevo-informe-de-la-adc-sobre-el-cumplimiento-de-la-sentencia-de-la-corte-suprema-sobre-aborto-no-punible/>

3. Disponible en: http://www.clarin.com/opinion/derecho-aborto-nuevamente-Corte-Suprema_0_999500099.html

4. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/45264/P45264.xml&xsl=/mujer/tpl/p9f.xsl>

5. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=iHywujY3c&list=UUf9Pdlbf1dL0Wjn3C4dDERA>

6. Disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=3r1gU_4ez2A&list=UUf9Pdlbf1dL0Wjn3C4dDERA

1. Modelo de indicaciones: América Latina y El Caribe⁷

Los regímenes jurídicos sobre aborto en la región pueden clasificarse de diversas formas. A los efectos de este manual, distinguiremos en primer lugar las legislaciones que criminalizan el aborto de aquellas que han abandonado por completo el empleo del castigo penal (como Cuba y Guyana). El resto de los regímenes legales del aborto en América Latina y el Caribe (LAC) penalizan la práctica con distinto alcance. Entre estos sistemas jurídicos se encuentra un espectro que va desde las legislaciones que castigan el aborto durante todo el embarazo hasta su opuesto, donde se hallan aquellas que solo prevén su sanción penal en las etapas más avanzadas de la gestación. Tal como se indica en el cuadro 1, en la región existen tres tipos puros de regulación penal del aborto.

Cuadro 1. Modelos puros de regulación penal del aborto en los textos de las normas y la jurisprudencia.

MODELOS PUROS	PAÍSES
Modelo de penalización total	Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Surinam.
Modelo de causales/permisos/indicaciones/aborto no punible ⁸	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela.
Modelo de plazos/trimestres/derogación/mixto o combinado/a demanda de la mujer ⁹	Guyana Francesa, México DF, Puerto Rico, Uruguay.

Fuentes: Actualización propia en base a DAES y ONU Mujeres (2011).¹⁰

En un primer conjunto de países rige el *modelo de penalización total*, donde el aborto se castiga sin contemplar excepciones. Según el cuadro 1, este modelo está vigente en cinco países. Es, por ejemplo, el régimen instaurado en Chile desde 1989 y en Nicaragua desde que, en el 2007, la Asamblea Nacional derogó la permisión del aborto terapéutico. En este primer modelo, en algunas ocasiones y de manera excepcional, jueces o profesionales de la salud aceptan autorizar abortos, apelando al estado de necesidad en caso de que la vida de la mujer embarazada corra un peligro grave (DAES, 2011).

Un segundo modelo puro de regulación del aborto se conoce como *modelo de permisos*. Este es el tipo de legislación que está vigente, con variantes, en la mayoría de los países de LAC, entre ellos la Argentina. Uno de los rasgos centrales de este modelo es la incorporación de una serie de causales según las cuales el aborto está justificado¹¹.

7. Esta sección es una reproducción parcial de Bergallo y González Vélez (2012).

8. A lo largo del documento se utilizarán las denominaciones "modelos de causales" o "permisos", preferentemente.

9. Preponderantemente, en este documento se utilizará la denominación "modelo de plazos".

10. Las fuentes consultadas para la elaboración, actualización y verificación de esta sección del documento incluyen, además: WHO (2011); Boland, R. y Katzive (2010); Boland, R. (2010).

11. Entre las causales consagradas en las legislaciones encontramos:

- Causal vida, definida como el peligro o riesgo para la vida de las mujeres.
- Causal salud, definida como el peligro o riesgo para la salud de las mujeres, caracterizada en algunos países como salud física, mental o social, tal como la entiende la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Causal incompatibilidad con la vida, que permite el aborto en caso de malformaciones del feto incompatibles con la vida.
- Causal socioeconómica, que permite el aborto por causa de la situación de la mujer.
- Causal inseminación forzada, que permite el aborto en casos de falta de consentimiento de la mujer para la realización de técnicas de reproducción asistida.
- CV, que permite el aborto en caso de ausencia de consentimiento en relaciones sexuales dentro o fuera de la pareja.
- Causal incesto, que permite el aborto por el grado de parentesco entre la mujer y su pareja sexual o agresor.

Por último, el tercer modelo de regulación del aborto se conoce como modelo de plazos por la despenalización del embarazo según el criterio del tiempo. En general, entre las 10 y 14 semanas hay derecho a un aborto a "simple" solicitud de la mujer, y luego de superado este plazo hay causales de despenalización (ej. riesgo para la vida o la salud de la mujer, anencefalia, violación). En el caso de LAC, este tipo de regulación rige solo en Uruguay, México DF, la Guyana Francesa y Puerto Rico. En estas jurisdicciones la ILE se encuentra a disposición de la demanda de la mujer, y se excluye el recurso al derecho penal durante las primeras semanas del embarazo, fijando plazos, como ocurre en México DF, donde la ley vigente sanciona el aborto que se produce a partir de las doce semanas. Además, el aborto se permite en las etapas más avanzadas del embarazo solo en casos indicados en las normas penales vigentes y con ciertos plazos que diferencian el aborto permitido en el segundo trimestre.¹² En el caso de México DF, las indicaciones de aborto permitido rigen entre la semana 12 y hasta la semana 20; a partir de entonces la terminación del embarazo está totalmente prohibida.

En la Argentina, desde 1922 el aborto está despenalizado en las siguientes causales:

- ✓ Peligro para la vida (causal vida).
- ✓ Peligro para la salud (causal salud).
- ✓ Violación (causal violación).
- ✓ "Atentado al pudor" (violación contra mujeres con discapacidad mental o intelectual) (causal violación).

Artículo 86 del Código Penal de la Nación argentina

"El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible:

1) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto."

12. Por esta razón, en adelante nos referiremos a este tipo de legislación como modelo de plazos, mixto o combinado.

2. Breve historia de inaccesibilidad en la Argentina

La historia del acceso de las mujeres a este conjunto de abortos legales está marcada por más de ochenta años de falta de implementación (la norma está vigente desde 1922), período en el que las escuelas de derecho y las de medicina enseñaban solo la versión criminalizadora del aborto. Esta actitud se reproducía en los actores de la salud pública,¹³ en los que la prestación de ANP era casi inexistente, salvo supuestos de anencefalia o embarazo ectópico.

La entrada en el siglo XXI trajo novedades de la mano de mujeres que solicitaban a tribunales y servicios de salud la ILE, y de la asunción de un ministro de salud nacional comprometido en salud sexual y reproductiva, así como de una presencia más decidida del tema en la agenda de las organizaciones de la sociedad civil (Ramos *et al.*, 2009).

El comienzo del fenómeno de judicialización de los pedidos de ANP puede rastrearse hacia fines de 1990, cuando las mujeres a las que se les negó una respuesta en los hospitales recurrieron a los tribunales, reclamando la interrupción del embarazo de fetos anencefálicos.¹⁴ A partir de 2005 aparece otro perfil de mujeres: aquellas embarazadas que enfrentan algún riesgo en su salud, o adolescentes y niñas sobrevivientes de violencia sexual. Parte de estos casos se judicializaron y fueron cubiertos por la prensa de la época. Otros fueron rechazados y olvidados, mientras que unos pocos encontraron profesionales comprometidos, en un contexto de orfandad y morocidad institucional, dispuestos a proveer la práctica (Human Rights Watch, 2010).

Fueron justamente los casos de resonancia pública los que ofrecieron la oportunidad y la motivación política para elaborar protocolos de atención de ANP. De hecho, esta producción de regulaciones sanitarias fue inaugurada por la provincia de Buenos Aires luego de la causa *RLM*.¹⁵ Ese mismo año le siguieron los ministerios de salud de la Ciudad de Buenos Aires, de Neuquén y de la Nación, y el Concejo Deliberante de la ciudad de Rosario.

No obstante, estas regulaciones cristalizaron una interpretación restrictiva de la causal violación (Menéndez, 2011). En la segunda parte del artículo 86, el modelo argentino contempla la despenalización del aborto "si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente".¹⁶ Este texto dio lugar a dos interpretaciones. La primera, sostenida en algunos círculos médicos y legales, aseguraba que la permisión para la interrupción del embarazo era solo para la mujer con padecimiento mental. Una segunda postura defendía que se trataba de dos supuestos: el genérico, que despenalizaba el aborto para cualquier mujer que atravesó una violación, para el que no se exigía ningún requerimiento, y uno específico, destinado a proteger a las mujeres con discapacidad mental o intelectual, inhabilitadas para consentir las relaciones sexuales en todos los casos, y para que el que se requería la intervención de un/a representante legal (Ferrante, 2011).¹⁷

13. Ver, entre otros: Chiarotti (2006); Bergallo y Ramón Michel (2009); Zamberlin (2007); Ramón Michel (2011).

14. Dos momentos institucionalizaron jurídicamente la permisión de estos casos: una sentencia de la Corte Suprema de la Justicia de la Nación (2001) que confirma la decisión del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires y que habilitó la ley 1044 (2003) sobre embarazos incompatibles con la vida extrauterina de esa misma jurisdicción. Hay que aclarar que *ambos materiales jurídicos eludieron referir al aborto y enmarcaron la situación como "adelantamiento de parto", avalando la interrupción del embarazo*.

15. L.M.R. c. Estado argentino. Comité de Derechos Humanos. CCPR/C/101/D/1608/2007. Dictamen 29 de marzo de 2011.

16. Es el caso de una adolescente con discapacidad mental que en 2007 solicitó aval judicial para un aborto. Ver Juliá (2011).

17. Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I.

En este contexto, en 2007 surge la oportunidad de diseñar un protocolo de atención de los abortos legales desde el Ministerio de Salud de la Nación, que anule algunos de estos requisitos irrazonables y promueva una regulación modelo para el país. Este proceso fue impulsado por el propio Ministro y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR).¹⁸

En una segunda ola de regulación iniciada hacia 2010, surgieron los protocolos de las provincias de Santa Fe y Chubut, que siguieron el modelo de la guía nacional. En el terreno de la implementación, una vez que se contó con apoyo regulatorio, los desafíos se centraron en desestimar la necesidad de la judicialización, y alentar la simplificación del proceso de certificación (ej.: sin comités de ética), la aplicación integral del concepto de salud y la interpretación correcta de la causal violación. Por supuesto, todo esto requería servicios de salud sensibilizados e informados, y autoridades sanitarias comprometidas en el proceso de incorporar la atención de la ILE a las políticas de salud sexual y reproductiva.

Lo primero se dio con algunos compromisos inestables por parte del Estado nacional y provinciales, y con esfuerzos de la sociedad civil,¹⁹ mientras que lo segundo tuvo suerte dispar tanto en el tiempo como geográficamente.^{20 21} También, quedó en evidencia que uno de los desafíos más serios que enfrenta el modelo de causales es la baja demanda de las mujeres, debido a la falta de información sobre esta opción y la ausencia de una ruta para las mujeres sobrevivientes de violencia sexual (Bergallo, 2012).

La judicialización de los ANP fue disminuyendo a medida que los tribunales se declararon favorables a las solicitudes, marcando la improcedencia de la judicialización y los correspondientes deberes médicos (Carbajal, 2009). El punto destacado de este período fue, sin dudas, el fallo *FAL* de la Corte nacional (CSJN), dictada en marzo de 2012, en la causa de una adolescente de Chubut embarazada resultado de abuso sexual.²²

El fallo de la CSJN dio lugar a la tercera ola de regulaciones en 2012. De esa manera se sumaron nuevos protocolos provinciales, mientras que otras jurisdicciones modificaron su regulación para adecuarse a los nuevos lineamientos de la CSJN. En total, dieciséis provincias de la Argentina ya cuentan con normativa.²³ Sin embargo no todas responden a los estándares de derechos humanos, de evidencia científica y de procedimiento indicados por la CSJN, al tiempo que en muchos casos han quedado como meros gestos políticos, sin realizarse esfuerzos para su implementación (Cavallo y Amette, 2012).²⁴

18. Mariana Romero y Paola Bergallo (CEDES) estuvieron encargadas de la redacción, mientras que un equipo técnico formado por las autoridades del Ministerio, Silvina Ramos y la Organización Panamericana de la Salud, entre otros, apoyó técnica y políticamente la elaboración y difusión de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles.

19. Grupos de mujeres, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, organizaciones dedicadas a la investigación y a la incidencia, así como organizaciones de derechos humanos.

20. Con la partida del Ministro de Salud de la Nación Dr. Ginés González García este organismo ha sido inconstante en sus esfuerzos, mientras que provincias como Santa Fe y Chubut aparecieron dispuestas a dar tratamiento al tema.

21. Católicas por el Derecho a Decidir, INSGENAR, Seminario de acceso a la Justicia Reproductiva (2011).

22. CSJN *FAL s/Medida Autosatisfactiva F259 XLVI*, 2012.

23. Santa Fe, Chubut, Neuquén, Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Salta, Río Negro, Santa Fe, Chaco, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Jujuy y Misiones.

24. Ver casos en el sitio web "Despenalización del aborto": <http://www.despenalizacion.org.ar/>

Cuadro 2. Mapa regulatorio sobre el ANP en la Argentina.²⁵

JURISDICCIONES CON NORMATIVA		JURISDICCIONES SIN NORMATIVA
Propia	Adhesión a la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles (2010)	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Buenos Aires (Res. Ministerial Nro. 304/2007) ♦ Ciudad de Buenos Aires (Res. Ministerial Nro. 1252/2012)²⁶ ♦ Chubut (Ley XV 14/2010) ♦ Córdoba (Res. Ministerial Nro. 93/2012) ♦ Entre Ríos (Res. Ministerial Nro. 974/2012) ♦ Jujuy (Res. Ministerial Nro. 8687/2012) ♦ La Pampa (Decreto 279/2012; Res. Ministerial Nro. 656) ♦ La Rioja (Res. Ministerial Nro. 1015/2012) ♦ Misiones (Res. Ministerial Nro. 3378/2013) ♦ Neuquén (Res. Ministerial Nro. 1380/2007) ♦ Río Negro (Ley 4796/2012) ♦ Salta (Decreto 1170/2012) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Chaco (Ley 7064/2012) ♦ Santa Cruz (Res. Ministerial Nro. 0540/2012) ♦ Santa Fe (Res. Ministerial Nro. 612/2012) ♦ Tierra del Fuego (Res. Ministerial Nro. 392/2012) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Corrientes ♦ Formosa ♦ Catamarca ♦ Mendoza ♦ San Juan ♦ San Luis ♦ Santiago del Estero ♦ Tucumán
Total: 16		Total: 8
Más la Guía Técnica para la Atención Integral de los abortos no punibles (2010) ²⁷		

Con base en este cuadro, hay que tener en cuenta que solo ocho jurisdicciones poseen protocolos que respetan lo establecido por el fallo *FAL* de la CSJN con respecto al acceso al aborto legal: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego. Si bien otras ocho elaboraron protocolos, estos contienen requisitos que dificultan el acceso: Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta. Finalmente, nueve jurisdicciones no han dictado ninguna regulación: Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán, y el Ministerio de Salud de la Nación aun no le otorgó estatus de resolución ministerial a su guía de 2007 (actualizada en 2010).

Actualmente, si bien aumentó el número de servicios públicos de salud (de distintos niveles de atención) que atienden a las mujeres en situación de aborto legal, aún se registran varios obstáculos de diversa naturaleza, por ejemplo:

- ✓ Institucionalidad extremadamente baja en la mayoría de las provincias.
- ✓ Abuso y tergiversación de la objeción de conciencia por algunos profesionales de la salud.
- ✓ Falta de incentivos para cumplir con los deberes profesionales.
- ✓ Persistencia de sanciones informales a aquellos profesionales que brindan atención en estos casos.

25. Última actualización agosto de 2014

26. Actualmente impugnada judicialmente (septiembre 2013).

27. Esta guía elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2007, actualizada en 2010, no cuenta con aval ministerial a la fecha (agosto 2014).

- ✓ Hostigamientos y maltratos a mujeres que requieren el derecho al ANP.
- ✓ Resistencias a incorporar la AMEU en la práctica sanitaria.
- ✓ Falta de aprobación del misoprostol en las indicaciones y dosis adecuadas para la interrupción del embarazo y de la mifepristone.

3. Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación

3.1 Síntesis del caso

La causa fue iniciada por FAL, madre de AG, una adolescente de 15 años de la provincia de Chubut. AG había sido abusada y violada por la pareja de su madre. A continuación, presentamos una cronología del recorrido de AG en búsqueda de un ANP.²⁸

Cuadro 3. Cronología del trayecto de AG para obtener un aborto por CV.

TIEMPO	RECORRIDO
Diciembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 03/12/2009 Se denuncia la violación ante la justicia penal. ♦ 23/12/2009 Certificado médico por embarazo de 8 semanas.
Enero 2010	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 14/01/2010 AG y FAL solicitan la interrupción del embarazo a juzgado penal; se declara incompetente (11 semanas de embarazo). ♦ 22/01/2010 Reiteran la solicitud ante juzgado de familia (12 semanas de embarazo). ♦ Se rechaza el pedido: primera y segunda instancia judicial.
Marzo 2010	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 08/03/2010 Tribunal Superior de Justicia de Chubut autoriza el ANP (21 semanas de embarazo) (amicus del PNSSYR, entre otros). ♦ 11/03/2010 Se interrumpe el embarazo (22 semanas).
Marzo 2012	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Defensor Público apela ante la CSJN. ♦ Opinión del Procurador Fiscal de la Nación: declarar abstracto; opinión de la Defensora General de la Nación: abrir instancia. ♦ Opinión de todos los amicus (nacionales y regionales): abrir instancia. ♦ 13/03/2012 Sentencia de la CSJN.

3.2 La respuesta de la Corte Suprema y argumentos principales

La causa fue iniciada por FAL, madre de AG, una adolescente de 15 años de la provincia de Chubut. AG había sido abusada y violada por la pareja de su madre. A continuación, presentamos una cronología del recorrido de AG en búsqueda de un ANP.²⁸

28. Esta breve cronología tiene como principal objetivo mostrar el tiempo que insumió la judicialización, teniendo en cuenta que se trata del embarazo de una adolescente que sufrió abuso sexual.

La CSJN, a través del fallo FAL:

- ✓ Confirmó que el artículo 86 del Código Penal incluye la despenalización del aborto cuando ha ocurrido una violación de una mujer, cerrando así la disputa interpretativa acerca del alcance de esta causal.
- ✓ Interpretó que no hay obstáculos constitucionales ni convencionales para la despenalización del aborto.²⁹
- ✓ Indicó que la obtención de esta práctica no requiere autorización judicial ni denuncia policial de la violación.³⁰
- ✓ Estableció estándares para efectuar el procedimiento.
- ✓ Exhortó a las autoridades a implementar protocolos hospitalarios para la atención de los ANP y para la asistencia integral de las mujeres que sufrieron violencia sexual.³¹

1	La Corte confirma la constitucionalidad y convencionalidad del artículo 86 del Código Penal. ³²
2	La Corte se refiere a la interpretación y el alcance del inciso 2 del artículo 86 y reconoce que todas las mujeres víctimas de violación tienen derecho a un ANP.
3	La Corte diagnostica la situación de inaccesibilidad al ANP. ³³
4	La Corte exhorta a las autoridades nacionales, provinciales y municipales a desarrollar políticas públicas y dicta estándares respecto de la calidad y condiciones en que deben ser prestados los servicios de aborto legal.

A continuación presentamos los argumentos fundamentales ofrecidos por la Corte como sustento jurídico a la despenalización del aborto en caso de violación. En esta sección solo se tendrá en cuenta el razonamiento textual de la CSJN.

Primera sección: Los argumentos constitucionales y de derechos humanos de la Corte

En la primera sección, la CSJN explica detalladamente los argumentos que han sido utilizados para cuestionar la constitucionalidad de la despenalización parcial del aborto (art. 86).

Derecho constitucional:

- ✓ Artículo 75 inciso 22. Que otorga jerarquía constitucional a los tratados de derechos humanos, ratificados por la Argentina.
- ✓ Artículo 75 inciso 23. Que describe las obligaciones de seguridad social del Estado en relación con grupos de interés prioritarios, como son adultos mayores, niñas, niños y mujeres embarazadas. Esto, como reconocimiento de las necesidades especiales que tienen estos "sectores tradicionalmente postergados", y la obligación del Estado de desarrollar políticas de atención especializadas.

29. El término "convencionales" hace referencia a las convenciones y tratados de derechos humanos.

30. Este punto resalta la decisión judicial argentina como vanguardia en América Latina.

31. La sentencia de la CSJN será abordada en la segunda sección.

32. Convencionalidad significa conforme a los tratados y convenios internacionales.

33. Los obstáculos que enfrentan sistemáticamente las mujeres que tienen derecho al ANP.

Sobre esta última cláusula, la Corte explica que la Constitución no pretende establecer una protección del derecho a la vida desde la concepción, sino señalar que las mujeres merecen especial consideración durante la gestación, lo que, por supuesto, es compatible con el reconocimiento del derecho a elegir sobre su cuerpo y sus proyectos de vida.

Derecho internacional:

- ✓ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, artículo 1, y Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 4. Se refieren al derecho a la vida, y deben ser interpretados de acuerdo con los antecedentes jurisprudenciales y con las directivas emitidas por los órganos de interpretación de los tratados. Dijeron, en reiteradas oportunidades, que la interpretación sistemática de los tratados obliga a entender que su redacción cuidadosa buscó permitir que los Estados tomaran posición libremente respecto del aborto, particularmente, sin verse limitados por compromisos internacionales. Esto se evidencia en que países que firmaron los tratados tenían en su momento regímenes de permisos o de plazos.
- ✓ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículos 3 y 6. Consagran el reconocimiento del derecho a la vida y a la personalidad jurídica (derecho a ser sujeto de derechos), y deben interpretarse en consonancia con el artículo 1, que dispone la consideración de los seres humanos en función de su dignidad, razonabilidad y conciencia. Lo que implica que sean las mujeres, en el caso del aborto, las que se consideren sujetos de derechos y sean protegidas por los ordenamientos jurídicos.
- ✓ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6. Protege el derecho a la vida, y también ha sido interpretado por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (órgano de interpretación del Pacto) en el sentido de dar prioridad a la protección de los derechos de las mujeres en los casos en que el aborto sea legal de acuerdo a la legislación interna de cada país. Especialmente, llama a la legalización y garantía de los abortos en los casos de peligro para la salud y de violación, por ser las situaciones más extremas en las que debe permitirse el aborto sin excepciones.
- ✓ Convención de los Derechos del Niño, artículo 1. Establece el derecho a la vida de las personas menores de 18 años, y tuvo también la precaución de no incorporar una redacción que resultara restrictiva para el aborto, por cuanto algunos países firmantes ya contaban con regulaciones permisivas, sino además porque según lo ha dicho el propio Comité de los Derechos del Niño (intérprete de la Convención), la legalización del aborto en caso de violación y de peligro para la salud es, como mínimo, fundamental para evitar las muertes de niñas y adolescentes por causa de abortos inseguros, y para respetar los demás derechos consagrados en la convención.

Aclara que la Argentina no realizó ninguna reserva sobre la interpretación de ese artículo de la Convención de los Derechos del niño; únicamente se realizó una aclaración que tiene carácter de nota acerca de la posición del país en la votación del artículo, pero no exime de su cumplimiento en los términos de su vigencia. Es decir, se llevará a cabo tal como lo indiquen las autoridades de aplicación.

Segunda sección: La interpretación de la CV por parte de la Corte

En la segunda sección la Corte estableció que el artículo 86 del Código Penal incluye un permiso para cualquier mujer que atravesó una violación, y no solamente las mujeres con discapacidad mental o intelectual. Los tres principios que fundamentaron el fallo fueron:

1	El derecho y el principio de igualdad.
2	El derecho y el principio de dignidad.
3	La responsabilidad estatal en la atención de la violencia sexual.

1. Derecho y principio de igualdad

Se discriminaría a las mujeres no discapacitadas que han sido víctimas de violación.

"Reducir por vía de interpretación la autorización de la interrupción de los embarazos solo a los supuestos que sean consecuencia de una violación cometida contra una incapaz mental implicaría establecer una distinción irrazonable de trato respecto de toda otra víctima de análogo delito que se encuentre en igual situación y que, por no responder a ningún criterio válido de diferenciación, no puede ser admitida, máxime cuando en la definición del alcance de la norma está involucrado el adecuado cumplimiento del deber estatal de protección de toda víctima de esta clase de hechos en cuanto obliga a brindarle atención médica integral, tanto de emergencia como de forma continuada" (Considerando 15. FAL).

2. Derecho y principio de dignidad

El derecho y el principio de la dignidad exigen que las personas no sean instrumentalizadas, así como no permiten que les sean exigidas cargas heroicas.

"de la dignidad de las personas, se desprende el principio que las consagra como un fin en sí mismas y proscribido que sean tratadas utilitariamente. Este principio de inviolabilidad de las personas impone rechazar la pretensión de exigir a toda otra víctima de un delito sexual llevar a término un embarazo que es la consecuencia de un ataque contra sus derechos más fundamentales, resulta, a todas luces, desproporcionada [...], impide exigirle a las personas que realicen, en beneficio de otras o de un bien colectivo, sacrificios de envergadura imposible de conmensurar" (Considerando 16. FAL).

3. Responsabilidad estatal respecto a la violencia sexual

La ILE es un deber del Estado, como parte de la protección de las mujeres contra la violencia.

"en la definición del alcance de la norma [art. 86] está involucrado el adecuado cumplimiento del deber estatal de protección de toda víctima de esta clase de hechos en cuanto obliga a brindarle atención médica integral, tanto de emergencia como de forma continuada"
(Considerando 15. FAL).

En conclusión y basados en estos argumentos, la máxima autoridad judicial determina, además de la constitucionalidad de los permisos del artículo 86 del Código Penal, que la interpretación adecuada para el inciso 2 impone la obligación de garantizar la práctica a cualquier mujer, adolescente o niña que sufrió violencia sexual.

Tercera sección: El diagnóstico de la Corte

En la tercera sección, la Corte realiza una descripción de las prácticas ilegales que realizan en relación con el ANP tanto los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias como los operadores del poder judicial y otras autoridades, que de manera "sistemática" interponen "obstrucciones y vallados" para el ejercicio de un derecho.

De acuerdo con la CSJN, son ilegales las siguientes prácticas:

- ✓ Solicitud de denuncia en casos de violación.
- ✓ Solicitud de autorización judicial como requisito para la prestación.
- ✓ Interconsulta o evaluación de comités profesionales para autorizar la práctica.
- ✓ Solicitud de dictámenes especializados o exámenes innecesarios como requisitos para realizar el aborto.

Cuarta sección: Los estándares establecidos por la Corte

Condiciones médicas e higiénicas de acuerdo con la lex artis vigente

- ✓ Práctica rápida, segura y accesible. Lo que implica:
- ✓ No aceptar dilaciones injustificadas (ni médicas ni burocráticas).
- ✓ Emplear técnicas basadas en la evidencia científica más actualizada (tanto para abortos quirúrgicos como medicamentosos).
- ✓ Asegurar que las mujeres puedan conocer sus derechos con toda la información necesaria, acudir a los servicios y recibir la práctica siempre que lo soliciten.
- ✓ Práctica rápida, segura y accesible. Lo que implica:

- ♦ No aceptar dilaciones injustificadas (ni médicas ni burocráticas).
 - ♦ Emplear técnicas basadas en la evidencia científica más actualizada (tanto para abortos quirúrgicos como medicamentosos).
 - ♦ Asegurar que las mujeres puedan conocer sus derechos con toda la información necesaria, acudir a los servicios y recibir la práctica siempre que lo soliciten.
-
- ✓ Deber de información por parte del personal sanitario, que incluye la existencia del derecho al ANP, las alternativas médicas para su práctica, los riesgos reales y basados en la evidencia, tanto de la interrupción como de la continuación del embarazo.
 - ✓ Respetar la confidencialidad de las mujeres, adolescentes y niñas en relación con la práctica.
 - ✓ Atención adecuada para las víctimas de violencia sexual, que evite la revictimización e incluya tratamiento psicológico en los casos en que las mujeres, adolescentes o niñas lo soliciten. No podrá ser compulsivo.
 - ✓ Prohibición de imponer requisitos que la ley no contemple expresamente. Por lo tanto, en caso de violencia sexual bastará la declaración jurada de la mujer o de su representante acerca del hecho de violencia, para que se pueda acceder a la interrupción legal del embarazo.
 - ✓ Mecanismos ágiles para la resolución de conflictos entre los equipos de salud y las mujeres.
 - ✓ Regulación de la objeción de conciencia para que no afecte los derechos de las mujeres que solicitan los ANP.

4. Ejercicios

Ejercicio 1: Argumentos

1. Organizarse en grupos de 3 a 5 integrantes.
2. Identificar las normas que permitan construir el argumento de la igualdad en el acceso al ANP para todas las mujeres que vivieron violencia sexual.
3. Por grupo, presentar los argumentos al plenario.

Constitución de la Argentina

Artículo 8	Los ciudadanos de cada provincia gozan de todos los derechos, privilegios e inmunidades inherentes al título de ciudadano en las demás.
Artículo 75.22	<p>... Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes.</p> <p>La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara.</p> <p>Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional.</p>

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)

Artículo 3	Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos/económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto.
Artículo 13	El extranjero que se halle legalmente en el territorio de un Estado Parte en el presente Pacto sólo podrá ser expulsado de él en cumplimiento de una decisión adoptada conforme a la ley; y, a menos que razones imperiosas de seguridad nacional se opongan a ello, se permitirá a tal extranjero exponer las razones que lo asistan en contra de su expulsión, así como someter su caso a revisión ante la autoridad competente o bien ante la persona o personas designadas especialmente por dicha autoridad competente, y hacerse representar con tal fin ante ellas.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

Artículo 6	No se impondrá la pena de muerte por delitos cometidos por personas de menos de 18 años de edad, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez .
Artículo 7	Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial: a) Una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores: i) Un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor , sin distinciones de ninguna especie; en particular, debe asegurarse a las mujeres condiciones de trabajo no inferiores a las de los hombres, con salario igual por trabajo igual;
Artículo 26	Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas

Artículo 7.2	b) Los estados podrán establecer circunstancias agravantes en caso de desaparición forzada de mujeres embarazadas.
---------------------	--

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Artículo 3	g) y h) principios de igualdad de género y respeto a la evolución de facultades de niñas con discapacidad.
Artículo 6	Mujeres con discapacidad (igualdad, pleno desarrollo, disfrute pleno de derechos).
Artículo 7	Niñas con discapacidad
Artículo 15	Medidas específicas contra la tortura de mujeres
Artículo 28	Asegurar nivel de vida adecuado y a protección social de mujeres y niñas con discapacidad.
Artículo 30	Igualdad en el acceso de niñas con discapacidad a actividades lúdicas, recreativas y deportivas.

Ejercicio 2: El papel de las instituciones y profesionales de la salud

1. Organizarse en grupos de 3 a 5 integrantes.
2. Ver el reportaje "Un derecho en debate", transmitido en el programa de televisión CQC de la Argentina.
➤ <http://www.youtube.com/watch?v=YHiTW9hQmkk>
3. Elaborar una reflexión acerca de:
 - a) El papel de los sistemas de salud en cada uno de los modelos de regulación del aborto que se abordaron en el módulo.
 - b) Los argumentos de salud expresados en el video y su relación con la legislación vigente.

Ejercicio 3: El aborto en el mundo

1. Organizarse en grupos de 3 a 5 integrantes.
2. Ver el spot "El aborto en el mundo", del Guttmacher Institute, acerca de la legislación sobre aborto en el mundo.
➤ <https://www.youtube.com/watch?v=uZEEsDMd3GU>
 - a) Reflexionar y desarrollar argumentos sobre el modelo de despenalización en la Argentina y las consecuencias que genera su falta de implementación.
 - b) Presentar al plenario.

Ejercicio 4: Los modelos de regulación del aborto

1. Organizarse en grupos de 3 a 5 integrantes.
2. Leer el texto de Mónica Roa "El debate sobre el aborto en Colombia. Diez razones que lograron la despenalización del aborto"
➤ <http://www.mujaresenred.net/spip.php?article1292>
3. Se asignará a cada grupo una o dos de las diez razones, que luego expondrán en el plenario:
 - a) Una reflexión sobre el peso del argumento en relación con el establecimiento de causales.
 - b) Un argumento que, de acuerdo con sus debates y opiniones, permitiera en la Argentina el paso del modelo de permisos al modelo de plazos.

MÓDULO II

La violación: violencia sexual y violencia de género

♦ Objetivos

- ✓ Conocer la definición y el alcance de las múltiples formas de violencia sexual contra las mujeres.
- ✓ Identificar los distintos tipos de violencia sexual que experimentan las mujeres.
- ✓ Explorar la magnitud de la violencia sexual en América Latina y el Caribe, especialmente en la Argentina.

♦ Ideas articuladoras

- ✓ La relación entre violación, violencia sexual, violencia íntima y violencia de género.
- ✓ La violación como un asunto de derechos humanos y de salud pública.
- ✓ La relación entre violación, embarazo forzado y aborto.

♦ Materiales recomendados

- ✓ América Latina Genera y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). "Infografía: La violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe", 2010.³⁴
- ✓ Organización Panamericana de la Salud. "Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países". Washington, DC. OPS, 2014.³⁵
- ✓ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). División Asuntos de Género. "Si no se cuenta, no cuenta: información sobre la violencia contra las mujeres". Cuadernos de la CEPAL. 2012.³⁶
- ✓ Secretario General de Naciones Unidas. "Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer". Asamblea General de Naciones Unidas, Distr. general 6 de julio de 2006.³⁷
- ✓ Chejter, S. y Ruffa, B. "Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar y reparar". Buenos Aires, Centro de encuentros cultura y mujer (CECYM), 2002.
- ✓ Faúndes, A. y Andalaft, J. "Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil", Simposio "Violencia de género, salud y derechos en las Américas", Cancún, Q. R., México, junio 4 al 7, 2001.
- ✓ Juárez, F. et al. "Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias". Nueva York, Guttmacher Institute, 2013.³⁸
- ✓ Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013". Ginebra, OMS, 2013.³⁹
- ✓ Vargas, G. Santana, P. y Molina, S. "Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias. Santiago, Red Chilena de Violencia doméstica y sexual", 2008.
- ✓ Spot "Aborto no punible por violación", Amnistía Internacional Argentina, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), 2013.⁴⁰

34. Disponible en http://www.americalatinagenera.org/es/infografia/Infografia_violencia_contra_mujeres.pdf

35. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425&Itemid

36. Disponible en <http://www.cepal.org/es/publicaciones/si-no-se-cuenta-no-cuenta-informacion-sobre-la-violencia-contra-las-mujeres>

37. Disponible en <http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/1/27401/InformeSecreGeneral.pdf>

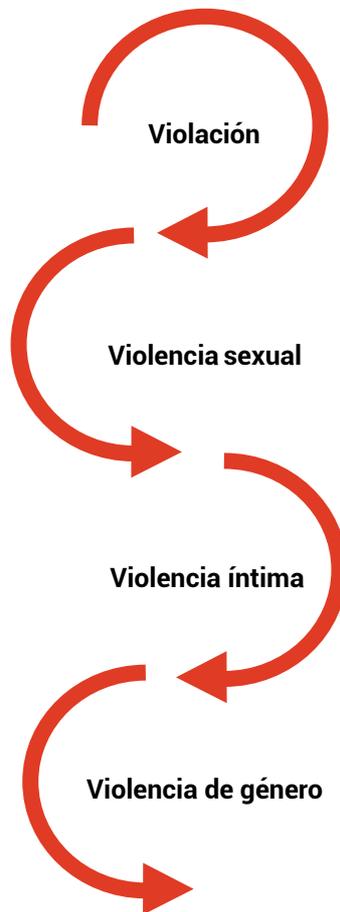
38. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/303.pdf>

39. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/bibliografia_buscar.asp. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
[against_women_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)

40. Disponible en: <http://vimeo.com/96520329>

1. La violación: violencia sexual y de género

La violación es una forma de violencia sexual, y esta última una manifestación de la violencia basada en género.



Se ha entendido que la **violación** es la penetración del ano o de la vagina con cualquier objeto o parte del cuerpo o de cualquier parte del cuerpo de la víctima o del cuerpo del autor con un órgano sexual, por fuerza o por amenaza de fuerza o de coacción, o tomando ventaja de un ambiente de coacción, o contra una persona incapaz de dar su genuino consentimiento (Wood, 2009).

La violación es una forma de violencia sexual. La violación es sexo coactivo no consensuado. Es una amenaza para las mujeres, y limita seriamente sus capacidades para ser libres, al tiempo que refuerza la posición de sometimiento (Corleto, 2011).

En la definición de violación aparecen dos conceptos centrales diferenciadores: La penetración y la falta de consentimiento. La primera se da por medios biológicos (partes de cuerpo) o no biológicos (objetos como palos, dildos, frutas, verduras, armas, etc.). La segunda tiene que ver con la coacción, la falta de capacidad

material de una persona para decidir en igualdad de condiciones los términos de una relación sexual. Como se dijo, la coacción puede darse de múltiples formas (violencia física, amenazas, violencia psíquica, sometimiento continuado, etc.), por eso la manera de identificarla es verificar la ausencia de libertad con la que participa alguna de las personas que realizan el acto sexual.

Es muy importante reflexionar sobre los contextos de coacción en los que se desarrollan las relaciones afectivas y sexuales. La violación, entendida como una situación sistemática de sometimiento sexual de las mujeres en el mundo, no puede dejar de incluir cualquier relación sexual en contextos de coerción. La situación de las mujeres en parejas y familias que sufren violencia debe entenderse comprendida en el concepto de violación, como sería el caso del incesto o de la coerción sexual entre cónyuges, convivientes o en los noviazgos.

La violencia en las parejas limita la capacidad de las mujeres, especialmente de acordar libremente los términos de su sexualidad, y por ello esta situación debe ser entendida como violación, ya que es imposible consentir válidamente sin plena libertad.

Diversos estudios ponen de manifiesto que la violencia física en las relaciones de pareja generalmente se acompaña de un abuso psicológico, y casi en la mitad de los casos por abuso sexual (Ruiz-Pérez *et al.*, 2001 y Coker *et al.*, 2000).

La violencia íntima se considera como la violación que es perpetrada por la pareja íntima de una persona en el marco de una relación afectiva, ya sea de convivencia o no. Las violaciones perpetradas en el marco de un noviazgo, matrimonio, unión civil o de convivencia han sido denominadas de esta forma por la literatura reciente (Contreras, 2010 y OMS, 2013).

La alta incidencia de la violencia sexual contra mujeres en estos contextos es una de las manifestaciones más claras de los valores, normas y tradiciones de una cultura patriarcal que alienta a los hombres a creer que tienen el derecho de controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres (Connell, 2000; Dobash y Dobash, 1979; Gasman *et al.*, 2006; Heise *et al.*, 1999; Jewkes *et al.*, 2002. Citados por Contreras 2010). En la cultura latinoamericana, el uso de la violencia es un diferenciador esencial de género.

La **violencia sexual** abarca la violación, el ataque sexual sin penetración, la mutilación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, la esterilización forzada y el embarazo forzado. Como explica Wood (2009), la violencia sexual se diferencia de la categoría más amplia de violencia de género, pues esta última incluye la violencia que ocurre debido al género de la víctima sin que necesariamente exista contacto sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo" (Jewkes *et al.*, 2002).

La violencia sexual está conectada a otras formas de violencia, como la psicológica, la física y la institucional, y está relacionada estructuralmente con la violencia de género.

La **violencia de género** se entiende como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. que tenga lugar dentro de la familia o la unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual.
- b. que tenga lugar en la comunidad [...] y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, [...] instituciones educativas, establecimientos de salud que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra” (Belem do Pará, 1994).

1.1 Clasificación de la violencia contra las mujeres según los distintos tipos y escenarios de violencia

Cuadro 4. Formas y manifestaciones de violencia contra la mujer en diversos escenarios según clasificación de Naciones Unidas (2006).

ESCENARIO DE LA VIOLENCIA	ÁMBITO EN EL QUE SE PRODUCE	CARACTERIZACIÓN DE HECHOS DE VIOLENCIA
Violencia contra la mujer dentro de la familia	Violencia dentro de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Actos sexual, psicológica y físicamente coercitivos practicados contra mujeres adultas y adolescentes por una pareja actual o anterior, sin el consentimiento de la mujer.
	Prácticas tradicionales nocivas	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Infanticidio de niñas y selección prenatal del sexo. ♦ Matrimonio precoz. ♦ Violencia relacionada con la dote. ♦ Ablación o mutilación genital femenina. ♦ Crímenes cometidos en nombre del “honor” y maltrato de viudas.
Violencia contra la mujer en la comunidad	Feminicidio	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Homicidio de la mujer por razones de género.
	Violencia sexual infligida fuera de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Perpetrada por parientes, amigos, conocidos, vecinos, compañeros de trabajo o extraños. ♦ Incluye iniciación sexual forzada y violencia en citas.
	Acoso sexual y violencia en el lugar de trabajo, instituciones educativas o espacios deportivos	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Acoso sexual o comportamiento sexual no deseado. ♦ Explotación sexual y acoso por parte de entrenadores, espectadores, representantes, miembros de la familia o de la comunidad.
	Trata de mujeres	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Involucra a numerosos actores diferentes, incluyendo la familia, intermediarios locales, redes internacionales delictivas y autoridades de inmigración. ♦ Puede tener fines de explotación sexual o laboral.

Violencia contra la mujer cometida o consentida por el Estado	Violencia en situaciones de privación de la libertad	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Actos de violencia sexual, acoso sexual, atentados al pudor. ♦ Vigilancia inadecuada en la intimidad de las mujeres privadas de libertad. ♦ Acoso sexual verbal. ♦ Torturas, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
	Esterilización forzada	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Uso de esterilización para controlar el comportamiento reproductivo de la población femenina o un subgrupo determinado.
Violencia contra la mujer en conflictos armados	Violencia física, sexual y psicológica, cometida por actores estatales y no estatales	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Homicidios, torturas y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. ♦ Raptos, mutilaciones y desfiguraciones. ♦ Reclutamiento forzado de mujeres combatientes. ♦ Violencia sexual, violaciones, esclavitud sexual, explotación sexual. ♦ Desapariciones forzadas, prisiones arbitrarias. ♦ Matrimonios forzados, prostitución forzada, abortos forzados, embarazos forzados y esterilización compulsiva.
Violencia contra la mujer y discriminación múltiple	Factores que pueden determinar discriminaciones múltiples	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Raza, origen étnico, casta, clase. ♦ Condición de migrante, refugiada. ♦ Edad, religión, orientación sexual, estado matrimonial, discapacidad. ♦ Condición de portadora o no de VIH.

Fuente: Gherardi (2012)

Las distintas manifestaciones de la violencia pueden profundizarse por factores como el racismo, el sexismo y la discriminación étnica, y situaciones de vulnerabilidad específicas, por ejemplo conflictos armados y edad adolescente (Bruyn, 2003).

En relación con los factores que determinan la alta incidencia de violencia sexual en Latinoamérica, especialmente en su forma de violencia íntima, de acuerdo con el estudio de la OMS (citado por Contreras, 2010) aparecen las siguientes normas sociales: a) legitimar la violencia contra las mujeres por parejas íntimas, b) culpar a las mujeres por violación y otros tipos de violencia sexual, c) justificar la violencia perpetrada por hombres, por ejemplo debido a sus "inherentes deseos sexuales", d) ver a las mujeres como objetos sexuales, e) el "culto a la virginidad de la mujer".

La violación, la violencia sexual y la violencia contra las mujeres es un problema de salud. Como se verá más adelante, la violencia sexual está conectada con la carga oculta de la enfermedad.

Según Bruyn (2003), entre las consecuencias de salud que no son mortales se encuentran:

- ✓ Afeción de estrés postraumático
- ✓ Trauma y lesión físicos, como fístula traumática (desgarre)
- ✓ Infecciones de transmisión sexual
- ✓ Aborto espontáneo

- ✓ Embarazo no deseado
- ✓ Aborto inseguro

En ese sentido, gran parte de las afectaciones psicológicas que sufren las mujeres que han estado en situaciones de violencia sexual se acentúan con las estigmatizaciones sociales e institucionales, que impiden, en muchos casos, la realización de la denuncia y la prosecución de la investigación, entre otras consecuencias. Desde la mirada de la salud pública hay que tener en cuenta que hay múltiples formas de violencia sexual, en general interrelacionadas, empezando por la que ocurre en el ámbito privado⁴¹ La violación es una de las más críticas para la CV.

La violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual y la violación, ha sido reconocida como una cuestión de derechos humanos vinculados, entre otros, a la vida, la salud, la libertad, la integridad física, a estar libre de torturas y tratos crueles inhumanos y degradantes.⁴² Estas formas de violencia constituyen un acto de discriminación hacia las mujeres, causa y consecuencia de la desigualdad entre sexos y de la discriminación basada en género.

La violación, la violencia sexual y la violencia de género son cuestiones de derechos humanos y de salud pública.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos sostuvo⁴³ que la violencia sexual es un tipo de violencia contra las mujeres "supone una intromisión en la vida sexual que, además de anular el derecho atomar libremente las decisiones respecto con quien tener relaciones sexuales conlleva a la completa pérdida del control sobre las decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas" (Asensio *et al.*, 2010).

A pesar de la escasa evidencia en LAC, hay indicaciones claras de que la violencia sexual es un problema tanto de salud pública como de violación de los derechos humanos. En este sentido, los estudios señalan que es un "grave problema omnipresente en la región".⁴⁴ "La violencia sexual contra las mujeres es un tipo común de violencia; se estima que hasta seis de cada diez mujeres del mundo sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida" (UNIFEM, 2009, en Contreras *et al.*, 2010:11). De acuerdo con los datos obtenidos en las encuestas de población, la prevalencia de relaciones sexuales forzadas por la pareja íntima varía entre el 5 y el 47% (OMS, 2013). Según la OMS, aproximadamente una de cada cuatro mujeres afirma haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta una tercera parte de las adolescentes han sufrido una iniciación sexual forzada (OMS, 2013). En relación con la denuncia, algunos estudios en LAC han tratado de calcular el porcentaje de víctimas que denuncian casos de violencia sexual a las autoridades o que buscan otros tipos de ayuda y atención profesional. En general, se estima que en la región solo un 5% de las víctimas adultas denuncian el suceso a la policía (UNFPA, 2005 en Contreras *et al.*, 2010). Los motivos para no hacerlo son múltiples e incluyen la vergüenza, el miedo o temor a represalias, la culpa, o las dificultades para enfrentar el camino de la denuncia (UNFPA, 2005, en Contreras *et al.*, 2010: 41).

41. Ver módulo III.

42. Varios tratados internacionales y declaraciones de derechos humanos recientes han definido la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos. Tal es el caso de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Convención Interamericana sobre la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995).

43. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Rosendo Cantú, Sentencia del 31 de agosto de 2010, párr. 119; Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Fernández. Ortega. Sentencia del 30 de agosto de 2010, párr. 129.

44. "La evidencia de base sobre violencia sexual en LAC tiene importantes limitaciones, no obstante el número de estudios realizados ha aumentado en las dos últimas décadas. Existen grandes disparidades geográficas; por ejemplo, aproximadamente la mitad de todos los estudios revisados fueron realizados en Brasil y México" (Contreras *et al.*, 2010).

2. La violencia sexual en la legislación: breves apuntes

La violencia contra las mujeres no es un fenómeno reciente. Lo que se presenta como novedad desde hace más de dos décadas es la identificación de conductas constitutivas de esta clase violencia, así como el impulso de los Estados para tipificar y sancionar estas acciones, teniendo en cuenta en su valoración el componente de género. El caso paradigmático es el femicidio o feminicidio.

En este escenario, resulta particularmente llamativa la identificación de las situaciones de violencia sexual dentro de la familia y su tratamiento como cuestiones relacionadas con la desigualdad estructural presente entre varones y mujeres, en la pareja y en la familia.

Desde la década de 1990 se inició una oleada de legislación sobre violencia familiar/doméstica.⁴⁵ La mayoría de estas leyes delinearon procesos sencillos para el tratamiento de la violencia entre personas de cualquier sexo, unidos por vínculos familiares o afectivos, estableciendo medidas de protección para las víctimas, a quienes resulta aplicable sin distinción de sexo o edad. En la práctica, muchas de las normas se aplicaban en mayor medida para la protección de mujeres, adolescentes, niñas y niños.⁴⁶

Antes de esto no existía una regulación específica para la violencia que afectaba principalmente a las mujeres. Cuando esta violencia alcanzaba la entidad de delito o contravención era juzgada en las mismas condiciones que otros delitos, cuyo componente de género no tenía centralidad en relación con la afectación o daño causado.

La violencia en ámbitos familiares o de pareja puede definirse como: situaciones crónicas, permanentes y cíclicas (OMS, 2013) de ataques violentos contra las mujeres en contextos de relaciones íntimas, no necesariamente de convivencia. En estos ámbitos, se contemplan situaciones de violencia psicológica, violencia física leve, violencia física grave y violencia sexual.

Ante la magnitud de la violencia sexual y el reconocimiento de la alta incidencia que se presentaba en los ámbitos familiares, las legislaciones penales de los países también fueron modificando las denominaciones y el tratamiento de los delitos sexuales. Inicialmente, los códigos de principios del siglo XX sancionaban la violación y otros delitos sexuales como una forma de proteger el "honor" o la "honestidad" de las mujeres, de sus esposos y de sus familias. Esto determinó, entre otras cuestiones, que la violación marital quede excluida como delito. En estos delitos el consentimiento en el matrimonio era presumido y, por tanto, la prueba de su ausencia comenzaba probando la falta de vínculo matrimonial con la víctima.

Hacia mediados de 1990, varias legislaciones penales en LAC experimentaron un cambio respecto del abordaje de este tipo de delitos. Aparecen denominaciones como delitos contra "la integridad sexual" (Argentina), "la libertad sexual" (Nicaragua) y "la indemnidad sexual" (Paraguay). Denominaciones adoptadas en otros países para expresar que el objeto de protección ya no era "el honor" de las mujeres, que se debían "guardar" para sus maridos, sino la libertad para ejercer su sexualidad de manera autónoma.⁴⁷

45. Ejemplos: Ley 24417 de 1995 sobre violencia familiar en la Argentina, ley 294 de 1996 sobre violencia intrafamiliar en Colombia, ley 26.260 de 1997 sobre violencia familiar, ley María da Penha de 2006 en Brasil.

46. Como se observó en las estadísticas presentadas sobre la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la CSJN. Disponibles en: <http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.csjn.gov.ar%2Fovd%2Fovdhome.jsp&ei=H0NRUo3XAYv89gSL74DwBw&usg=AFQjCNG28ZMocwHHRB3gNcBmdUH23FMpBQ&bvm=bv.53537100,d.eWU>

47. Ver: Di Corleto (2006).

De esta manera, son tratados como autores del delito los ascendientes, descendientes, cónyuges, convivientes, afines en línea recta, hermanos, tutores, curadores y cualquier persona que mediante el uso de la fuerza física o psíquica con abuso de una relación de dependencia, de autoridad, de poder, de confianza o encargo cometieran una serie de conductas sexuales sobre otra persona. Asimismo, en la mayoría de los países se eliminan las referencias a la "buena conducta" previa de la víctima y cualquier otra valoración relacionada con las características, profesión o actuación de la víctima para habilitar la presunción de consentimiento. Siguiendo esa misma línea, se eliminan las causales de no punibilidad que involucraban comportamientos del autor, como ofrecer matrimonio o sumas de dinero en compensación por el "perdón" del delito.

En atención a estos desarrollos teóricos y a la caracterización de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública que excede el ámbito familiar, en LAC, en 1994, la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) adoptó la "Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer", conocida como la convención de "Belem do Pará". Se trata del primer tratado internacional de derechos humanos vinculado a la violencia contra las mujeres. Este instrumento exige a los países contemplar la violencia contra las mujeres de manera integral, ampliando el enfoque relacionado con la violencia familiar para abarcar otros tipos de violencia que sufren las mujeres por la sola razón de serlo. Luego, en 2004, la Conferencia de Estados Parte de la OEA adoptó el Estatuto del "Mecanismo de seguimiento de la implementación de la Convención Interamericana para prevenir sancionar y erradicar la violencia contra la mujer" (Meseici).

La Convención Belém do Pará tuvo gran influencia en el cambio de paradigma ocurrido en las legislaciones nacionales sobre el tema de violencia contra las mujeres. En las primeras décadas del siglo XXI surge una segunda ola de reglamentaciones dirigidas a "prevenir, sancionar y erradicar" las violencias contra las mujeres, esta vez en un sentido más amplio, que incluye no solo el ámbito doméstico sino los ámbitos de relaciones interpersonales. Así, la Argentina cuenta con la ley 26485, que reconoce el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

En la Argentina la Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres también define la violencia contra las mujeres, la clasifica en distintos tipos y modalidades.

Definición y ámbito

Se considera violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, entre otras.

La violencia puede producirse en cualquier espacio físico, ya sea en el interior de cualquier hogar, en la vía pública, o en alguna institución o lugar público.

Tipos

- ✓ Física
- ✓ Psicológica
- ✓ Sexual
- ✓ Simbólica
- ✓ Económica y patrimonial

Modalidades

- ✓ Violencia doméstica
- ✓ Violencia institucional
- ✓ Violencia laboral
- ✓ Violencia contra la libertad reproductiva
- ✓ Violencia obstétrica
- ✓ Violencia mediática

3. Un panorama de la magnitud del problema en América Latina

La definición de la magnitud de la violencia contra las mujeres es sumamente difícil de establecer, no solo porque la mayoría de las veces ocurre en distintos ámbitos privados, en donde la detección y el relevamiento dependen de la denuncia o comunicación que realicen quienes están inmersos en ella, sino porque también la naturalización de muchas conductas violentas hace que no sean identificadas por las propias mujeres como problemáticas. Por eso, los eventos de violencia que no requieren intervenciones sanitarias (lesiones graves, muerte, patologías psicológicas, etc.) o judiciales (amenazas graves, despidos injustificados, etc.) generalmente no son comunicados a las autoridades, y por tanto no son sumados en las estadísticas oficiales o privadas sobre la violencia contra las mujeres, aunque sería fundamental poder conocerlos para determinar la magnitud y las características del ciclo de la violencia en cada contexto.

Se calcula que en la región solo 5% de las víctimas adultas de violencia sexual denuncian el incidente a la policía. Los principales motivos por los cuales muchas mujeres no denuncian la violencia sexual son: a) estigma, vergüenza y temor a sufrir discriminación, b) temor a represalias del perpetrador, c) sentimientos de culpabilidad, d) complejidad de denunciar el delito, e) falta de apoyo por parte de los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley que consideran ineficaces o incluso abusivos (Contreras, 2010). Esto explica en gran parte por qué en la literatura reciente la violencia sexual es tratada según sea ejercida en el marco de una relación de pareja (violencia íntima) y la que se ejerce por fuera de esta.

A pesar de las limitaciones para registrar los casos de violencia sexual, LAC cuenta con algunas estadísticas que se basan principalmente en el número de denuncias por hechos delictivos derivados de la violencia contra las mujeres. En los casos de la Argentina, Colombia y Chile, al menos en algunas jurisdicciones locales, el poder judicial registra de manera independiente los casos de violencia doméstica, dentro de los que identifica la violencia sexual en este contexto, y ello permite aproximar algunas cifras sobre su incidencia sin que podamos afirmar números totales del fenómeno.

La mayoría de los países cuentan con un registro individual de las denuncias por delitos sexuales, con excepción de países de Centroamérica y el Caribe, en donde no existe registro de las denuncias policiales por delitos sexuales (CEPAL, 2012).

Perú y Ecuador fueron pioneros en la región cuando incluyeron en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endesa) pregunta sobre violencia doméstica, incluyendo la violencia sexual (violencia íntima) en las parejas. Su base en los últimos años se ha utilizado para realizar encuestas locales en Bolivia, Colombia, Haití, Nicaragua, Perú y la República Dominicana (Contreras, 2010). Esto permite aumentar la calidad de cálculo de prevalencia de la violencia sexual y la violencia íntima, en particular respecto de estos países.

Según los datos relevados por la OMS en 2010 (Contreras, *et al.*, 2010), en los países de LAC la violencia íntima tiene una incidencia mucho mayor. La incidencia de violencia sexual en este contexto íntimo aparece relevada en un rango de 5 a 47%, dependiendo del país y la calidad de las fuentes de información disponibles, que se convierten en la principal barrera para caracterizar y entender el fenómeno (Ellsberg, 2005).

En el mundo, de acuerdo con el informe de la OMS sobre violencia sexual perpetrado por compañeros o parejas y por otras personas, 35% de las mujeres han experimentado algún tipo de violencia sexual en sus vidas. De este porcentaje, 85,7% fue perpetrada por la pareja, sean o no convivientes. Este estudio muestra que un tercio de las mujeres que se encontraban en pareja habían sido víctimas de violencia sexual por parte de su pareja actual.

Adicionalmente, se reporta una incidencia directa entre la violencia sexual o física contra las mujeres y el aumento del riesgo de enfermedad (Bianco y Mariño, 2010).

En la Argentina también se refleja esta situación. Un estudio realizado en 2010 por la Fundación para el Estudio y la Investigación de la Mujer, señala que 100% de las mujeres abusadas por sus parejas reportaron problemas graves de salud relacionados (y no relacionados directamente) con la violencia sexual. De ellas, 16% reportó bajo peso de sus hijos o hijas en nacimientos posteriores a eventos de violencia. Además, se calculó un riesgo de someterse a abortos dos veces mayor que las mujeres que no han sido abusadas. En el mundo, 7% de las mujeres han sido asaltadas sexualmente por una persona que no es su pareja (OMS, 2010).

En la Argentina, 1 de cada 5 mujeres en pareja es víctima de violencia por parte de su compañero (Bianco y Mariño, 2010). Según la Dirección Nacional de Política Criminal dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, en 2007 se reportaron 10.557 delitos contra la integridad sexual, de los cuales 3.276 fueron violaciones. Además, el informe señala que del total de delitos contra la integridad sexual solo 1.347 tuvieron sentencias condenatorias (12,7%).⁴⁸ El porcentaje de las denuncias (12%⁴⁹ en 2009 y 14% en 2012) que recibió la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (OVD), que tiene competencia en la Ciudad de Buenos Aires, fueron por violencia sexual perpetradas tanto por parejas actuales como pasadas. De los expedientes abiertos en el fuero penal por hechos recibidos a través de la OVD, durante el primer año de gestión (2009) 9 de cada 10 causas fueron archivadas.⁵⁰ Para el segundo año de gestión, 3 de cada 10 causas no fueron archivados inmediatamente, y dentro de ese grupo 13% llegó a la elevación a juicio o al dictado de autos de procesamiento, de los cuales solo 0,2% han devenido en condenas.

Finalmente, es interesante traer a colación una encuesta del British Crime Survey que muestra que el delito al que más temen las mujeres es la violación. Las ideas y representaciones de las mujeres respecto a la vivencia de una violación o situación extendida de violencia sexual, inclusive, son diferentes. No obstante, hay ciertos datos relevantes respecto a sus percepciones. Así, de acuerdo con una investigación realizada en Inglaterra, menos de dos tercios (60%) de las mujeres víctimas de violación estaban preparadas para autocalificar su experiencia como "violación". Alrededor de las tres cuartas partes (70%) de las mujeres que se autocalificaron como víctimas de "un intento de violación" también clasificaron este incidente como

48. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Dirección Nacional de Política Criminal, Sistema Nacional de Información Criminal: Informe Total País. Argentina, 2007.

49. Corte Suprema de la Nación. Oficina de Violencia Doméstica: Estadísticas de gestión, diciembre de 2012.

50. Corte Suprema de la Nación. Oficina de Violencia Doméstica: Datos más relevantes del primer año de actividades de la Oficina de Violencia Doméstica. Argentina, 2009.

un crimen. Las mujeres que sufrieron abuso sexual, ya sea por su pareja actual o en una cita, son menos propensas a identificarse como víctimas de un crimen (Myhill y Allen, 2002)⁵¹.

4. Violación, embarazo forzado y aborto

Una de las consecuencias previsibles de la violación a las mujeres es el embarazo forzado (Londoño, 2000).

Se caracteriza al embarazo forzado como cualquier embarazo que la mujer considera peligroso a su salud, su vida y su integridad (Chiarotti *et al.*, 1997).

A pesar de tratarse de una problemática frecuente, ni la magnitud del embarazo forzado ni sus consecuencias están bien documentadas: así, por ejemplo, mujeres que fueron violadas por parte de sus parejas reportaron con más frecuencia tanto embarazos no deseados como “pérdidas”, sean estas aborto espontáneo, inducido o mortinato (Silverman *et al.*, 2007).

La problemática del embarazo forzado puede comprenderse a través de estudios sobre:

a. Evidencias que provienen de estudios realizados entre mujeres que atravesaron situaciones de violencia sexual.

b. Mujeres que buscan los servicios de aborto.

a. En cuanto al primer abordaje, diversas investigaciones coinciden en que alrededor de 10 a 15% de las mujeres que fueron abusadas resultan embarazadas. Uno de los estudios clásicos es el que se realizó en Estados Unidos en 1996, y en el cual durante tres años se entrevistaron telefónicamente a mujeres mayores de 18 años. De una muestra de 4008 mujeres, 413 (10%) reportaron quedar embarazadas como producto de la violación (Távora, 2010: 42). Por otro lado, un trabajo realizado en México en una institución de prestación de servicios, que incluyó 1651 mujeres víctimas de violencia, mostró que la tasa de embarazo alcanzó 14,3% en el grupo de 12-49 años (Lara *et al.*, 2003). En otro estudio, 12,2% de 100 mujeres que respondieron a un cuestionario autodilucidado fueron abusadas física, sexual y emocionalmente (Lumsden, 1997). Asimismo, “los estudios indican que en algunos países, 50 a 60% de las adolescentes que quedan embarazadas tienen antecedentes de haber sido abusadas física o sexualmente” (IPAS, 2005). A esto se suma que en el mundo muchas adolescentes recurren al aborto en estados avanzados del embarazo (Olukoya *et al.*, 2001).

b. En la Argentina, aún persiste la figura de la penalización del aborto sumado a la década en que no se implementó el artículo 86. Esta situación dificultó enormemente la confección de estadísticas acerca de la magnitud del aborto en casos de violación en la Argentina. Lo cual se suma a la falta de cultura de registro completo y verídico de los casos de aborto realizados como ANP, tanto en el sistema de salud pública como en el subsistema de obra social y prepaga. Sin embargo, estudios de la sociedad civil muestran que las mujeres víctimas de violencia sexual tienen un riesgo dos veces mayor que el de otras mujeres de tener que someterse a un aborto (Bianco y Mariño, 2010).

51. Myhill, A. y Allen, J. Findings from the British Crime Survey», en Rape and sexual assault of women: the extent and nature of the problem. Home Office Research Study 237, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2002.

Otro estudio relevante es el realizado por la OMS (2011). En relación con la prevalencia de la violencia sexual en las mujeres, en ese estudio realizado en 10 países en desarrollo, entre 15 y 71% de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) informaron haber sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de sus vidas: 70% en Etiopía y Perú.

En un estudio publicado por la OPS (2014), sobre 12 países de LAC, un porcentaje sustancial de mujeres informaron violencia física alguna vez por parte del esposo o compañero. Sin embargo, la prevalencia varía entre 13,4% de las mujeres en Haití 2005-2006 y 52,3% en Bolivia 2003. En cuatro países la prevalencia era de menos de 20%, en seis países se hallaba entre 20 y 40%, y en Bolivia en 2003 rebasaba la mitad (52,3%). La prevalencia informada de violencia física por parte de un esposo/compañero en los últimos 12 meses variaba entre 6,5% en Jamaica 2008-2009 y 24,5% en Bolivia en 2008, mientras que en la mayoría de los países se hallaba dentro del intervalo 6-11%. Entre las mujeres que informaron violencia física por parte de un esposo/compañero alguna vez también informaron violencia física en los últimos 12 meses. En ese estudio, la prevalencia informada de violencia sexual por parte de un esposo/compañero alguna vez varía según el país: 5,2% en República Dominicana en 2007 y 15,2% en Bolivia en 2003 (OPS, 2014).

En cuanto a la decisión sobre la continuación o no del embarazo, en el estudio reportado por Távora (2011): 50% de las mujeres optó por interrumpirlo (OMS, 2010); en el estudio sobre México, a 22% se les practicó un aborto legal, una cifra considerada baja, pues cuando las mujeres logran obtener la autorización para practicarse un aborto muchas veces el embarazo sobrepasa la edad gestacional en el que este está permitido. Por último, otra investigación con una muestra de 121 mujeres atendidas en una institución que presta servicios especiales a mujeres embarazadas víctimas de violación refleja que 63% interrumpió el embarazo, sugiriendo una relación entre el deseo de interrumpir y las condiciones adecuadas para hacerlo.

5. Ejercicios⁵²

Ejercicio 1: Prejuicios, estereotipos y creencias en la atención de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud.

1. Organizarse en grupos.
2. Cada grupo recibirá fichas que contengan dos de las siguientes frases sugeridas con el fin de:
 - a) Reflexionar sobre formas actuales en las que se manifiesta este prejuicio o condensación de prejuicios o estereotipos.
 - b) Proponer una forma para contrarrestar la incidencia de esos prejuicios y estereotipos.
 - c) Presentar una reflexión sobre el vínculo entre el prejuicio o estereotipo identificado y el embarazo forzado.



52. Los ejercicios 1 y 2 están basados en ejercicios propuestos en "Talleres sobre violencia sexual contra las mujeres" ACNUR/UNHCR, pero con varias modificaciones.

Ejercicio 2: "Violeta fue violada hoy", ficción para imaginar la atención que podría tener una mujer en los servicios de salud

1. Organizarse en grupos.
2. Cada grupo elaborará una historia titulada "Violeta fue violada hoy" (ver formulario y recurrir a la información producto de la experiencia profesional).
3. Una vez que se ha creado la historia, cada grupo describirá una posible ruta de atención para Violeta (pensar en todos los servicios e instituciones públicas que podrían ayudarla).
4. Las historias y rutas se expondrán en el plenario con el fin de realizar una reflexión conjunta acerca de:
 - a) La caracterización de la violencia sexual que realizó cada grupo.
 - b) La atención que reciben las mujeres en los lugares descritos.
 - c) La efectividad de las intervenciones previas.
 - d) La posibilidad de requerir un aborto ante la posibilidad de que las mujeres no conozcan las intervenciones posibles o no sean atendidas adecuadamente.

Formulario con preguntas para guiar la elaboración de la historia

- ✓ **Sobre Violeta**
¿Qué edad tiene? ¿Cuál es su ocupación? ¿Cómo definiría su personalidad? ¿Qué hacía cuando fue violada? ¿Cómo iba vestida? ¿A qué hora fue violada? ¿Dónde ocurrió la violación?
- ✓ **Sobre la persona que cometió el hecho de la violación**
¿Quién fue? ¿Qué edad tiene? ¿Cómo iba vestido? ¿Tenía algún tipo de relación con la víctima, cuál?
- ✓ **Sobre el contexto**
¿Acudió la víctima a alguna entidad? ¿Cómo fue tratada? ¿Qué recomendarían a la víctima?

MÓDULO III

La violación y el aborto en el derecho, la salud pública y la ética profesional

♦ Objetivos

- ✓ Enmarcar el aborto por causal violación (CV) en el derecho argentino e internacional de los derechos humanos, la salud pública y la ética profesional.
- ✓ Identificar el marco jurídico básico del aborto no punible (ANP) en la Argentina.
- ✓ Reconocer las conexiones entre los deberes jurídicos y los deberes de la ética profesional junto a la perspectiva de la salud pública.

♦ Ideas articuladoras

- ✓ Los derechos, deberes, principios jurídicos y éticos profesionales dan fundamento a la atención del aborto por la CV y guían su interpretación y aplicación.
- ✓ El derecho argentino reconoce una serie de derechos y deberes que habilitan a las mujeres a una atención integral de la violencia sexual con la participación de los servicios de salud.
- ✓ La vinculación entre los deberes jurídicos y los deberes éticos profesionales en la atención del aborto por la CV.
- ✓ La garantía del acceso al aborto por la CV es parte de los deberes del Estado y del resto de los actores del sistema de salud en la atención integral que el mismo debe brindar.
- ✓ Los deberes éticos profesionales exigen el reconocimiento de la autonomía de las pacientes, así como la garantía del acceso al aborto por la CV derivada de los deberes de beneficencia y no maleficencia.
- ✓ La carga oculta de la enfermedad nos muestra el impacto de la violencia en las mujeres y el sistema público de salud.

♦ Materiales recomendados

- ✓ Asociación por los Derechos Civiles (ADC) y Women´s World Wide. *Manual sobre el Derecho al aborto no punible en Argentina*. ADC, Buenos Aires, 2014.⁵³
- ✓ Boletín Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Julio, 2013.⁵⁴
- ✓ Carbajal, M. "Penalizar el aborto afecta la salud de las mujeres. Entrevista a Víctor Abramovich, vicepresidente segundo de la CIDH". *Página 12*, sección Sociedad, 9 de marzo de 2007.⁵⁵
- ✓ Chaher, S. "Ni una muerta por aborto clandestino". Buenos Aires, Comunicar en Igualdad, 1 de agosto de 2013.⁵⁶
- ✓ Comité de Expertos de España. "Informe del Comité de Personas Expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España y Propuestas para una nueva regulación". Madrid, 2009.

53. Disponible en: http://www.adc.org.ar/2013/wp-content/uploads/dlm_uploads/2014/08/ManualAbortoNoPunible.pdf

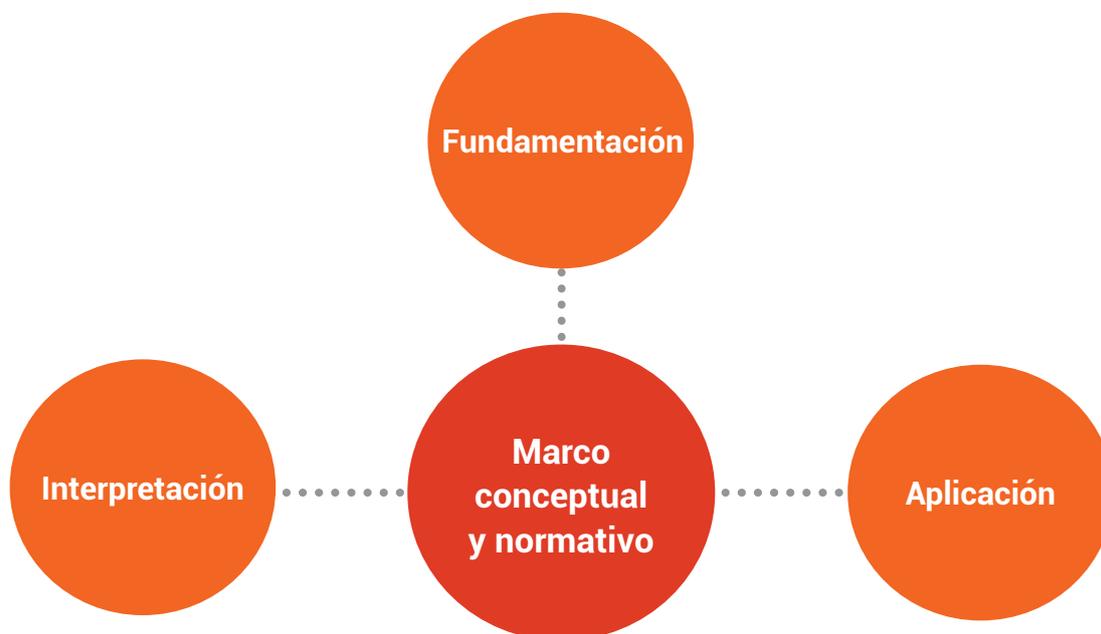
54. Disponible en: <http://www.flasog.org/boletines/boletin-3-FLASOG-UNFPA.pdf>

55. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Argumentos/Juridicos/Victor_Abramovich.pdf

56. Disponible en: <http://www.comunicarigualdad.com.ar/uruguay-ni-una-muerta-por-aborto-clandestino/>

- ✓ Contreras, J. M. et al. "Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios". Pretoria, Sudáfrica, Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010.
- ✓ Diario Judicial "Reportaje a Paola Bergallo: La concepción es un concepto moral". Buenos Aires, noviembre 2012.⁵⁷
- ✓ Estadísticas vitales (última versión disponible). Ministerio de Salud de la Nación.⁵⁸
- ✓ González Vélez, A. C. (coord.). *Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Montevideo, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres- Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008.⁵⁹
- ✓ *International Pregnancy Advisory Services (IPAS)*. "Guía Técnica de la OMS sobre el aborto seguro: información actualizada y recomendaciones". Carolina del Norte, 2012.
- ✓ Lacrampette, N. Entrevista a Rebecca Cook: "Estereotipos de Género: Perspectivas Legales Transnacionales". Anuario de Derechos Humanos, Nro. 10, 2014.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación. *Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles*. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2010.
- ✓ Ortiz Millán, G. *La moralidad del aborto*. México, Siglo XXI, 2009.
- ✓ Spot "Interrupción voluntaria del embarazo. Datos de la Argentina". Amnistía Internacional Argentina y Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES), 2013.⁶⁰

1. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: marco conceptual y normativo



57. Disponible en: <http://www.diariojudicial.com/reportajes/La-concepcion-es-un-concepto-moral-20121112-0003.html>

58. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/>

59. Disponible en: <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/0/6/1160-CausalSalud.pdf>

60. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?list=UUf9Pd1bf1dLOWjn3C4dDERA&v=iHywujyIY3c>

61. Para mayor detalle consultar el módulo IV.

Este marco conceptual fue construido sobre la base de la producción del derecho nacional e internacional, con una mirada que integra los derechos y principios jurídicos que fundamentan el establecimiento de la causal, así como aquellos principios y deberes vinculados a la ética profesional. También se ha construido desde la perspectiva de la salud pública, que entiende a la violación como una afectación de la salud física, psíquica y social de la mujer, a los que deben sumarse otros impactos colectivos y públicos. El marco adoptado propone un tratamiento de la CV que combine lo jurídico, la ética profesional y la salud pública.

Es importante resaltar que la CV, a diferencia de otras causales de aborto, como la causal salud y la causal por malformaciones fetales, no se define y procesa únicamente en el sector salud, sino que también involucra eventualmente otros ámbitos como el judicial o el administrativo. Por lo tanto, pese a estar dirigido a los profesionales de la salud, mucho de lo aquí mencionado también podría aplicarse a otras áreas.

En la primera sección presentamos el conjunto de principios y derechos que dan forma al marco conceptual y normativo, se trata de principios jurídicos y derechos humanos y constitucionales que forman parte del derecho argentino. En la segunda sección se introducen los principios éticos profesionales. La tercera sección está dedicada a la salud pública como elemento complementario del marco que justifica la CV y que sirve de pauta para su interpretación y aplicación.⁶²

1.1. Marco normativo: derechos humanos y constitucionales

1.1.1. Principios

Antes de desarrollar cada uno de los derechos afectados en la CV es necesario tener en cuenta un conjunto de principios derivados del marco internacional de protección de los derechos humanos. Estos principios no solo son parte de la fundamentación de la CV, sino que también son pautas que deben guiar tanto la interpretación como la aplicación de las normas relacionadas con la ILE en la CV.

Además de enmarcarse en los conceptos de derechos humanos, estos principios ponen de manifiesto aspectos éticos. De esta manera, el respeto de los derechos humanos es vinculante tanto para los Estados como para quienes participan en la aplicación de la CV desde distintos sectores.

Estos principios abarcan:

- a. Respeto y protección (abstenerse de obstaculizar directa o indirectamente el acceso a servicios de la ILE y garantizar que terceros no los obstaculicen).
- b. Cumplimiento (garantizar el acceso efectivo a servicios de la ILE).
- c. Igualdad (formal y material: los mismos derechos para todas las personas y adopción de medidas adecuadas para atender las necesidades diferentes).
- d. Equidad (eliminar las desigualdades evitables e injustas).
- e. No discriminación (impedir que las mujeres se vean afectadas por la ausencia de servicios cuando traten de acceder a aquellos que les afectan de manera exclusiva, como es el caso de la ILE).⁶³
- f. Principio pro persona.

62. En el anexo se pasa revista a los sistemas internacionales de derechos humanos así como a la legislación argentina que recepta los principios y derechos desarrollados en la primera sección.

63. Para ampliar la información sobre los principios que deben guiar la aplicación de la CV ver González Vélez (2008).

1.1.2 Los derechos

- ✓ Derecho a la igualdad y a la no discriminación.
- ✓ Derecho a la salud.
- ✓ Derecho a la dignidad y a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- ✓ Derecho a la vida.
- ✓ Derecho a la libertad y a la autonomía.
- ✓ Derecho a la privacidad y la intimidad.
- ✓ Derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Derecho a la información.
- ✓ Derecho al debido proceso.

Derecho a la igualdad y a la no discriminación

La igualdad formal garantiza el reconocimiento de las mujeres como sujeto de las leyes, mientras que la igualdad material protege el reconocimiento de condiciones mínimas de vida que efectivamente promuevan la igualdad en el acceso a los bienes y a las oportunidades.

Este derecho se consagra en el artículo 16 de la Constitución Nacional:

Artículo 16. La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre ni de nacimiento: no hay en ella fueros personales ni títulos de nobleza. Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad. La igualdad es la base del impuesto y de las cargas públicas.

De la misma manera, el principio y el derecho a la igualdad y no discriminación han sido reconocidos en los instrumentos de protección de los derechos humanos incorporados en la Constitución de la Argentina en 1994 (art. 75. inc. 22).⁶⁴

La igualdad y la no discriminación se traducen en la exigencia de que las normas jurídicas no impongan a las mujeres cargas mayores que al resto de la sociedad y, por lo tanto, que todas las mujeres puedan acceder por igual a los servicios de ILE bajo la CV. A la vez, demanda que se tengan en cuenta las necesidades especiales de las mujeres y los grupos particulares de mujeres en el diseño de las políticas públicas. Esto implica que se adopten medidas adecuadas para atender las necesidades diferentes de los diversos grupos de mujeres según las edades (niñas y adolescentes), condición socioeconómica, raza o etnia (indígenas, afrodescendientes) o según alguna situación especial.

64. Para ampliar la información sobre este derecho ver González Vélez (2008).

Mujeres menores de edad

Es importante tener en cuenta que las decisiones que involucran su salud sexual y reproductiva (como la CV) las obliga a enfrentar múltiples barreras, además de considerar que el embarazo en una menor de 13 años de edad (art. 119 del Código Penal) es considerado en sí mismo una violación. Pese a que la Convención del niño y la legislación nacional (como la Ley 26061 de protección de niños, niñas y adolescentes) iniciaron un cambio de paradigma destinado a considerar a las adolescentes y a los niños como sujetos de derechos con capacidad progresiva/evolutiva para tomar decisiones, las niñas y adolescentes aún enfrentan muchas resistencias para lograrlo.

Hay dos conceptos útiles para favorecer la igualdad entre las adolescentes: el interés superior y las capacidades evolutivas. Ambos se apoyan en la tesis de que la protección parental debe ceder ante la capacidad progresiva de decidir de parte de las niñas y adolescentes, de manera tal que la niña/adolescente asuma paulatinamente el control de las decisiones sobre su propia vida, como parte del proyecto de vida que diseñe para sí en el tránsito a la adultez. Esta visión de la capacidad de decidir de los menores de edad también supone que la titularidad de derechos es plena y nunca los abandona, pero "su ejercicio es progresivo y depende de que los menores vayan adquiriendo herramientas que les permitan hacerlo" (Gracia *et al.*, 2001).

Finalmente, la Convención de los Derechos del Niño permite definir un contenido preciso del interés superior de la niña/adolescente, consistente en la protección de los derechos mismos. Es decir, el interés superior del menor es la protección de sus derechos reconocidos en el derecho internacional de los derechos humanos: la salud, la vida, la integridad, la información, la autonomía, la igualdad y la dignidad, entre muchos otros (Cook y Dickens, 2000).⁶⁵ En el caso de la CV, para que una mujer menor de edad pueda adoptar decisiones autónomas es preciso que se pongan a su disposición todos los recursos necesarios, absteniéndose de obstaculizarlos, retrasarlos o impedir su ejecución.⁶⁶

Mujeres en situación de prisión

Dos consideraciones deben tenerse en cuenta para garantizar la igualdad en el acceso a la ILE. Por un lado, con frecuencia las prisiones son lugares donde las mujeres están expuestas a múltiples formas de abuso y acoso.⁶⁷ La segunda es que las mujeres en situación de prisión son víctimas de múltiples opresiones, que van desde ser trasladadas entre prisiones sin justificación aparente hasta ser víctimas de arbitrariedades frente a determinados tratamientos (Roth, 2010).

65. La Corte de los Estados Unidos estudió una ley de Massachusetts que obligaba a las mujeres menores no casadas a obtener el permiso de los padres para acceder a un aborto y solo ante su negativa permitía la búsqueda de una autorización judicial, la cual podía ser negada si se consideraba contrario al interés superior de la menor. El tribunal indicó que si bien las limitaciones a la capacidad de decidir de las menores tienen fundamento, la interrupción del embarazo era una decisión de una naturaleza especial ya que, por ejemplo, la decisión de contraer matrimonio podía posponerse ante una restricción legal, mientras que la interrupción del embarazo no podía ser pospuesta y que, asimismo, todos los riesgos que el embarazo representa para una mujer se hacen más gravosos cuando son menores. La Corte decidió que, en primer lugar, las menores podían acudir al juez y obtener autorización sin tener que acudir antes a sus padres; los jueces, por su parte, debían dar la autorización si la menor era madura. Pero cuando la menor era inmadura también debía obtenerla, de acuerdo con su interés superior (Corte Suprema de Estados Unidos. *Bellotti vs. Baird* (Bellotti II)).

66. Las ideas sobre las menores de edad (niñas y adolescentes) fueron elaboradas con base en el texto "Consentimiento informado: capacidad de los menores de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva", elaborado por Ana Cristina González Vélez con el apoyo de Juanita Durán. A la fecha, el texto permanece inédito.

67. Se estima que entre 5 y 10% de las mujeres que ingresan en una institución de detención o a una prisión están embarazadas y otras se embarazan mientras están privadas de libertad (Roth, 2010).

En 2011 la Argentina adhirió al acuerdo de la UNESCO que establece las “reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes” (conocido como Reglas de Bangkok). Entre estas reglas ocupa un lugar central el derecho a la atención sanitaria “expresamente orientada a la mujer” con los mejores estándares disponibles, así como el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en prisión.

Mujeres indígenas

Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta para garantizar su acceso a los servicios es la comunicación entre las mujeres y los proveedores. En este sentido, la disponibilidad de traducción resulta crítica.

En 2013, en la región se firmó el “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, alcanzado en la Conferencia Regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que respecto de la atención sanitaria de las mujeres indígenas prescribe que los Estados se comprometen a “garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud”.

De la misma forma indica que se debe respetar el derecho al acceso a la información y la comunicación eficaz. Lo que implica, en el marco de la garantía de acceso a la ILE, que el servicio de salud sexual y reproductiva debe brindarse en un idioma que sea comprendido por la mujer, de modo que toda la información entregada pueda ser utilizada para decidir sobre la ILE, respetando las creencias y tradiciones culturales, así como la posibilidad de integrar en la práctica conocimientos ancestrales neutrales.

Mujeres con discapacidad mental o intelectual

En estos casos son necesarias varias consideraciones. Por un lado, de proporcionarse información de forma empática y a través de los medios adecuados que le permitan comprender su alcance. El modelo social de discapacidad receptado por la Convención de los derechos de la persona con discapacidad, indica que debe ponerse el acento en la capacidad no en la discapacidad de la persona. Como regla, debe prevalecer la voluntad de la mujer en relación con la continuación o la interrupción del embarazo, y por ello deben realizarse los esfuerzos apropiados y de buena fe para que la mujer pueda comprender y expresar su voluntad. En caso de que esto resulte imposible, la persona que la ley defina para prestar consentimiento en su nombre debe decidir según el mejor interés de la mujer.⁶⁸

En el fallo *FAL* la CSJN validó el requisito del consentimiento, que debe ser entendido a la luz de la ley nacional de salud mental y de la Convención sobre las Personas con Discapacidad, como una concertación entre la mujer y sus representantes sobre la ILE, basada en el derecho a ser oídas, al acceso a la información y a ser protagonistas de las decisiones sobre su vida, en la medida en que puedan comprender la situación.

68. En todo caso, este ‘tomador de decisiones sustituto’ no puede ser una persona que se encuentre directamente en conflicto con sus intereses” (González Vélez, 2008).

En la Argentina la ley 26657 de salud mental establece en el artículo 7:

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

De modo similar, el servicio de salud puede encontrarse con mujeres en otras situaciones de particular vulnerabilidad, que tengan dificultades para buscar y encontrar atención en forma oportuna y, por lo tanto, experimenten mayores limitaciones para el acceso a la atención de su salud. En estos casos los profesionales de la salud deberán actuar acorde a su experiencia, a las buenas prácticas y a algunas de las pautas que hemos intentado brindar aquí.

La igualdad y la no discriminación son un fundamento de la CV y orientan su aplicación, por cuanto:

- ✓ Exigen que la ley no trate de manera diferente a las mujeres, que es lo que ocurre cuando se prohíbe un procedimiento médico que únicamente ellas requieren.
- ✓ Exigen que se equilibren las cargas materiales entre todas las personas para que las mujeres no tengan que asumir un peso mayor y puedan contar con iguales condiciones materiales y de oportunidades.
- ✓ Impiden que a las mujeres, por esa condición, se les imponga un trato desfavorable que afecte el goce efectivo de sus demás derechos.
- ✓ Exigen que se tengan en cuenta las consideraciones que se derivan de circunstancias particulares que enfrentan los distintos grupos de mujeres.

Quando se niega la ILE en caso de violación se está imponiendo forzosamente un embarazo. Este acto implica una instrumentalización del cuerpo de las mujeres, que descansa en estereotipos que violan el derecho a la igualdad.

Por otro lado, tanto la penalización del aborto en caso de violación como la restricción de los servicios de ILE cuando esta causal está permitida representan la imposición de un modelo de mujer basado en estereotipos culturales, construcciones sociales, creencias religiosas y posibles prácticas antiéticas e ilegales.

Se trata de un modelo o varios modelos que definen a las mujeres como madres abnegadas o receptáculos cuya única finalidad es la reproducción de la especie humana. Además, el presupuesto de que la maternidad es la condición "normal" o "merecida" de la mujer supone con frecuencia la omisión de las consecuencias y costos que ello implica (Siegel, 1992).

Los estereotipos pueden producir daño y, por lo tanto, representan una forma de discriminación según el artículo 5(a) de la CEDAW, que define el compromiso de los Estados de "modificar los patrones socioculturales de conducta [...] con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres". Estos estereotipos resultan discriminatorios, ya que "ignoran características individuales, habilidades, necesidades, deseos y circunstancias de modo que niegan a cierto grupo sus derechos humanos y sus garantías fundamentales, a través de la creación de jerarquías de género" (Cook y Cusack, 2010).

La restricción de los servicios de ILE cuando esta causal está permitida representa la imposición de un modelo de mujer basado en estereotipos culturales, construcciones sociales, creencias religiosas y posibles prácticas antiéticas e ilegales.

Al instituir estos estereotipos, el derecho reproduce, perpetúa y refuerza la inequidad entre las personas. De modo similar, la restricción legal o fáctica en el acceso a la ILE en caso de violación tiene un fuerte efecto simbólico y prescriptivo, otorgando a los profesionales de la salud y a otros funcionarios una autoridad que desplaza la voluntad y agencia de las mujeres.

Cuando se niega la ILE en caso de violación se está imponiendo forzosamente un embarazo. Este acto implica una instrumentalización del cuerpo de las mujeres, que descansa en estereotipos de género que vulneran su igualdad, tanto en la dignidad que toda mujer merece en tanto persona como en el reconocimiento y ejercicio de derechos como es el de la autonomía. Esta situación coloca a las mujeres en situaciones de discriminación que son incompatibles con el artículo 26 del PIDCP, en el que se define que todas las personas "tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley", por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social". Y también viola el artículo 24 de la Convención Americana de Derechos Humanos, que establece que "todas las personas son iguales ante la ley [...], tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley".

Derecho a la salud

El derecho a la salud, entendido como el disfrute del nivel de salud más alto posible, de bienestar físico, mental y social, se encuentra reconocido en diversos tratados internacionales de derechos humanos, y fueron incorporados en la Constitución Nacional de la Argentina desde 1994 (art. 75 inc. 22).^{69 70}

69. En la Argentina, con mayor intensidad desde la década de 1990, la gestión sanitaria se ha descentralizado y la administración ha sido desplazada tanto a las provincias como a los municipios, por ello la atención sanitaria y las directrices de salud son diferentes a lo largo y ancho del país. Sin embargo, deben respetar los estándares constitucionales a los que nos referimos en este apartado.

70. Para ampliar la información sobre este derecho, ver González Vélez (2008).

Desde esta perspectiva, la salud también es un estado de bienestar y no la mera ausencia de enfermedades. El nivel de salud más alto posible hace referencia:

- ✓ Al nivel de salud que permite a una persona vivir dignamente (incluida la vida libre de violencia).
- ✓ A los factores socioeconómicos que posibilitan llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud, es decir, que no se limita a la atención en salud.
- ✓ Al acceso a los servicios de salud y a la protección de la salud.
- ✓ El derecho al nivel de salud más alto posible reconoce que los estándares de bienestar son individuales y que no pueden ser definidos con indicadores inflexibles que se apliquen de manera general a todas las personas. En este aspecto, el derecho a la salud se vincula con el derecho a la autonomía, al reconocer que tales estándares de bienestar deben ser definidos por las mujeres, especialmente cuando se trata de servicios que ellas requieren.⁷¹

Como se acaba de mencionar, el derecho a la salud obliga a reconocer la salud como un concepto integral que incorpora las dimensiones física, mental y social. Cada una de ellas puede estar afectada en las mujeres que han atravesado una violación o una experiencia o contexto de violencia sexual, pues se trata de dimensiones interrelacionadas, lo que no significa que en algunas circunstancias prevalezca la afectación de alguna de esas dimensiones.

Es interesante presentar el caso colombiano, en el que la ley 1257 reconoce las diversas afectaciones a la salud que provoca la violencia sexual y el embarazo resultado de esta. Esta ley define a la afectación de la salud como daño contra la mujer, y para interpretarla se establecieron las siguientes definiciones de daño.

- ✓ *Daño psicológico*: Proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.
- ✓ *Daño o sufrimiento físico*: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.
- ✓ *Daño o sufrimiento sexual*: Proveniente de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas (ley 1257 de 2008, art. 3).

Desde 1993 Naciones Unidas adoptó una primera definición de la violencia de género como "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada". Esta definición y las posteriores enunciadas en la Convención de Belén do Pará⁷² y por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷³ incluyen diferentes tipos de actos violentos ejercidos contra las mujeres y reconocen las tres dimensiones de la salud.

71. González Vélez (2008).

72. "Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado [...] incluye la violencia física, sexual y psicológica."

73. "Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo."

Desde una perspectiva de salud como la planteada en el marco internacional de los derechos humanos, la violación afecta todas las dimensiones de la salud:

- ✓ *Dimensión física.* Porque el mero acto violento constituye una violación de la integridad física y corporal de las mujeres y las expone, cuanto menos, a dos potenciales situaciones: el embarazo no deseado o las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. En esta misma dimensión, la negación u obstaculización de la prestación de servicios de ILE puede exponer a la mujer a riesgos para su salud física, si los servicios a los que se ve obligada a acudir comportan riesgo para su salud con complicaciones como la esterilización, las infecciones, etcétera.
- ✓ *Dimensión mental.* Porque es común que la violación y el embarazo forzado generen en las mujeres una profunda afectación emocional que puede llegar a la ideación suicida o al suicidio, y que abarcan afectación psíquica, depresión, estrés postraumático, etc. (Londoño, 2000). El caso de Mariana (Argentina),⁷⁴ refleja claramente cómo el avance de un embarazo resultado de una violación puede producir afectación de la salud mental extrema, como es la idea del suicidio.⁷⁵ (González Vélez, 2011).
- ✓ *Dimensión social.* Porque puede ser afectada de múltiples formas: por la obligación de continuar un embarazo resultado de una situación en el cual la decisión de la mujer no fue tomada en cuenta, enfrentar el riesgo de perder el trabajo, interrumpir los proyectos de estudio o laboral y afectar el proyecto de vida, perder la pareja, verse obligada a tener un hijo que no desea y a menudo rechaza, agravar una situación de pobreza preexistente, el temor al estigma, el rechazo del producto, la humillación (Londoño, 2000).

El derecho a la salud obliga a reconocer a la salud como un concepto integral que incorpora las dimensiones física, mental y social. Cada una de ellas puede estar afectada en las mujeres que han sido violadas, pues se trata de dimensiones interrelacionadas.

Finalmente, es importante recordar que la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad son cuatro elementos esenciales del derecho a la salud, que resultan cruciales para la garantía del acceso a servicios de la ILE por la CV⁷⁶.

74. Sentencias del Tribunal de Menores n.º 1 del Departamento Judicial de Mar del Plata y de la Sala II Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata dentro del proceso de OMV. En González Vélez (2011).

75. El argumento central de la decisión (sentencias del Tribunal de Menores n.º 1 del Departamento Judicial de Mar del Plata y de la Sala II Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata dentro del proceso de OMV) en este caso fue que, conforme a una interpretación amplia del derecho a la salud, la afectación de la salud mental que sufría Mariana justificaba la aplicación de la causal salud. Se argumentó que existía un riesgo serio para la salud mental derivado de la violencia sexual y, además, que en el caso concreto estaba ampliamente acreditado el daño para la salud mental: "De lo expuesto por el reconocido jurista surge que el supuesto del embarazo derivado de una violación no es más que un caso particular de la hipótesis general de peligro para la salud de la madre del inc. primero, por lo que el encuadre en dicha premisa general tiene expresamente en cuenta que el supuesto también se verifica particularmente en el inc. segundo, en tanto el embarazo es producto de una violación".

76. Observación General Nro. 14. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales.

Disponibilidad	Servicios de salud suficientes y acordes con las necesidades de las mujeres, así como servicios legales y otros servicios administrativos que estén involucrados, según cada contexto, con la atención integral a mujeres víctimas de violencia. Estos servicios deben estar disponibles a lo largo de todo el territorio nacional, incluidas las zonas semirurales, rurales o zonas marginales.
Accesibilidad	Tiene varias facetas: la física, la oferta de servicios debe estar lo más difundida posible en el territorio; la económica, que implica tener en cuenta la capacidad de pago de los diferentes grupos de mujeres para determinar el precio de los servicios (Richey y Salem, 2008); el acceso a información y autonomía, abordar de manera clara y explícita las obligaciones de los profesionales de la salud y del ámbito judicial, sobre la información que deben brindar a las mujeres y los estándares de calidad con que esta debe ser suministrada en términos de oportunidad, veracidad, integridad y claridad; los desarrollos legales, algunas políticas pueden requerir el diseño de normas en diferentes niveles, pues con mucha frecuencia la regulación es el primer paso en el camino a la efectividad.
Aceptabilidad	Los servicios de salud y otros servicios administrativos o legales deben respetar la confidencialidad, el secreto médico y las necesidades especiales de algunos grupos de mujeres.
Calidad	Los establecimientos que presten servicios de atención a mujeres víctimas de violencia sexual deben cumplir con estándares de calidad, contar con personal capacitado, tecnología adecuada, etc. (González Vélez, 2010).

Derecho a la dignidad y derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes

El principio y el derecho a la dignidad humana han sido reconocidos en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos (González Vélez, 2008). En el ordenamiento jurídico argentino es parte de los derechos y principios incorporados en la Constitución Nacional en 1994 (art. 75. inc. 22) y resulta uno de los fundamentos más importantes de la CV.

La Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia C-355 de 2006*, asume que obligar a una mujer a continuar con un embarazo que no es producto de su decisión sino que es el resultado de una agresión sexual, supone el desconocimiento de que la mujer es una persona con un proyecto de vida autónomo, a quien no se le puede imponer por la fuerza un embarazo que no es producto de una relación libre y consentida y que, por el contrario, es el resultado de conductas arbitrarias que desconocen su carácter de sujeto autónomo de derechos.

El principio de la dignidad humana ha sido reconocido por la Corte Suprema argentina. Así, por ejemplo, está vinculado con la discriminación:

“El acto discriminatorio ofende nada menos que el fundamento definitivo de los derechos humanos: la dignidad de la persona, al renegar de uno de los caracteres ínsitos de esta: la igualdad en dignidad de todos y cada uno de los seres humanos, de la cual deriva, precisamente, el principio de igualdad y prohibición de

toda discriminación, destinado a proteger en la existencia dicha igualdad en esencia, intrínseca o inherente a aquéllos.”⁷⁷

En el mismo sentido, la sentencia de 2012 en el caso *FAL* se refiere a dignidad en relación a la CV:

“Que por lo demás, de la dignidad de las personas, reconocida en varias normas convencionales [...] se desprende el principio que las consagra como un fin en sí mismas y proscrib[e] que sean tratadas utilitariamente [...]. En efecto, la pretensión de exigir, a toda otra víctima de un delito sexual, llevar a término un embarazo, que es la consecuencia de un ataque contra sus derechos más fundamentales, resulta, a todas luces, desproporcionada y contraria al postulado, derivado del mencionado principio, que impide exigirle a las personas que realicen, en beneficio de otras o de un bien colectivo, sacrificios de envergadura imposible de commensurar.”

La prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes protege a las mujeres de la imposición de un embarazo que no han decidido y de la obligación de continuarlo hasta el parto cuando no lo desean⁷⁸.

En el caso de la CV, el principio a la dignidad y el derecho a no estar sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes implican que la mujer no puede ser forzada “a adoptar comportamientos en su vida reproductiva contra su voluntad, como el embarazo forzado, la negativa a proveer servicios de aborto terapéutico, la terminación forzada del embarazo y, particularmente, la continuación forzada del mismo”.⁷⁹

Cuando las normas vigentes justifican el aborto en caso de violación pero los servicios de la ILE no son ofrecidos, se deniegan, se imponen dilaciones o demandas no previstas o carentes de fundamento jurídico, la omisión, la negación o la obstrucción arbitraria también representa otra forma de trato cruel, inhumano y degradante.

Por otra parte, el ideario suicida que la imposición forzada del embarazo puede provocar constituye un trato cruel, inhumano y degradante. Así lo entendieron los tribunales de Irlanda del Norte, que han afirmado que el riesgo de suicidio de una mujer embarazada constituye una amenaza a la vida de la mujer, que no solo se traduce en los daños físicos sino en la angustia mental que puede causarle su predisposición al suicidio.⁸⁰

Desde 1949, la Comisión contra Crímenes de Guerra de las Naciones Unidas ha condenado la instrumentalización del cuerpo de las mujeres para servir a los intereses del Estado. Esta condena comprendió tanto la imposición forzada del embarazo como la del aborto, al considerar que dicha afrenta representaba un atentado a la autonomía y a la dignidad de la mujer, y un trato cruel, inhumano y degradante (Naciones Unidas, 1949).

77. CSJN, A. 1023. XLIII. Recurso de hecho. Álvarez, Maximiliano y otros vs. Cencosud S.A s/ acción de amparo. 7 de diciembre de 2010. 78. En este sentido se han expedido varios pronunciamientos de tribunales nacionales y órganos de monitoreo de los tratados de derechos humanos. Ver, por ejemplo, Comité Contra La Tortura 42º período de sesiones.

79. Comité Contra la Tortura 42º, período de sesiones: 101.

80. Northern Ireland Law Reports 188 (Court of Appeal) “Family Planning Association of Northern Ireland v. Minister for Health Social Services and Public Safety”, 2004.

Obligar a las mujeres a sufrir en su cuerpo las consecuencias del delito del que han sido víctimas supone reproducir su victimización e implica infligirles daños psicológicos y morales que configuran un trato cruel, inhumano y degradante.

También, la prohibición del acceso a la ILE en los casos de violación ha sido entendida como un trato cruel, inhumano y degradante. En su decisión contra la Argentina en el Caso *LMR*, el Comité de Derechos Humanos consideró que la obstrucción y la dilación de los servicios de aborto previstos en el Código Penal, solicitados por una mujer menor de edad que padecía un retraso mental y había sido víctima de violación, causaban un daño moral y físico que representa una violación del artículo 7 y un incumplimiento del artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).^{81 82}

Derecho a la vida

El derecho a la vida ha sido reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional en el derecho argentino (art. 75. inc. 22 CN).⁸³

De modo creciente, el ámbito de protección de este derecho es interpretado incluyendo elementos que garantizan la vida más allá del sentido estrictamente biológico, llegando a la comprensión del concepto de *vida digna* que se relaciona con:

- ✓ La autonomía o posibilidad de construir el "proyecto de vida" y de determinar sus características (vivir como se quiere).
- ✓ Ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien), la intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones) (González Vélez, 2008: 32).

En este sentido, la CSJN ha reconocido que la vida es un derecho relativo, lo que implica que el Estado tiene el interés y la obligación de promover y apoyar el desarrollo de la vida en gestación, pero no tiene, ni puede tener, la obligación o el derecho de imponer a las mujeres, en este caso que han sido violadas, la carga de continuar un embarazo no deseado con base en la protección de la vida intrauterina. El derecho a la vida que se privilegia en el caso del ANP es el de las mujeres, integrando el concepto de vida digna que, como lo dice la Corte, no solo implica el respeto de la vida sino el reconocimiento de la dignidad de las mujeres como fines en sí mismas y no como herramientas para la reproducción.

Por otro lado, en la protección de los derechos de las mujeres también se ha reconocido el derecho a una *vida libre de violencias*. Según la Convención de Belém do Pará: "Toda mujer tiene derecho a una vida libre

81. Comunicación Nro. 1608/2007. L.M.R c. Argentina. Dictamen del Comité de Derechos Humanos.

82. De modo similar, las observaciones finales del Comité de Derechos Humanos de 1996 en el caso de Perú así lo establecieron en relación con la prohibición del acceso a servicios, estando este proscrito por el artículo 7 del PIDCP: "15. [...] También lo preocupa [al Comité] que el aborto esté sujeto a sanciones penales, aun en el caso de que el embarazo de una mujer sea producto de una violación y de que el aborto clandestino sea la mayor causa de mortalidad materna. Estas disposiciones traen como resultado someter a las mujeres a un tratamiento inhumano y pudieran ser incompatibles con los arts. 3, 6 y 7 del Pacto". Como consecuencia de lo anterior, en las recomendaciones finales indicó: "22. [...] El Perú debe asegurarse de que las leyes que guardan relación con la violación, el abuso sexual y la violencia contra las mujeres las protejan de manera eficaz y debe tomar las medidas necesarias para evitar que las mujeres deban arriesgar su vida en razón de la existencia de disposiciones legales restrictivas sobre el aborto".

83. Para ampliar la información sobre los alcances y el reconocimiento de este derecho ver González Vélez (2008).

de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado" (art. 3), entendiendo que la violencia comprende "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". El derecho a la vida libre de violencia contempla todos los elementos de la fundamentación de la CV: "el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral", "el derecho a la libertad y a la seguridad personales" y "el derecho a no ser sometida a torturas".

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reconocido que la vida, como todos los derechos, es relativo, dando claridad acerca del reconocimiento del valor incremental de la protección del derecho a la vida en el ordenamiento jurídico nacional.

La vida libre de violencias supone el respeto de la integridad de las mujeres, su derecho a la libertad y a la seguridad, así como la ausencia de tortura, todas ellas violaciones de derechos que se derivan del embarazo producto de una violación o, en estos casos, de la imposición de barreras a la ILE.

En la Argentina, la ley 26485 de 2009, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, establece el derecho de las mujeres a no sufrir ninguna clase de violencia. Entre ellas, la violencia obstétrica y la violencia institucional se relacionan con la ILE, ya que se presentan con las obstrucciones que han impuesto tanto el sistema de salud como el poder judicial y las autoridades administrativas para garantizar la práctica de los ANP. Estas barreras fueron identificadas por la Corte en su fallo *FAL*, por ejemplo la solicitud de requisitos ilegales o las sospechas de las que son objeto las mujeres que solicitan abortos por la CV.

Finalmente, cabe mencionar que en el *Caso Rosendo Cantú y Otra c. México*,⁸⁴ la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó que el Estado es responsable por la violación de los derechos a la integridad personal, a la dignidad y a la vida privada, consagrados, respectivamente, en los artículos 1, 2 y 6 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, así como por el incumplimiento del deber establecido en el artículo 7a de la Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Esta decisión constituye un precedente relevante respecto a la relación entre la CV y el derecho a una vida libre de violencia.⁸⁵

84. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Rosendo Cantú c. México*, octubre de 2009.

85. Valentina Rosendo Cantú es una mujer indígena tlapaneca/me'phaa, perteneciente a la comunidad indígena de Caxitepec, habitante de la región de la Montaña en el Estado de Guerrero, México. El 16 de febrero de 2002, a los 17 años de edad, Rosendo Cantú fue torturada sexualmente por agentes militares mientras se encontraba lavando ropa cerca de su casa. La violación tumultuaria se produjo mientras era interrogada sobre la ubicación de varios hombres de su comunidad señalados por los militares como "encapuchados". La denuncia de los hechos fue presentada el 8 de marzo de 2002 ante el Ministerio Público del Fuero Común. Para ello, Valentina tuvo que enfrentarse a múltiples obstáculos para tener acceso efectivo a la justicia y a la atención médica. Las investigaciones estuvieron plagadas de omisiones y negligencias, y su denuncia fue investigada por el fuero militar, el cual carece de competencia, imparcialidad e independencia para investigar este tipo de hechos (*Caso Rosendo Cantú c. México*. Corte Interamericana de Derechos Humanos, octubre de 2009).

Derecho a la libertad y a la autonomía

En la Argentina, el derecho a la autonomía está reconocido en el artículo 19 de la Constitución Nacional y en los instrumentos internacionales de derechos humanos del derecho internacional (art. 75. inc. 22 CN).⁸⁶

A efectos de la aplicación de la CV, el derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad expresa la capacidad de decidir con autonomía el proyecto de vida conforme al cual se quiere vivir.

La aplicación de la CV debe operar como una garantía frente a la imposición del embarazo mediante la violencia o su continuación forzada.

Por estar originado en la agresión, el embarazo que resulta de la violación niega absolutamente la capacidad de las mujeres de decidir acerca de su sexualidad y su reproducción: con quién tener una relación sexual, si desean tener hijos y en qué momento lo desean. En estas circunstancias, la aplicación de la CV debe operar como una garantía frente a la imposición del embarazo mediante la violencia o su continuación forzada.

El empleo de las instituciones del Estado para obligar a las mujeres a continuar embarazos impuestos por la violación representa otra forma de violencia contra las mujeres. De hecho, el embarazo forzado ha sido comparado a la violación, pues obliga a las mujeres a que sirvan, a través de sus cuerpos y contra su voluntad, a los intereses de quien ejerce la fuerza y el poder sobre ellas (Bellucci, 1997).

La coacción impuesta a través de la violación o la denegación de la ILE refuerza actitudes y prácticas que desconocen y limitan la autonomía y la libertad de las mujeres. Mientras la violación reduce a las mujeres a meros objetos sexuales, el embarazo forzado las reduce a su función reproductiva, provocando de esta manera una doble victimización. Ambas situaciones niegan la capacidad de las mujeres de tomar decisiones respecto de sus propios cuerpos, y las instrumentalizan.

En este sentido, el derecho a ser madre o, en otros términos, la consideración de la maternidad como una "opción de vida", corresponde al fuero interno de cada mujer. En consecuencia, estos derechos protegen la facultad de las mujeres de adoptar decisiones sobre su vida y su salud, incluida su salud sexual y reproductiva, y sobre los procesos de verdad, justicia y reparación, y de contar con todas las condiciones para convertir esas decisiones en actos reales.

Derecho a la privacidad e intimidad

En relación con lo anterior, el derecho a la privacidad e intimidad protege un ámbito de la vida del control de terceros y del Estado, y también han sido reconocidos en diversos instrumentos internacionales. Como fundamento de la CV, estos derechos tutelan la facultad de las mujeres de disponer sobre la continuación o la interrupción del embarazo como una decisión que incumbe exclusivamente a su intimidad y su privacidad, excluyendo la injerencia del Estado y de terceros, pues son ellas las únicas que deben decidir acerca de la afectación de su proyecto de vida.

86. Para más detalle ver González Vélez (2008).

Para la CSJN: "El derecho a la privacidad e intimidad, fundado en el artículo 19 de la Constitución Nacional, protege jurídicamente en relación directa con la libertad individual un ámbito de autonomía personal, así como acciones, hechos y datos que, conforme a las formas de vida acogidas por la sociedad, están reservadas al individuo, y cuyo conocimiento y divulgación por extraños implica peligro real o potencial para la misma intimidad" (CSJN, 11-12-84, E. D. 112-239).

En el caso de violación, están afectadas al menos dos dimensiones de la privacidad: la dimensión pública del delito de violación y la dimensión privada de la decisión frente a las consecuencias de ese delito, en este caso, frente al embarazo producto de la violación.

De forma específica para los casos de violencia sexual, en su reciente Informe sobre Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha declarado que

"la violación sexual vulnera valores y aspectos esenciales de la vida privada, supone una intromisión en la vida sexual y anula el derecho de la víctima a tomar libremente las decisiones respecto con quien tener relaciones sexuales, perdiendo de forma completa el control sobre sus decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas".

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el *Caso Atala Riffo y niñas vs. Chile* ha señalado que

"la vida privada es un concepto amplio que no es susceptible de definiciones exhaustivas y comprende, entre otros ámbitos protegidos, la vida sexual y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos. Es decir, la vida privada incluye la forma en que el individuo se ve a sí mismo y cómo y cuándo decide proyectar a los demás".

En el *Caso Tysiatic vs. Polonia*,⁸⁷ la Corte Europea explicó que el derecho a la privacidad protegía la decisión de las mujeres a interrumpir el embarazo. Precisó que el derecho a la privacidad:

- ✓ Implicaba obligaciones negativas para los Estados, que se traducían en la prohibición de interferir en la vida privada de las mujeres, por ejemplo en la decisión de interrumpir un embarazo.
- ✓ Implicaba también obligaciones positivas, como la de adoptar medidas para garantizar el respeto de la privacidad en las relaciones entre particulares, por ejemplo en la intervención de los profesionales de la salud frente a las decisiones de las mujeres.
- ✓ No puede ser solo teórico, por lo que implica la protección del derecho a tomar decisiones en el ámbito de la privacidad, pero también la posibilidad de hacerlas efectivas.

87. Corte Europea de Derechos Humanos. *Tysiatic vs. Poland*. 2007.

La facultad de las mujeres de decidir sobre la continuación o la interrupción del embarazo como una decisión que incumbe exclusivamente su intimidad y su privacidad.

Es importante apuntar que si bien las mujeres son quienes deben tomar decisiones sobre su vida privada, esto no implica que, en el caso de la violencia ejercida contra ellas en el ámbito del hogar, se invoque una idea de privacidad que avale la dominación masculina en la familia. Es decir, la defensa de la privacidad no se invoca como razón de la "inmunidad para proteger el dominio masculino", sino, por el contrario, la privacidad brinda a las mujeres una "oportunidad para el desarrollo individual, para la toma de decisiones individuales" (Schneider, 2010).

En términos prácticos, aunque tienen muchos problemas en su implementación, la existencia de un conjunto de medidas cautelares o de protección (como la prohibición de contacto con la víctima, el desalojo e incluso el arresto a los que las mujeres pueden recurrir cuando son víctimas de violencia por parte de su pareja o ex pareja) reflejan que la violencia contra las mujeres tiene una dimensión pública como problema (Schneider, 2010).

Para la CV, la protección de este derecho contempla también el cuidado que debe tenerse respecto a la información que se revele sobre la violación en el contexto de la relación médicos-paciente. Mientras que las mujeres pueden decidir no informar una experiencia de violación, el embarazo lo

"impide y por el contrario, le da vigencia [...]. Darse cuenta del embarazo por violación es una nueva violación que le causa estragos a las víctimas; tal vez más insano que la primera, por cuanto se encontraban en un período de gran vulnerabilidad. Este embarazo quiere decir: la violación está presente y no se puede olvidar. El embarazo es una presión que obliga a muchas a contar la experiencia de la violación que tenían escondida" (Londoño, 2000).

En este contexto es crucial preservar la confidencialidad y proteger la intimidad de la mujer a fin de evitar la demora en la búsqueda de atención y la exposición a riesgos por las circunstancias que pudieran rodear la violación. La protección de estos derechos resulta también clave para asegurar que la mujer decida denunciar o no el hecho delictivo según lo que considere mejor para su vida, y que pueda separar del delito de violación la decisión respecto de la ILE.⁸⁸

En ese sentido, la protección de la privacidad de las mujeres se evidencia en la prohibición del adelantamiento de juicios que interfieran injustificadamente en su intimidad. Las víctimas de delitos sexuales tienen un derecho a la protección reforzada de su intimidad contra juicios, valoraciones y pruebas que impliquen una intromisión irrazonable, innecesaria y desproporcionada en su vida íntima, como ocurre, en principio, cuando se indaga genéricamente sobre el comportamiento sexual o social de la víctima previo o posterior a los hechos que se investigan. Tal circunstancia transforma las pruebas solicitadas o recaudadas en pruebas constitucionalmente inadmisibles.

88. Ver College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2005. Este documento está orientado a explicar las pautas sobre el secreto confidencial y la revelación de información: Maintaining confidentiality is fundamental to providing the high standard of patient care. "Patients who understand that their information will remain confidential are more likely to provide the physician with complete and accurate health information, which in turn, leads to better treatment advice from the physician."

En relación con esto, en la implementación de la CV la protección del derecho a la intimidad se conecta con la calificación de la violación como un delito de instancia privada salvo los casos de menores de edad o lesiones gravísimas (art. 72 del Código Penal argentino). Se trata del reconocimiento de que el Estado no puede investigar sobre este tipo de hechos a menos de que la víctima así lo solicite. Por ello, para acceder a la CV no es posible solicitar la denuncia previa de la violación: por un lado, debido a que la víctima tiene el derecho a no denunciar el hecho; por otro, porque el inicio obligatorio de un proceso penal por esos hechos es violatorio del derecho a la intimidad de las mujeres.

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos reconocidos como sexuales y reproductivos son:

Derechos sobre la sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Placer en el ejercicio de la sexualidad ♦ Elección y expresión de la orientación sexual ♦ Elección y expresión de la identidad de género
Derechos sobre el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Elección del número de hijos ♦ Elección del espacio entre embarazos ♦ Derecho al aborto (dependiendo del modelo de regulación) ♦ Derecho a la asistencia para la concepción
Derecho a la anticoncepción	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Consejería ♦ Menú de anticonceptivos
Derecho a una vida libre de violencia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sexual y obstétrica
Derecho a la confidencialidad	
Derecho a la información	
Derecho a la educación	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Educación para la sexualidad
Derecho a la salud	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Salud sexual <ul style="list-style-type: none"> - Respeto y atención especializada a la diversidad sexual y de género - Prevención, tratamiento e inclusión de las personas viviendo con ITS ♦ Salud reproductiva <ul style="list-style-type: none"> - Anticoncepción - Atención durante el embarazo, parto y puerperio - Servicios de atención de aborto y postaborto ♦ Salud e identidad de género
Derecho a los beneficios de los adelantos de la ciencia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tecnologías (no)reproductivas ♦ Tecnologías para la anticoncepción ♦ Tecnologías para la disposición sobre el embarazo

Como se puede observar, dentro de los derechos sexuales y reproductivos la maternidad voluntaria es central. Por ello aparece un vínculo muy estrecho entre el ejercicio de todos los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a la ILE: al derecho a vivir una vida libre de violencia, que incluye no ser sometidas a malos tratos o dilaciones injustificadas para la prestación de la ILE; al derecho a disfrutar de la sexualidad, que se ve gravemente vulnerado en los casos de la CV; a los derechos a la confidencialidad, información y beneficio de la tecnología, que tienen que ver directamente con las condiciones de prestación de los servicios del ANP en el sistema de salud.

En la CEDAW existen dos artículos (12.1 y 16) que se refieren a la responsabilidad de los Estados, tanto a adoptar las medidas necesarias para la eliminación de la discriminación (igualando las condiciones de varones y mujeres para acceder a los servicios de salud, incluyendo los de planificación familiar) como a garantizar el derecho a elegir libremente el número de hijos, el intervalo intergenésico y el acceso al conocimiento y la información. Las directrices generales de aplicación y de interpretación de estos derechos sexuales y reproductivos, que fueron definidos tanto en las Plataformas de Acción de la Cumbre Mundial de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) como en la Plataforma de Acción de la Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), establecen claramente los lineamientos para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo los de las personas adolescentes y jóvenes.

Los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina son incorporados en la Constitución Nacional (art. 75. inc. 22) a través de los tratados de derechos humanos. Asimismo, en el ámbito nacional, en 2002 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el que se definen los objetivos y mecanismos de garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito nacional, que han sido progresivamente desarrollados en las provincias desde ese momento, ya sea como adhesiones a la ley nacional o como leyes autónomas enmarcadas dentro de los estándares nacionales.⁸⁹ Finalmente también la mayoría de las provincias cuentan con leyes de salud sexual y reproductiva.

Derecho a la información

La información es el sustrato de las decisiones autónomas sobre la sexualidad y la reproducción. En la medida en que se reconoce como un derecho humano, el derecho a la información implica obligaciones negativas y positivas:

- ✓ Las obligaciones negativas prohíben las intervenciones arbitrarias en el acceso a la información.
- ✓ Las obligaciones positivas ordenan la provisión de información completa, clara, veraz y oportuna.

Otro aspecto importante de este derecho y su relevancia para adoptar decisiones autónomas sobre la salud es que la información sea recibida en condiciones determinadas, esto es, que resulte clara y oportuna, veraz y completa, precisa, confiable y apropiada a las condiciones de quien la reciba, de forma que pueda ser comprendida correctamente.

En relación con la información sanitaria, la ley nacional 26529 de los derechos del paciente establece:

2. f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
3. Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

89. Para una revisión exhaustiva de la legislación local, ver Cárdenas (2008). Para acceder al texto de las regulaciones provinciales sobre derechos sexuales y reproductivos consultar el sitio Depenalización.org.

además, acerca de los procedimientos médicos, los riesgos, las ventajas y las secuelas, es indispensable para tomar decisiones libres" (González Vélez, 2008). El derecho a la información también abarca el hecho de contar con datos sobre los procedimientos legales para el acceso a una atención integral de las mujeres que sufrieron situaciones de violencia sexual.

Un caso decidido por la Corte Europea de Derechos Humanos en el que se reivindicó el derecho de las mujeres a recibir información sobre aborto, fue el *Open Door Counselling and Dublin Well Woman Centre and Others vs. Irlanda*, en el cual se resolvió en favor de la demanda interpuesta por varias organizaciones a las que el gobierno irlandés había prohibido ofrecer información a las mujeres sobre los servicios de aborto disponibles en el exterior, argumentando que era necesario proteger la moral pública.

Derecho al debido proceso

El derecho al debido proceso es un mecanismo fundamental anclado en el Estado de derecho y reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho constitucional para la protección de otros derechos como los descritos hasta aquí. Además, el debido proceso es la base para comprender los procedimientos públicos y privados, administrativos y judiciales como un asunto de derechos y desde una perspectiva constitucional.

A continuación se presentarán las dimensiones de este derecho aplicado a la CV:

- ✓ Deber de respetar las formas procesales
- ✓ Principio de legalidad
- ✓ Principio de favorabilidad
- ✓ Derecho de defensa
- ✓ Principio de prevalencia de las normas
- ✓ Derecho de acceso a la justicia
- ✓ Principio de celeridad

Deber de respetar las formas procesales

En un primer nivel, en sentido estricto el derecho al debido proceso supone el *deber de respetar las formas procesales* establecidas en las normas aplicables y las ritualidades previstas en la legislación, de forma tal de excluir toda acción fuera del derecho por parte de las autoridades y de los particulares. Esto se debe a que la misma demarcación legal de las funciones y procedimientos que regulan la conducta de las autoridades y de las personas constituye una garantía central para el Estado de derecho, de modo tal de preservar la seguridad jurídica y la igualdad ante la ley.

En la aplicación de la CV este derecho implica la improcedencia de requisitos adicionales a los previstos por las normas que regulan el acceso a la ILE. Además, el debido proceso supone el deber de los actores del sistema de salud y de los funcionarios administrativos y judiciales de ceñirse estrictamente a los procedimientos previstos para la realización de la ILE, distinguiendo con claridad entre aquellos establecidos como requisitos para la realización de la ILE, de un lado, y los correspondientes a la investigación y sanción de la violación, por otro. En esa línea, el debido proceso requiere la independencia de las investigaciones sobre la comisión de actos de violación y los requisitos para el acceso a los servicios de ILE.

De este reconocimiento se desprende el deber de garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud que no impliquen cargas excesivas, requerimientos irracionales o arbitrariedades. Ejemplos de estas cargas o requerimientos no pertinentes lo constituyen:

- ✓ Las demandas de denuncia de la violación como requisito para la ILE cuando esta no se exige o se declara improcedente.
- ✓ La exigencia de autorizaciones judiciales indebidas, permisos de terceros o certificaciones burocráticas de los establecimientos de salud o los facultativos para obstruir el proceso para el acceso a la ILE (Cook y Howard, 2007).

Principio de legalidad

Un segundo componente del derecho al debido proceso es el principio de legalidad, que, en su dimensión formal, exige que las actuaciones procesales se encuentren previstas en normas aprobadas con anterioridad al procedimiento en que ellas deben aplicarse. Aplicado a la CV, y en relación con lo anterior, esto impide incluir requisitos ad hoc que atenten contra el derecho garantizado a las mujeres de acceder a una práctica legal.

Principio de favorabilidad

Un tercer elemento central del derecho al debido proceso en la aplicación de la CV es el *principio de favorabilidad*, según el cual, en materia penal, la ley permisiva o favorable debe aplicarse con preferencia a toda norma restrictiva o desfavorable. El deber de priorizar toda interpretación favorable a los derechos de las personas debe regir en particular los procedimientos administrativos o judiciales previstos para la prestación de los servicios de la ILE en caso de violación, en los cuales deberá considerarse la interpretación más favorable a la permisión de la ILE.

En el caso de las disputas interpretativas que pueden sobrevivir en algunos lugares de la Argentina, incluso luego del pronunciamiento de la CSJN, el principio de legalidad en su versión sustancial (principio de favorabilidad) implica el mandato de interpretar las normas vigentes según el principio penal que exige la interpretación amplia de los permisos y restrictiva de las prohibiciones, por cual ante la duda de si el tipo penal cubre o no una acción, una correcta interpretación restrictiva de la norma y en favor de los derechos de las mujeres implicará excluir dicha conducta de la punibilidad (Cook, Dickens y Fathalla, 2003). Esto supone, por ejemplo, que durante un caso de la CV si el profesional de la salud interviniente tuviera una duda debería estar ante la solución que representa la permisibilidad y no la punibilidad.

Derecho de defensa

El *derecho de defensa* se erige como otro de los principios integradores del derecho al debido proceso, e implica la garantía de la participación en los procedimientos con el fin de ejercer la facultad de asistir al procedimiento, ser parte del mismo, defenderse, presentar argumentos, alegatos y pruebas. Además, son componentes del derecho de defensa tanto el derecho de contradicción como el derecho a la defensa técnica que exige la efectiva y real oportunidad de hacer valer las propias razones durante el procedimiento.

En el caso del acceso a la ILE por la CV, el derecho a la defensa conlleva el deber de garantizar la defensa de las mujeres en todo procedimiento previo a la realización de la ILE, sea este exigido por las normas aplicables o por una demanda injustificada de los actores encargados de la prestación de los servicios de la ILE.

Algo importante, como derivación de este derecho, es la *disponibilidad de al menos una instancia de apelación*. Las decisiones adoptadas en procedimientos administrativos o en alguna instancia médica deben estar sometidas a revisión si así la mujer lo solicita, ya sea por propia voluntad o luego de que el profesional le informe (como es su deber) este derecho. Los procedimientos previos a la realización de la ILE por la CV deberán incluir todas las medidas necesarias para escuchar a las mujeres o a sus representantes (en caso de mujeres con discapacidad mental sin habilidad para comprender la situación), y para atender a la defensa de los intereses de las mujeres en cada caso particular. Esas medidas deberán además ser sensibles a las distintas posiciones e identidades de las mujeres, según lo expresado al desarrollar el derecho y el principio de igualdad.

Principio de prevalencia de las normas

El debido proceso también supone el *principio de prevalencia de las normas* sustanciales que resulta de la vinculación irrevocable entre las normas procesales y la efectividad del derecho sustancial. Según este principio, las finalidades superiores de la justicia no pueden ser sacrificadas por un culto ciego a las normas procesales o cuestiones de forma cuando éstas no sean necesarias para sustanciar una decisión.

Este principio resulta particularmente importante en la CV cuando se imponen trámites administrativos o prácticas médicas que, no teniendo una relación directa con la adecuada atención de la ILE, atentan contra la garantía del acceso oportuno, respetuoso y adecuado.

Derecho de acceso a la justicia

Se trata del derecho a la verdad, el derecho a la justicia y el derecho a la reparación del daño. Los profesionales intervinientes deben informar a la mujer de su derecho a denunciar la violación o la situación de violencia sexual, así como su derecho de acudir a tribunales para la investigación de lo ocurrido. Los profesionales deberán tomar todas las medidas adecuadas (por ejemplo: respecto a la preservación de material genético) para que la mujer pueda hacer uso de esta posibilidad. Pero en ningún caso eso es requisito para acceder a la ILE.

Por otro lado, en el caso del acceso a la ILE por la CV, es importante destacar que el propio acceso a los servicios de la ILE se torna un componente del derecho a la justicia y a la reparación del daño.

Principio de celeridad

El *principio de celeridad* también conforma el derecho al debido proceso y exige la eliminación de todas las dilaciones injustificadas. Como consecuencia de este principio, los procedimientos médicos, administrativos y judiciales deben llevarse a cabo de forma rápida y sin demoras injustificadas.

En la aplicación de la CV, el reconocimiento de este derecho implica el deber de respetar los plazos previstos en las normas que regulan los procedimientos de la ILE y la imposibilidad de imponer dilaciones indebidas.

El principio de celeridad incluye el deber de atender a la importancia de la celeridad de los procedimientos para evitar los daños y los riesgos derivados del aborto tardío.⁹⁰

Sobre las demoras desmedidas, la Corte Suprema canadiense ha considerado que aunque una demora pudiese no ser percibida como excesivamente larga, en el caso del aborto las consecuencias de dicha demora pueden causar un grave daño a la mujer, considerando en especial que dicha dilación implicará la necesidad de técnicas más complejas para llevar a cabo el aborto en las etapas más avanzadas de la gestación, con la posibilidad de tornar el procedimiento más inseguro para la mujer.⁹¹

En el mismo sentido, en el caso *FAL* la CSJN señaló la gravedad de la imposición de procedimientos que no estén expresamente contemplados en la ley, calificándolos de obstrucciones y vallados para el ejercicio del derecho al ANP. En este sentido, identificó tanto la imposición de períodos de espera como la intervención de comités y autoridades judiciales o sanitarias adicionales al profesional de la medicina tratante.⁹²

1.1.3. Los principios éticos de la práctica profesional

La clínica es siempre una actividad concreta, individual. Su misión consiste en diagnosticar y tratar a una persona en circunstancias particulares. En eso se diferencia de la patología o estudio de los universales patológicos (Gracia, 2001), que se preocupa por descubrir y describir de manera general los cambios estructurales y los cuadros clínicos de las enfermedades. El conocimiento de la enfermedad propia de una persona depende de la capacidad de análisis de los signos y síntomas de esa realidad concreta. Además, la clínica implica una serie de elementos propios de la relación entre personas, que exceden el marco de lo puramente científico.

La relación entre alguien que ejerce la medicina o alguna otra rama de la salud y alguien que padece una enfermedad constituye un vínculo complejo. La complejidad radica en la situación singular en las que se encuentran las partes. Por un lado, el o la profesional tiene el monopolio del conocimiento técnico y conoce el marco legal aplicable a la especialidad y al tratamiento de que se trate. Por el otro, el o la paciente que acude por una necesidad de salud, ya sea porque tiene un problema o porque desea conocer su estado. El reconocimiento de esta desigualdad dentro de la relación ha implicado el desarrollo no solo de obligaciones y derechos jurídicos para cada una de las partes, sino también de los principios éticos que rigen esta relación. En 2005, en la Conferencia General de la UNESCO se abordaron los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en sus vertientes relacionadas con el ser humano. La "Declaración sobre Bioética y derechos humanos" fundamenta los principios consagrados en la bioética en las normas que rigen el respeto de la dignidad de la persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales. El artículo 3 de la Declaración establece que en toda práctica médica

- “1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.

90. Ver sobre este punto, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Caso Tysiac vs. Polonia*, párr. 118.

91. Corte Suprema de Canadá, *R. Morgentaler vs. The Queen*. 1988, párr. 27 y 28.

92. Considerandos 19, 20, 21, *FAL*. CSJN, 2012.

Esto implica que la ponderación sobre las decisiones médicas en cada caso concreto involucra, como se dijo, no solo los aspectos científicos, sino también los aspectos bioéticos enmarcados por los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos. Por lo tanto, se requiere una deliberación clínica, que sería aquella que los profesionales sanitarios realizan siempre que se encuentran ante los pacientes e implica la deliberación ética (Gracia, 2001).⁹³

Como sostiene Gracia (1991):

“El proceso de deliberación exige la escucha atenta (la angustia no deja por lo general escuchar al otro, precisamente porque se tiene miedo de lo que pueda decir), el esfuerzo por comprender la situación objeto de estudio, el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario”.⁹⁴

En los casos de la CV, la deliberación ética que se realiza entre la médica o el médico tratante y la mujer que ha sido víctima de violencia sexual debe cumplir no solo con los estándares éticos y de derechos humanos, sino también con los recaudos necesarios para realizar un acompañamiento que no revictimice a la mujer.

Principales principios éticos aplicables a la CV

Principio de autonomía

Este principio fundamental y básico supone “considerar a cualquier miembro de la especie humana como un fin, jamás como un medio” (Gracia, 1991).

Es necesario distinguir entre “ser agentes autónomos” y “ser respetados como agentes autónomos”, y este último es el que debe ser tenido en cuenta en la relación profesional de la salud-paciente, e implica no solo el respeto de las opiniones y puntos de vista de las mujeres, sino también el deber de entregarles toda la información y apoyarlas en todo lo necesario para que puedan estar en condiciones de tomar decisiones autónomamente.

Las acciones son autónomas cuando cumplen las siguientes condiciones: voluntariedad, información y ausencia de control externo. La primera, la voluntad, se tiene o no se tiene, se construye como una determinación definitiva, acuerdo o desacuerdo. En cambio, el conocimiento y el control externo admiten grados. En consecuencia, parece que las acciones pueden ser más o menos autónomas, según una escala de grados (Formet, 1999).

La Declaración de la UNESCO sobre bioética y derechos humanos sostiene: “se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses”(art. 5).

93. Gracia, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid, Eudema, 1991; 10. Citado por ibídem.

94. Gracia, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid, Eudema, 1991; 10. Citado por ibídem.

En el marco ético formulado en 1994 por la OMS en relación con los cuidados ginecológicos y obstétricos, dentro del principio de autonomía se destaca el rol central que la mujer debe adoptar en el cuidado de su salud. El respeto de la decisión de la mujer a la ILE exige el reconocimiento de ser sujeto ético autónomo, con aptitud y capacidad de tomar decisiones como un medio para alcanzar los fines y la vida que se han propuesto. "Esto abarca tener derecho a opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales en todo aquello que compete a su bienestar y a su proyecto de vida, incluidas las decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva" (González Vélez, 2008).

La autonomía se garantiza o se maximiza mediante el respeto mutuo entre los profesionales médicos y los pacientes, y este se expresa a través del *consentimiento informado* y una comunicación interpersonal que asegure el respeto a la dignidad, tanto del individuo como del médico.

El consentimiento informado se basa en el deber de información de los profesionales de la salud, para que las personas puedan adoptar una decisión estando en posesión de todos los elementos disponibles.

La información es el sustento que permite que sea la mujer (acompañada por un profesional respetuoso de sus derechos) la que pondere cuánto riesgo está dispuesta a soportar o asumir y cómo desea proteger su salud y bienestar integral. En las buenas prácticas biomédicas el respeto por la autonomía sustituye al paternalismo médico.

En la CV el respeto por la autonomía de las pacientes se expresaría a través del ejercicio de la "transparencia activa" por parte de los médicos tratantes. Este deber exige la entrega de información completa, veraz, actualizada y adecuada sobre el ANP, sin necesidad de solicitud expresa por parte de las pacientes.

En las buenas prácticas biomédicas el respeto por la autonomía sustituye el paternalismo médico.

Otro aspecto fundamental del consentimiento informado, es la eliminación de la coacción o de la manipulación de terceros. "Dos tipos de influencia pueden afectar las decisiones de las personas: la coacción, amenaza real y grave, o la manipulación, que consiste en la afectación de una decisión a través de diferentes medios" (González Vélez, 2008). En ese sentido, Castro (2009) sostiene:

"como sujeto de derechos, cualquiera sea la opción que elija, la mujer tiene derecho a una atención integral en salud y por lo tanto el sistema sanitario debe disponer de una normativa que la proteja y le brinde opciones en ese momento de máxima vulnerabilidad. Los marcos de los derechos humanos y la bioética definen que estas mujeres en situación de aborto deben recibir una atención digna, humanizada y de alta calidad, evitando el maltrato innecesario en el interior de los establecimientos hospitalarios (humanización)".

Aparece la pregunta sobre las mujeres menores de edad y aquellas que tienen una discapacidad mental, para quienes legalmente el tratamiento debe ser diferenciado en atención a las facultades particulares de cada grupo. De acuerdo con las consideraciones éticas y jurídicas, el estándar para la atención debe

estar basado en la "autonomía progresiva" de cada persona.⁹⁵ Este concepto supone una evaluación de las capacidades reales de cada persona para la toma de decisiones autónomas. Apoyadas en una red familiar, social o pública, se favorece que sea la opinión de la propia mujer la que prevalezca.

Surge así el concepto de "capacidad sanitaria", que se refiere prioritariamente al concepto de competencia, más que al de capacidad legal. La primera, la competencia, equivaldría a lo que jurídicamente se denomina "capacidad de hecho", que corresponde a todas las personas solo por el hecho de serlo. La capacidad legal corresponde al concepto de "capacidad de derecho", que es reconocida por la ley según condiciones particulares, por ejemplo, la edad.⁹⁶

La capacidad para tomar decisiones en salud se define por la presencia de cierto número de habilidades, fundamentalmente psicológicas (afectivas, cognitivas, volitivas), (Simón, 2000), que se activan para tomar una decisión en un momento determinado. Por tanto, no tiene que ver con la capacidad reconocida, por ejemplo, legalmente, para tomar otras decisiones. Es decir, no es un juicio respecto de la capacidad legal.

Los criterios de capacidad sanitaria hacen referencia fundamentalmente a las aptitudes de los pacientes para recibir, comprender y procesar racionalmente información, tomar una decisión y comunicarla adecuadamente. La capacidad "puede entenderse como un *continuum* entre dos puntos extremos: la capacidad plena y la incapacidad total, existiendo un punto de corte por debajo del cual se califica de incapaces a los sujetos y por sobre el cual se les considera capaces" (Orquez, Raineri y Bravo, 2004).

Los estándares para su determinación son flexibles y restringidos a cada caso concreto, y se deben definir en función del tipo de decisión a tomar y las facultades de la persona que debe tomar la decisión (Drane, 1984). Por ello, la Declaración de la UNESCO en su artículo 7, respecto de las personas a quienes no se reconoce capacidad plena, es decir las personas menores de edad o con discapacidad mental, indica:

"De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento: a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación."

Principio de beneficencia y Principio de no maleficencia

El principio de beneficencia se refiere al deber de hacer el bien, de fomentar con la acción terapéutica el beneficio en la salud de los pacientes, mientras que el contenido básico del principio de no maleficencia es "la obligación de evitar hacer daño intencionadamente y prevenir el daño, es decir hacer todo lo que sea necesario para evitarlo" (González Vélez, 2008).

Se trata de principios combinados destinados a orientar la conducta de los profesionales de la salud. En la actualidad, se entiende que el principio de beneficencia está condicionado por el principio de autonomía.

95. Ver Convención de los Derechos del Niño; Convención de las Personas con Discapacidad.

96. Se usa la expresión "capacidad sanitaria" por considerar que su uso es más extendido que el concepto de competencia, pero también porque permite comparar con la definición de discapacidad y capacidad legal, para así facilitar la comprensión de las diferencias.

En el caso del aborto, especialmente de la CV, el principio de beneficencia implica que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de cuidar la salud de las mujeres y de proteger sus derechos humanos. Por esto, deberán:

- ✓ Evitar que la continuidad de la gestación afecte o amenace su salud.
- ✓ Impedir que se obstaculice el acceso de las mujeres a un aborto cuando es legal.
- ✓ Asegurarse de que el procedimiento sea practicado a la mayor brevedad y por profesionales adecuadamente entrenados.
- ✓ Evitar que se recurra a interrupciones inseguras, ya que estas implican un alto riesgo para la salud de las mujeres.

Dentro del concepto de beneficio es fundamental incluir la voluntad de las pacientes, pues será beneficioso lo que estas consideren mejor para sí mismas (Marlasca, 2002) una vez que hayan recibido toda la información disponible, en ejercicio del deber de transparencia activa.

Asimismo, hay que recordar que en el caso de la CV, dentro del ejercicio del principio de beneficencia se debe incluir el ofrecimiento activo de atención integral e inclusión en los programas de atención a mujeres víctimas de violencia sexual, así como la toma de todos los recaudos necesarios para evitar la revictimización. Las técnicas de referencia (a servicios de mayor nivel, para atención de salud mental) y las de contrarreferencia (a servicios de menor nivel, por ejemplo un agente sanitario local para el acompañamiento después de la práctica) pueden ser muy útiles en caso de que la mujer acceda a abordar la situación integralmente.

Por su parte, el principio de no maleficencia tiene que ver con la abstención de comportamientos que generen daño en las pacientes. En palabras de Childress y Beauchamp (2001):

"La no maleficencia es el principio ético médico de no hacer daño. Dicho principio no solamente implica abstenerse de manera activa de hacerle daño físico a un ser humano (una paciente), sino daño psíquico como por ejemplo, lesionar la autoestima de una persona, tratarla de manera irrespetuosa o considerarla como objeto o medio para un fin".

De esta manera, el deber ético de no maleficencia se compromete cuando, por ejemplo:

- ✓ Se impide el acceso a la interrupción de un embarazo por la causal salud, por ejemplo, dilatando su práctica hasta el punto de hacerlo muy difícil o demasiado riesgoso.
- ✓ Se oculta información a la paciente o se informa sobre el derecho al ANP o los riesgos reales (no sobredimensionados) de la práctica y sus opciones de realización (medicamentosa o quirúrgica, por ejemplo), pero a su vez se tiene en cuenta las condiciones propias de la mujer consultante, como su idioma y educación, para asegurarse de la comprensión de la información suministrada.
- ✓ Se manda, de modo deliberado y de mala fe, a realizar exámenes o pruebas diagnósticas más exigentes que las requeridas de acuerdo con los estándares de atención vigentes.⁹⁷

Principio de justicia

Este principio se refiere a la igualdad en el trato a los pacientes (Salas, 1996). Implica la obligación de garantizar la distribución justa y equitativa de los beneficios de los servicios de salud (Gracia, 1991) a toda la población, independientemente de su ocupación laboral, clase social y lugar de residencia.

Como lo ha expresado la OMS:

"La equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Significa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y los servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables."⁹⁸

1.2 La salud de las mujeres, la salud pública y la carga oculta de la enfermedad

Además del marco internacional de derechos humanos y los principios de la ética profesional, la problemática de la violación, su relación con el embarazo no deseado y el acceso a la ILE deben comprenderse desde la perspectiva de la política en salud pública. Más allá de los impactos en la vida individual de las mujeres que han atravesado situaciones de violación, esta afecta la dimensión colectiva de la salud y, por tanto, es un problema de salud pública.

Se conoce como la "carga oculta de la enfermedad" al conjunto de efectos que no siempre son comprendidos desde los servicios y sistemas de salud, como consecuencia de la violación y que generan costos en múltiples niveles, tanto personal como familiar, comunitario y social.

En esta sección se brindan elementos para una mejor comprensión de la magnitud del problema de la afectación a ciertos grupos de mujeres y de los efectos que la violación tiene sobre la salud de ellas. Se explica por qué, desde una perspectiva de salud pública, es importante entender las formas en que la violación constituye una carga oculta.

Cuando se aborda el aborto por la CV desde la salud pública hay que tener en cuenta una serie de elementos interconectados:

- ✓ La magnitud de la violencia sexual.
- ✓ La afectación de un grupo particular: las mujeres.
- ✓ Los efectos a mediano y largo plazos.
- ✓ La afectación de las tres dimensiones de la salud.
- ✓ En relación con lo anterior, la violencia y la carga oculta de la enfermedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública se debe "al impacto negativo que tiene la misma en el bienestar y la salud integral de las mujeres" y "a que dicho impacto tiene lugar en una significativa proporción de mujeres en todo el mundo" (OPS, 2002). La violación afecta diferentes facetas de las vidas de las mujeres, lo cual

97. En el caso del aborto, pruebas de histocompatibilidad en embarazos menores de 14 semanas o exámenes prequirúrgicos completos en el caso de aborto por legrado o aspiración manual endouterina.

98. Organización Panamericana de la Salud. Hoja informativa: equidad de género en salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Sin fecha. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/GE/GEHFactSheetSpanish.pdf>

permite hablar de una crisis múltiple. La violación afecta a la mujer en su integridad personal, social, sexual y existencial. "Altera su historia y sus proyectos de vida y, cuando la víctima aún se encuentra en una etapa crítica, la confirmación del embarazo resultado de la misma se convierte en otro choque emocional intenso; en una crisis múltiple" (Londoño, 2000).

Es fundamental comprender hasta qué punto la violación representa una afectación de la salud y un problema de salud pública, y consecuentemente también el embarazo impuesto por la violación (Jöchle, 1973, citado en Londoño, 2000), así como comprender que los embarazos producto de la violación son percibidos por las mujeres como un segundo acto de violencia (Londoño). Es importante considerar que los embarazos derivados de violación también afectan al producto. Sobre este último punto, se ha estimado que "los hijos producto de un embarazo por violación sufren las características de los hijos no deseados, presentando alto riesgo de desnutrición, maltrato infantil, abandono e incluso infanticidio" (WHO, 2002).

Dado que la violencia no es una "enfermedad", la noción de carga oculta pretende mostrar la forma en que contribuye a incrementar otras afectaciones y morbilidades. Se conoce como "carga oculta de la enfermedad" al conjunto de efectos consecuencia de la violación que generan costos en múltiples niveles, tanto personal como familiar, comunitario y social, y que no siempre son comprendidos desde los servicios y sistemas de salud. Es decir, se trata de una carga que con frecuencia permanece oculta para los sistemas de salud.

Según el Banco Mundial, la violencia de género es responsable de un año por cada cinco años de vida saludable perdidos (AVISA) por las mujeres en edad reproductiva (Heise *et al.*, 1994). Es causa de enfermedades, discapacidades y muertes de mujeres en edad reproductiva (Heise *et al.*, 1994). Al mismo tiempo, produce heridas, hematomas, fracturas, pérdida de capacidad auditiva, desprendimiento de la retina, enfermedades de transmisión sexual, abortos e incluso feminicidios (Sagot, Carcedo y Guido, 2000). En relación con esto, hay que tener en cuenta que la violencia puede ser responsable de numerosas muertes maternas ocultas, especialmente entre jóvenes con embarazos no deseados. El clásico estudio realizado por Heise *et al.* (1994) para el Banco Mundial indica que del total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD/DALYS) atribuibles a violencia doméstica y violación en el grupo de mujeres entre 15 y 44 años, 2.5 millones se relacionan con el aborto; de estos, 10% se atribuyen directamente a violencia doméstica y violación (carga de enfermedad, discapacidad futura). Cuando además de la violencia hay un embarazo, todas estas afectaciones de la salud se convierten en factores de riesgo del embarazo. A los síntomas propios de la violencia sexual, debe sumarse también la angustia de las mujeres derivada de un embarazo no elegido, el miedo, el rechazo social generado por esta situación y el temor a la reacción de sus parejas.

La violencia no es una "enfermedad" pero contribuye a incrementar los efectos deletéreos de otras condiciones o morbilidades.

La OPS considera que la violencia sexual contra las mujeres "repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas", mientras que las lesiones físicas "se asocian a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión".

Agrega que en la dimensión mental

"las repercusiones son tan graves como en la física, y pueden ser también muy duraderas". Se estima que la violación aumenta los riesgos de mortalidad debido al suicidio, a la infección por el VIH o al homicidio. Las víctimas de violación tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos "psíquicos y comportamentales de muy diversa índole, como depresión, abuso del alcohol, ansiedad y comportamiento suicida, además de problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales" (OPS, 2002).

Existe un amplio reconocimiento de que la violación afecta las dimensiones tanto física como mental de la salud y se asocia con problemas de salud sexual y reproductiva (Contreras *et al.*, 2010).

Entre las afecciones más comunes reportadas en estudios sobre mujeres que han sufrido una violación, algunas de las cuales se han realizado un aborto, se ha reportado la alta prevalencia de HPV; también se ha señalado que entre 4 y 30% de las mujeres sobrevivientes de violación sufre alguna enfermedad de transmisión sexual. Asimismo, las mujeres en esta situación sufren con mucha más frecuencia de dolores de cabeza y otros dolores crónicos, incluido el dolor pélvico y el dolor muscular, además de desórdenes intestinales e infecciones vaginales recurrentes (Bourasa y Berubé, 2007).

Los estudios también muestran que la violación incrementa la incidencia de episodios de ansiedad y miedo, el abuso de sustancias y la disfunción sexual. Además, las mujeres que han sido violadas experimentan más pesadillas, pensamientos catastróficos, sentimientos de alienación y soledad, vulnerabilidad, pérdida de control y baja autoestima (Russo y Denious, 1998). Por otro lado, es común que las mujeres con embarazos no deseados hayan tenido un mayor número de abortos que otras mujeres (Russo y Zieck, 1992).

La definición de salud y sus tres dimensiones en relación con la violencia sexual:

- ✓ Física: Afectación de la integridad física y corporal (embarazo no deseado y VIH), lesiones.
- ✓ Mental: Afectación psíquica, depresión, ideas suicidas, estrés postraumático.
- ✓ Social: Riesgos laborales, pérdida de la pareja o entorno cercano, agravamiento de situación económica, estigmatización.

Las víctimas de violencia tienen altas tasas de estrés postraumático persistente. Cuando el aborto por violación está prohibido legalmente o no hay acceso a los servicios, al estrés postraumático se suma el hecho de una doble humillación, ya que miles de mujeres que fueron violadas son obligadas a tener el hijo producto de la violación.

Por otro lado, múltiples evidencias revelan mayor probabilidad de que se produzca un embarazo en casos de violación que en la actividad sexual coital corriente, dado el impacto de las emociones, el estrés, el miedo, la presión y la ansiedad en el proceso reproductivo (Londoño, 2000). En un estudio realizado en México entre mujeres víctimas de violencia, se diagnosticó embarazo en 10% de las adolescentes atendidas por violación durante 1995. Igual porcentaje informó el CTA en mujeres en edad reproductiva atendidas en esa

institución durante 1998 (Lara *et al.*, 2003). A esto se suma que una gran proporción de estas mujeres optan por la interrupción del embarazo, cifras que se tornan más elevadas cuando las mujeres sobrevivientes de violación son atendidas en entidades que les brindan servicios integrales, como lo refleja un estudio realizado en Cali, en el que 63% había decidido interrumpir el embarazo (Londoño, 2000). Esto implica que, desde la salud pública, la atención integral a las mujeres que atravesaron episodios de violación debe incluir no solo el manejo de estas situaciones, sino también el del embarazo no deseado, es decir, la garantía del acceso a la ILE.

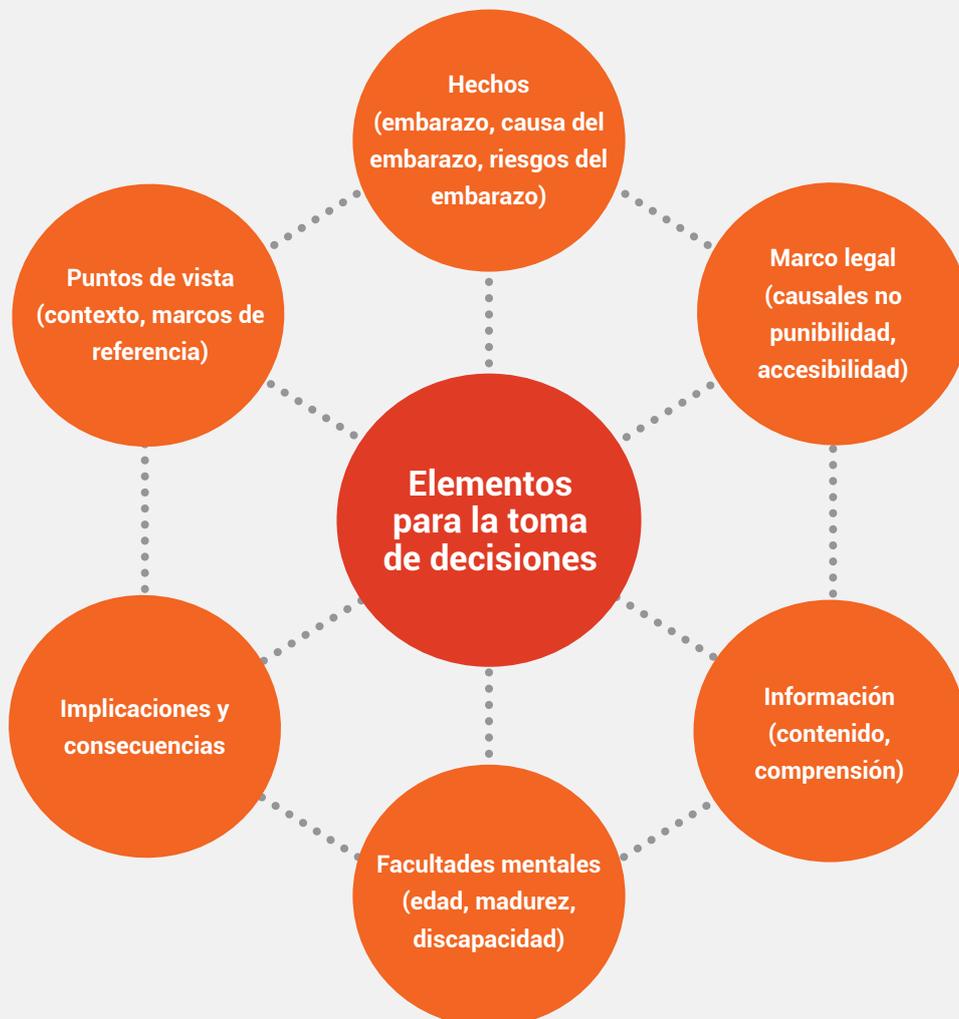
En síntesis, la violación de las mujeres implica altos costos para los sistemas de salud, pues deben atender las secuelas físicas y psíquicas de las mujeres que la sufren. Además, implica costos para el desarrollo social y económico de los países que pierden la posibilidad de contar con la fuerza de trabajo de las mujeres en forma temporal o definitiva (Heise *et al.*, 1994).

Por estas consideraciones relativas al impacto de la violencia sexual sobre la salud, en los países en los que existe un debate sobre la aplicación de la CV para interrumpir el embarazo y en aquellos donde la CV no se encuentra prevista en las normas legales puede y debe aplicarse la causal salud en el entendido de que un embarazo producto de la violación afecta la salud de las mujeres en todas sus dimensiones.

2. Ejercicios

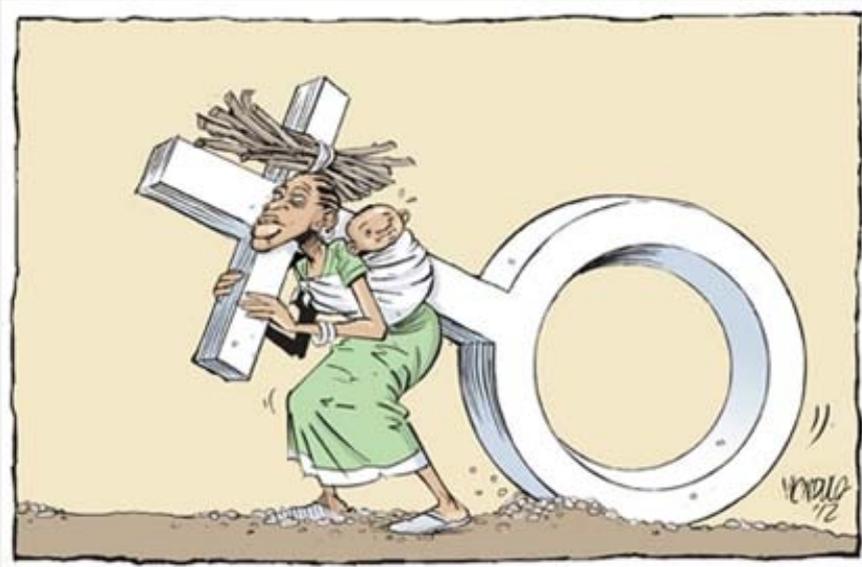
Ejercicio 1: La toma de decisiones

1. Organizarse en grupos.
2. Cada grupo recibirá una copia del gráfico presentado a continuación con el objetivo de identificar la esfera de acción de las mujeres y del personal de la salud en la decisión del aborto.
3. A partir de los puntos indicados en el gráfico, la mitad de los grupos desarrollarán un caso en el que una mujer que atravesó una violación llega a la decisión de solicitar un ANP, y la otra mitad deberá imaginar a partir del mismo esquema cómo los profesionales de la salud pueden apoyar la toma de decisiones sobre el ANP de una mujer víctima de violación.



Ejercicio 1: "Marianela sube la montaña"

1. Organizarse en grupos.
2. Cada grupo recibirá una ficha que deberán completar identificando seis manifestaciones de las cargas ocultas de la enfermedad que impiden a Marianela subir a la montaña tan rápido como su compañero, con el fin de reflexionar sobre situaciones que configuran diferencias entre varones y mujeres.



MÓDULO IV

Causal violación: alcance y aplicación

♦ Objetivos

- ✓ Reflexionar acerca de la necesidad de identificar y ofrecer la posibilidad de aborto no punible (ANP) en casos de violencia sexual.
- ✓ Comprender la importancia del derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE) en los casos de violación.
- ✓ Conocer la definición y el alcance del permiso en casos de violencia sexual.
- ✓ Analizar las formas de aplicación de la causal violación (CV) para favorecer su implementación.
- ✓ Reforzar los principios de la ética profesional como parámetros para orientar las decisiones de los profesionales de la salud.

♦ Ideas articuladoras

- ✓ El principio del respeto de la autonomía como eje vertebral en la atención de las mujeres, adolescentes y niñas.
- ✓ La CV se fundamenta en principios y derechos constitucionales y en diversas leyes y políticas públicas, por lo que deben ser respetados y garantizados por el Estado nacional y las provincias en sus distintos ámbitos.
- ✓ Los estándares internacionales y nacionales asociados al derecho a la salud (seguridad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) para garantizar las prácticas del ANP deben asegurarse por todos los efectores del país.
- ✓ Los protocolos y las regulaciones sanitarias pueden facilitar la prestación de la ILE pero no son necesarios para su práctica; se puede recurrir a guías técnicas, como la guía de aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la guía de atención integral de los ANP del Ministerio de Salud de la Nación, entre otras.
- ✓ La atención de las mujeres por la CV requiere un abordaje integral, incluyendo los servicios y programas de atención para víctimas de violencia.

♦ Materiales recomendados

- ✓ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, "Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos", 2011.⁹⁹
- ✓ Cook, R y B. Dickens. "Los criterios éticos y jurídicos del feto como paciente", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 83, 2003, 85-91.¹⁰⁰
- ✓ Harris, L. "Reconocer las motivaciones de conciencia en la prestación del aborto", en *Engl J Med*; 367:981-983, septiembre 13, 2012.
- ✓ Harris, L. y D. Grossman. "Haciendo frente al desafío del aborto en el segundo trimestre", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 115, 2011, 77-79.
- ✓ *International Pregnancy Advisory Services* (IPAS). "Asuntos de aborto con medicamentos", Chapel Hill, IPAS, mayo de 2013.¹⁰¹

99. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>

100. Disponible en: <http://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP24-fetal-patient.pdf>

101. Disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/News/Newsletter-Articles/New-findings-support-both-outpatient-medical-abortion-up-to-10-weeks-gestation-and-home-us.aspx>

- ✓ IPPF, "Datos sobre la Violencia basada en Género en Latinoamérica y el Caribe", Nueva York, IPPF, 2014.¹⁰²
- ✓ Ramón Michel, A. "El aborto legal y seguro en la Argentina", en Página 12, sección Sociedad, 20 de febrero de 2013.¹⁰³
- ✓ Renner, R. M., A. Guzmán y D. Brahmí. "Prestación de servicios de aborto para adolescentes y jóvenes: revisión sistemática". Chapel Hill, IPAS, 2013.¹⁰⁴
- ✓ Sagot, M., A. Carcedo y L. Guido. "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina". Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 2000.

102. Disponible en: <https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Datos%20sobre%20la%20Violencia%20basada%20en%20G%C3%A9nero%20en%20Latinoam%C3%A9rica%20y%20el%20Caribe.pdf>

103. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-214242-2013-02-20.html>

104. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/286.pdf>

1. Alcance de la causal violación

¿Cuándo estamos frente a una violación? ¿Cuándo estamos frente a un embarazo resultado de una violación, por lo tanto, frente a un caso de aborto legal? ¿Cómo abordamos esta situación? En lo que sigue, analizamos distintas pautas que sirven de orientación para determinar su atención adecuada.

Como se ha visto, el principio pro persona, también denominado principio *pro homine*, incluido en nuestra Constitución a través de la incorporación de los tratados de derechos humanos, dispone que

“cuando existan dudas acerca de qué norma debe aplicarse o de cómo debe entenderse su sentido, se adopte la interpretación o la aplicación que mejor prevea la protección de los derechos. Lo anterior implica adoptar interpretaciones amplias cuando se trate de proteger derechos, y restrictivas cuando se trate de comprender prohibiciones, ya que implican una limitación del ejercicio de la libertad” (Women’s Link Worldwide, 2010).

Asimismo, el principio de legalidad, incorporado en la Constitución Nacional de la Argentina y en el Código Penal, establece como pauta en la interpretación y la aplicación de la CV el principio pro persona, que implica una interpretación restrictiva del delito de aborto y una interpretación amplia de la causal. Por lo tanto, ante la duda debe optarse por la permisibilidad de la interrupción del embarazo, siempre y cuando se cumplan los requisitos exigidos jurídicamente.¹⁰⁵

A esto se suma que la aplicación de la causal debe basarse en una comprensión de los actos de violencia, violencia sexual y violación. Esta comprensión debe apoyarse en la experiencia de los profesionales de la salud en la atención de las mujeres que atraviesan situaciones de violencia, en sus deberes y compromisos éticos y profesionales, así como en lo establecido por la ley.

En ese sentido, hay que tener en cuenta que las últimas reformas jurídicas, tanto en LAC así como en la Argentina, han definido la violencia sexual incluyendo conductas y formas de violencia que históricamente no han sido reconocidas como tales y que exceden la definición de violación como acceso carnal coactivo. Así, el concepto de violencia sexual se ha expandido e incluye la violencia ejercida sin coacción física pero mediante coacción psicológica o sin consentimiento libre.

La Ley 26485 define la violencia contra las mujeres como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, entre otras. La idea de libertad abarca también la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Esta violencia puede ocurrir en cualquier espacio físico, ya sea en el interior de cualquier hogar, en la vía pública, o en alguna institución o lugar público. Quedan también comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Específicamente, la ley 26485 define la violencia sexual como:

“Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer a decir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres”.

105. Para más detalles, ver la próxima sección.

Asimismo, esta ley establece la obligación del Estado de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, y adopta una definición integral de violencia.¹⁰⁶

La causal violencia sexual incluye la interrupción legal del embarazo producto de las formas de violencia sexual tipificadas en las normas que castigan el delito. Esa expansión también se ha extendido al castigo en sentencias judiciales a la violación en las relaciones maritales o en relaciones estables en las que el acceso carnal se produce en contextos de violencia psíquica.¹⁰⁷

De acuerdo con lo expresado hasta aquí, quedan claramente incluidos los casos de violación que pueda suceder en el marco de las relaciones de pareja. Aquellas mujeres que viven en relaciones de violencia de pareja y que resultan embarazadas están habilitadas para requerir la ILE. Esto es así porque dichas mujeres se encuentran en un contexto de violencia que con frecuencia limita la libertad y autonomía de la mujer en un sentido amplio.

CÓDIGO PENAL - ARTÍCULO 119

Será reprimido con reclusión o prisión de seis meses a cuatro años el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando ésta fuera **menor de trece años** o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad o de poder, o **aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.**

ABUSO SEXUAL SIMPLE: por ejemplo, manoseo.

MENOR DE 13 AÑOS: la ley asume que jamás puede consentir una relación sexual.

La pena será de cuatro a diez años de reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima.

ABUSO SEXUAL GRAVEMENTE ULTRAJANTE

La pena será de seis a quince años de reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del primer párrafo hubiere **acceso carnal** por cualquier vía.

ABUSO SEXUAL CON ACCESO CARNAL-VIOLACIÓN

En los supuestos de los dos párrafos anteriores, la pena será de ocho a veinte años de reclusión o prisión si:

- a) Resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima.
- b) El hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda.

106. Ver módulos I y III.

107. Para ejemplos de sentencias judiciales, ver "El Observatorio de Sentencias Judiciales de ELA". Disponible en: <http://www.articulacionfeminista.org/a2/index.cfm?aplicacion=app003&cnl=41&opc=9>

- c) El autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave, y hubiere existido peligro de contagio.
- d) El hecho fuere cometido por dos o más personas, o con armas.
- e) El hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones.

En resumen, los casos de CV incluyen tanto abuso sexual o violación como embarazos que ocurren en el contexto de relaciones de violencia sexual que exceden la violación para incluir situaciones de violencia sin coacción física.¹⁰⁸

2. Guías o protocolos de atención para la ILE

Las guías o los protocolos de atención son herramientas para la unificación de criterios que garantizan la atención igualitaria en los servicios de salud. Pueden emitirse como leyes, decretos, resoluciones o simplemente como órdenes internas de un hospital o un centro de salud. Los objetivos de estas regulaciones, además de estandarizar la atención, son clarificar y sistematizar las obligaciones del sistema de salud y del personal sanitario que debe intervenir en la práctica de la ILE.

Es preciso resaltar que esta regulación no es necesaria para que se configure la obligación de prestación de los servicios, por cuanto el derecho al ANP está establecido y puede ser ejercido únicamente con las previsiones del Código Penal, que establece el modelo de indicaciones (permisos/causales de no punibilidad) y los requisitos para su práctica. Asimismo, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ofrece una serie de requisitos y define algunas prácticas como contrarias al derecho.

3. Requisitos para acceder al ANP por la CV

La CSJN identificó algunas actuaciones que tradicionalmente han obstaculizado el acceso al ANP por constituir prácticas contra legem. Su ejecución deriva en responsabilidad penal, administrativa y profesional, entre otras. Entre esas actuaciones están:

- ✓ Solicitud de autorización judicial para un ANP por cualquiera de las dos causales.
- ✓ En el caso de un ANP por CV, exigencia de denuncia previa a la interrupción legal del embarazo.
- ✓ Constatación de la causal por más de un profesional de la salud de manera obligatoria.
- ✓ Solicitud de consentimiento a personas adicionales a la mujer embarazada, con excepción del caso de las mujeres con discapacidad mental, quienes, como se dijo, deben participar en la toma de decisión.
- ✓ Procedimientos administrativos, burocráticos o médicos que no sean estrictamente necesarios para facilitar o garantizar la práctica.

108. Para precisar los alcances de las definiciones sobre violencia sexual en la Argentina, tanto la jurídica como las de otros ámbitos, ver módulos I y III.

En este contexto, vale recordar que para el acceso al ANP por la CV solo se requiere:

- ✓ *Declaración jurada* sobre la violación como origen del embarazo que se desea terminar. Esta declaración jurada no requiere ninguna formalidad especial ni debe hacerse en presencia de autoridades sanitarias, judiciales o administrativas. Únicamente se requiere la participación del profesional tratante que, una vez firmada la declaración, deberá adjuntarla a la historia clínica y proceder a la práctica. La declaración jurada puede hacerse en base a un formulario que el servicio de salud tenga disponible para estos casos, o puede hacerse uno a mano en caso de no poseerlo. Otra posibilidad es utilizar algún modelo existente (por ejemplo, el disponible en la página web del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva).
- ✓ *Consentimiento informado*, que sea el resultado de la información brindada por el profesional acerca de la práctica, incluyendo las opciones técnicas para la interrupción, los riesgos y las ventajas de cada una de ellas, así como el marco legal y las obligaciones que garantizan el acceso al aborto en estos casos. Se trata de un formulario en el que consta que se entregó toda la información necesaria y suficiente para que la mujer estuviera en condiciones de tomar una decisión respecto de la interrupción del embarazo. El formulario de consentimiento informado es la prueba del suministro de la información y de que se atendió a la determinación que la mujer tomó y, por lo tanto, deja constancia en la historia clínica firmada por la titular del derecho.
- ✓ Si se tratara de niñas, adolescentes menores de 14 años o mujeres con discapacidad mental se requerirá que sus representantes legales firmen tanto la declaración jurada como el consentimiento informado, lo que no implica que la información no deba ser entregada directamente a la mujer o niña y que la decisión no deba tomarla ella personalmente. La firma requerida tiene la calidad de acompañamiento, por eso, si se presentaran diferencias entre la voluntad de la gestante y la de sus representantes se debe dar intervención a las autoridades para que evalúen la situación y, de ser el caso, sustituyan la representación para que la voluntad de la gestante pueda ser respetada.

4. Estándares para el acceso a los servicios de la ILE

Los estándares para el acceso a los servicios de la ILE por la CV son definidos desde la perspectiva de los derechos humanos y la ética profesional, así como en consideración de los retos y las barreras que supone la aplicación de la CV en los servicios de salud. Del mismo modo, la CV debe ser aplicada en el sector salud de conformidad con un conjunto de derechos, que a su vez deben guiar las normas y los protocolos que se utilicen para la atención.

Es muy importante que los estándares establecidos tengan en cuenta que el sistema de permisos implica que las mujeres que se encuentran dentro de las causales contempladas reciban una atención integral y comprensiva. Este modelo implica mayores exigencias para el personal sanitario, ya que, por ejemplo, en la CV, cuando se deriva de situaciones de violencia doméstica o de violencia sexual continua por parte de una persona cercana, la identificación de la violencia y la solicitud de ayuda se dan en contextos complejos.

Muchas veces
un embarazo no deseado puede
ser la oportunidad para hablar
sobre la violencia y dar el primer
paso para salir de ella.

Por ello, es necesario que el personal sanitario esté entrenado y dispuesto a establecer una relación de confianza con las mujeres para permitirles revelar las situaciones de violencia padecidas. Muchas veces

un embarazo no deseado puede ser la oportunidad para hablar sobre la violencia y dar el primer paso para salir de ella. Según el Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar, existen factores tanto internos como externos que impulsan la determinación de buscar o recibir ayuda para salir de una situación de violencia. El Informe identifica situaciones que configuran "la gota que derrama el vaso", y que se dan por acumulación de situaciones cotidianas o por un ataque grave que amenaza la vida o la salud de la mujer de manera inminente (Sagot, 2000). Sin embargo, también pueden darse por la aparición de un evento inesperado o crítico que obliga a la mujer a replantearse o planificar su futuro cercano; un ejemplo paradigmático de estos casos son los embarazos no planificados, y muchas veces no consentidos, dentro de las parejas violentas.

Después de la decisión inicial de solicitar ayuda, las mujeres atraviesan otro momento determinante en su camino hacia una vida libre de violencia: la interacción con las autoridades sanitarias, policiales o judiciales. Especialmente las dos últimas se convierten, por un lado, en una oportunidad para sacar del ámbito de lo privado la situación de violencia y reconocer que se requiere intervención pública para ponerle fin; por el otro, la interacción con las autoridades policiales o judiciales puede ser revictimizante, ya que el encuentro con personal que no está capacitado y sensibilizado para la atención de estos casos desincentiva a las mujeres a continuar los procesos, e incluso muchas veces son expulsadas de las instituciones porque operan prejuicios y mitos acerca de las mujeres y la familia.

Las mujeres identifican los servicios de salud con puertas de ingreso a la institucionalidad, porque allí donde muchas de ellas recibieron información sobre los programas de atención a las mujeres que viven violencia en sus familias o parejas, y en donde por primera vez pudieron hablar de las situaciones de violencia de las que esperaban salir. No obstante, no existen respuestas institucionales estandarizadas fijas, y el apoyo y acompañamiento depende de la voluntad del profesional tratante y la información de que disponga para ofrecerles a las mujeres. Se evidencia falta de capacitación para la detección y abordaje de estas situaciones.

En el caso de la CV esto es más pronunciado, aunque no se cuenta con estudios que permitan confirmarlo empíricamente. Es sabido que la falta de información generalizada sobre el derecho al ANP permite presumir que el deber de información en cabeza de los profesionales de salud no puede ser cumplido cabalmente. Por esto, las mujeres no llegan a conocer su derecho, ya sea por falta de información o bien por falta de sensibilización y capacitación en la detección de casos de violencia, lo que genera que algunos equipos de salud no adviertan la posibilidad de ofrecer un ANP, generando así un acceso desigual al aborto en los casos de la CV.

Antes de avanzar en los distintos estándares, es preciso recordar que estos se vinculan no solo con exigencias legales sino con principios y deberes éticos profesionales básicos, así como con la noción de buenas prácticas. Estas consideraciones éticas deben guiar la prestación de servicios del ANP, como lo hacen o debieran hacerlo con el resto de las prácticas de salud.

Información: consentimiento informado y deber de transparencia activa

La información es un elemento crítico para tomar decisiones autónomas. El profesional tratante debe suministrar información clara, oportuna, veraz y completa. Esta información debe ser brindada de tal forma que sea fácilmente comprendida por la mujer y le permita tomar una decisión autónoma. En aplicación de la CV, la información también debe referirse a la violación y a las previsiones existentes para su atención integral, el acceso al aborto por violación y el acceso a la anticoncepción de emergencia. Asimismo, la información debe incluir los procedimientos médicos y aquellos que permitan denunciar el acto de violación, y los procedimientos para reclamar justicia en los tribunales.

La información suministrada debe incluir:

- ✓ La situación legal del aborto en el país.
- ✓ Los requisitos necesarios para acceder a los servicios de salud.
- ✓ Los requisitos para acceder a la ILE.
- ✓ Las diversas tecnologías utilizadas para la ILE.
- ✓ La consejería posterior a la ILE.

La información acerca de la opción de una ILE debe darse incluso si la mujer no la menciona. Los profesionales están obligados a ofrecer a la paciente el menú de intervenciones médicas de acuerdo con el diagnóstico, indicando sus riesgos y beneficios, y a señalar aquel tratamiento que consideran el más adecuado. Este proceder estándar, que parte del consentimiento informado, no se aplica en la atención de las mujeres embarazadas. No se les informa que, en supuestos de peligro para la vida o la salud de la mujer, o de violación, tienen la opción adicional del aborto legal.

Los órganos de derechos humanos de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, así como la OMS, han fijado estándares sobre el derecho a la información respecto de la salud. En un informe temático reciente, la Comisión Interamericana destacó que el acceso a la información en materia reproductiva es elemental, pues determina la posibilidad de tomar decisiones libres, responsables y fundamentadas. La Comisión definió dos estándares básicos: la "obligación de entregar información oportuna completa, accesible y fidedigna" y la "obligación de transparencia activa", es decir, el deber de suministrar información sin que sea necesario que la persona la solicite. Este documento agrega, además, que el derecho a la información en materia reproductiva está incluido en aquellos derechos frente a los cuales el Estado tiene la obligación de "transparencia activa" debido a las limitaciones que suelen tener las mujeres para acceder a información completa y oportuna que les permita satisfacer sus necesidades.¹⁰⁹

En la Argentina, la Ley 26529 de derechos del paciente, se requiere que el profesional transmita a la paciente "los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto" para que el consentimiento informado sea válido.

Si el profesional está atendiendo a una mujer cuya situación es posible de encuadrarse en una causal de no punibilidad debe ofrecerle esta opción como parte del derecho a la información y el deber profesional de suministrar información, especialmente el deber de transparencia activa (CIDH, Informe Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos, 2011).

En resumen, si el profesional está atendiendo a una mujer cuya situación es posible de encuadrarse en una causal de no punibilidad debe ofrecerle esta opción como parte del derecho a la información y del deber profesional de suministrar información, especialmente el deber de transparencia activa.¹¹⁰ Este deber significa que la información debe ofrecerse oficiosamente, sin necesidad de que la mujer pregunte acerca de esta opción.

109. A partir de estos parámetros, en agosto de 2011 la Corte Constitucional colombiana exigió al procurador general proveer información veraz sobre el aborto (entre sus declaraciones, había comunicado que la anticoncepción de emergencia era abortiva y el misoprostol peligroso).

110. CIDH, Informe Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos. Nota 91, párr. 43, p. 14, 2011.

Es preciso retomar y centrar la atención en el concepto de consentimiento informado. "El consentimiento constituye un principio ético de respeto a la autonomía de las personas que requiere que estas comprendan las diferentes opciones de tratamiento entre las cuales se puede elegir." ¹¹¹

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL DERECHO ARGENTINO

LEY 26529 (LEY DEL PACIENTE)

Artículo 5° - Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada [...].

Artículo 6° - Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

Como es sabido, el consentimiento informado requiere:

- ✓ La garantía de que el acto de voluntad de las mujeres de interrumpir el embarazo o no es autónomo y se encuentra libre de influencias y presiones de cualquier tipo.
- ✓ La provisión de información completa, clara, veraz y oportuna sobre todo lo relacionado con el servicio de la ILE y con especial atención de la violación. Asimismo, debe incluir información sobre los procedimientos necesarios para acceder al servicio de la ILE por la CV, la posibilidad de aplicar otras causales y las consecuencias derivadas de esas diversas opciones; los procedimientos disponibles para garantizar la verdad, la justicia y la reparación del acto de violación, y todos los aspectos asistenciales y administrativos relacionados con la provisión del aborto y con los demás servicios necesarios para la atención integral de la mujer que ha sido violada.

Cuando se trata de mujeres menores de edad o de mujeres con discapacidad mental se deben considerar sus circunstancias especiales, tanto para ofrecer información como para verificar el acto de consentimiento. En el caso de las mujeres menores de edad, se debe dar información según las condiciones particulares y también evaluar sus capacidades para tomar la decisión, realizando todos los esfuerzos necesarios para que la niña o adolescente pueda ejercer el derecho de consentir y de tomar una decisión. Adicionalmente, no puede obligarse a solicitar el consentimiento de terceros, menos aún cuando se trate de alguna persona con conflicto de interés. Si la norma legal dispone que el representante legal debe decidir y sustituir el consentimiento de la mujer menor de edad, es necesario asegurar toda la información necesaria para que esa persona pueda representar los intereses de la niña o adolescente en las mejores condiciones.

111. Idem.

Algunos estándares para brindar información a las mujeres menores de edad

- ✓ Deben recibir información de acuerdo con su nivel educativo, social y cultural de manera amigable para favorecer su comprensión.
- ✓ La capacidad para decidir terminar un embarazo que genera riesgo para su salud o su vida debe ser evaluada en cada caso.
- ✓ Se deben agotar todos los esfuerzos para que la menor pueda tomar la decisión directamente en ejercicio de su autonomía.
- ✓ Las menores no pueden ser obligadas a informar o solicitar el consentimiento de terceros. En todo caso, no puede ser una persona que se encuentre directamente en conflicto con sus intereses. En el caso de las mujeres con discapacidad mental debe brindarse información que puedan comprender según sus diferentes limitaciones, del mismo modo que debe respetarse su voluntad procurando las condiciones y los mecanismos necesarios para que puedan expresarla libremente. Si esto no fuera posible, a quien se designe para prestar el consentimiento en su nombre también deberá contar con toda la información de tal manera que pueda atender las circunstancias de la mujer y tomar la decisión que mejor proteja sus derechos. Como en estas dos situaciones el embarazo fue producto de violación, es importante que los profesionales intervinientes contribuyan a adoptar las medidas necesarias para garantizar que la violación no se repita en el futuro.

Respeto a la autonomía y las decisiones de las mujeres

Como se vio en el módulo III, la autonomía es la piedra angular del ejercicio contemporáneo de la medicina, y tiene que ver con "la capacidad de una persona para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para tomar, expresar y defender una decisión acorde con su escala de valores" (OPS, 1990).

En la CV, la aplicación del principio de respeto a la autonomía supone el reconocimiento de la facultad de las mujeres para interrumpir el embarazo derivado de la violación y para decidir si denunciar o no la violación. También supone el respeto de esas decisiones por los profesionales de la salud que prestan el servicio y la disposición de los medios necesarios para tomar y llevar a cabo esas decisiones. Asimismo, respetar la autonomía de las pacientes es parte del conjunto de deberes éticos profesionales.

Confidencialidad

En términos prácticos, este estándar establece el deber de guardar el secreto profesional sobre toda la información provista en la consulta, incluida aquella relativa al acto de violación que produjo el embarazo. El deber de proteger esta información involucra no solo a los profesionales de la salud que prestan servicios directamente a las mujeres, sino a todo el personal que participa en el proceso de atención.

La confidencialidad también exige que los conflictos de los profesionales de la salud entre su deber de denunciar y el derecho de las mujeres a la protección de la información que dan en la consulta sean resueltos en favor del derecho de las mujeres.

Sobre el secreto médico es importante enfatizar que, ante todo, debe ser reconocido conforme a los conjuntos de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional (deontología profesional) como un bien que el médico debe utilizar libremente a fin de preservar la relación médico-paciente y privilegiar la calidad de la atención.

Es importante tener en cuenta que en los casos de mujeres menores de edad o mujeres con discapacidad mental las legislaciones establecen un estándar diferente, privilegiando el deber de los profesionales de la

salud de denunciar penalmente o a través de una notificación a las autoridades especializadas en la atención de víctimas de violación de mujeres menores de edad o personas con discapacidad.¹¹² En esos casos, la denuncia no supone una violación del secreto profesional sino el cumplimiento del deber de denunciar penalmente o de notificar a las autoridades un potencial delito cometido contra una mujer menor de edad.

EN EL DERECHO ARGENTINO

LEY 26529 (LEY DEL PACIENTE)

Artículo 2.

c) *Intimidad*. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la ley Nº 25326.

d) *Confidencialidad*. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

En los casos de mujeres menores de 13 años, en el sistema jurídico argentino la denuncia no se configura como violación del secreto profesional, por cuanto el delito deja de ser de instancia privada, y el interés del Estado en investigar y sancionar a los responsables del hecho se mantiene aun cuando la víctima de tenga interés en esto. Sin embargo, en casos de violación la cooperación de las mujeres es fundamental, por ello se debe intentar acordar con la niña o adolescente sobre la denuncia, para que participe y no sea revictimizada en el proceso. Es muy importante recordar que la denuncia o comunicación a las autoridades no es un requisito ni puede condicionar la práctica, ya que son actuaciones no vinculadas. Se ha pensado que la comunicación debe ser previa para que las autoridades puedan solicitar medidas como la conservación del material patológico para ser usado como prueba en el proceso judicial por la violación. Sin embargo, la evaluación del momento para la realización de la comunicación debe ser realizada en cada caso concreto, recordando que la prueba del ADN, si bien es importante, no es la única ni la más importante dentro el proceso penal, teniendo en cuenta que no en todos los casos de violaciones se produce un embarazo.

112. El tratamiento que los distintos sistemas jurídicos dan al deber de denuncia o notificación a las autoridades frente a la evidencia de violencia sexual cometida contra mujeres menores de edad o discapacitadas son diferentes en cada provincia de acuerdo con la regulación local. No obstante, es importante resaltar que desde los 14 años, de acuerdo con la ley de salud sexual y reproductiva nacional, a los adolescentes les es reconocida la capacidad para decidir. Cada provincia ha tomado diferentes determinaciones de regulación sobre la materia, algunas exigen informar a los servicios locales o zonales para que intervengan y evalúen opciones de apoyo para la adolescente que fue víctima de violencia sexual, o bien contemplan elevar un informe a la unidad de fiscalía correspondiente para que inicie investigaciones cuando se trata de niñas menores de 13 años. Lo único que está claro es que ninguna regulación puede condicionar la práctica del ANP a la intervención de alguna autoridad. La práctica requiere únicamente la intervención del médico tratante.

Límites a la objeción de conciencia

El derecho de los profesionales de la salud a ejercer la objeción de conciencia convive con el debido respeto por sus límites para proteger los derechos de las mujeres. Debe cumplir de manera rigurosa los límites establecidos para el ejercicio de este derecho, particularmente la prohibición de negar la solicitud de información o no ofrecer la información completa a la mujer, así como la exigencia de remitirla a un profesional no objetor.

Acerca de la titularidad del derecho a la objeción de conciencia, el estándar plantea que sea de carácter individual (y no institucional), puesto que su ejercicio no puede poner en riesgo los derechos de las mujeres y que, por tanto, resulta necesario garantizar la prestación de los servicios de la ILE con otro profesional no objetor. No puede alegarse cuando tal riesgo exista y no haya otro profesional que pueda prestar el servicio de la ILE. Tampoco la objeción aplica para negar información completa y veraz a la mujer.

Además de estas pautas generales válidas para todo tipo de interrupción del embarazo, en el caso de un embarazo derivado de una violación se debe destacar lo siguiente:

- ✓ La objeción de conciencia no puede ser extendida a la prestación de otro tipo de servicios necesarios para atender a las mujeres en esta situación, o sea que no puede negarse ni la información ni la atención sobre otros aspectos relacionados a la situación de violación.
- ✓ La objeción de conciencia no puede ser usada como fundamento para negar información relativa a los procedimientos que deben ser cumplidos para acceder a los servicios de la ILE por esta causal ni aquellos necesarios para acceder a procesos de verdad, justicia y reparación.
- ✓ Los profesionales de la salud que se declaren objetores no están exceptuados de la obligación de mantener el secreto profesional sobre la información de la consulta, incluida la información sobre la violación.¹¹³
- ✓ Los profesionales de la salud tienen el deber de referir a la mujer a la atención de un servicio o profesional de la salud no objetor y, cuando se trate de mujeres en situaciones especiales como las que viven en contextos de conflicto armado, si los profesionales no tienen posibilidades de una referencia adecuada y oportuna deberán atender a la mujer.

Respeto a las decisiones de las autoridades públicas

El respeto a las decisiones del sector judicial incluye:

- ✓ El deber de no obstruir las tareas de los funcionarios judiciales o administrativos, pues no es competencia de los prestadores de servicios de salud investigar si existió o no un delito, como así tampoco comprobar la consistencia entre las semanas de gestación y la fecha de la violación referida o comprobar si en la relación sexual hubo consentimiento o hubo abuso.

113. En Colombia, por ejemplo, la Corte Constitucional ha señalado: "La objeción de conciencia surge de su estrecha relación con el ejercicio de los derechos individuales a la libertad de pensamiento, libertad religiosa y libertad de conciencia. Sin embargo, como todos los derechos en un Estado democrático y pluralista, no es absoluto y no puede interferir en el disfrute de derechos de terceras personas" (C-355/06, T-209/08, T-388/09). "(i) La objeción de conciencia es un derecho constitucional fundamental que como todo derecho dentro de un marco normativo que se abre a la garantía de protección y estímulo de la diversidad cultural (arts. 1º y 7º constitucionales) no puede ejercerse de manera absoluta. (ii) El ejercicio del derecho constitucional fundamental a la objeción de conciencia recibe en la esfera privada por la vía de lo dispuesto en el artículo 18 superior una muy extensa protección que solo puede verse limitada en el evento en que su puesta en práctica interfiera con el ejercicio de derechos de terceras personas" (T-388/09). "La objeción de conciencia es individual y no colectiva, ni institucional ni judicial ni de funcionarios públicos. En materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo, solo pueden ejercerla los profesionales de la salud directamente involucrados en el procedimiento" (C-355/06, T-209/08, T-388/09). "Solo el personal médico cuya función implique la participación directa en la intervención conducente a interrumpir el embarazo puede manifestar objeción de conciencia; contrario sensu, esta es una posibilidad inexistente para el personal administrativo, el personal médico que realice únicamente labores preparatorias y el personal médico que participe en la fase de recuperación de la paciente" (T-388/09).

- ✓ El deber de ejecutar la decisión y realizar la interrupción del embarazo, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos judiciales y administrativos, debido a que no es competencia de los prestadores de servicios de salud decidir acerca de la procedencia de la aplicación de la CV o no.
- ✓ El deber de no exigir requisitos adicionales a los establecidos en la norma legal ni interpretar estos requisitos de modo tal que resulten más gravosos para la mujer de lo que el texto de la norma legal dispone.

Atención integral

El suministro de información y la prestación de una ILE es parte de la atención integral de la violencia sexual: para los sistemas de salud, porque deben dar respuesta a las complejas y duraderas consecuencias físicas y psicológicas de la violación; para las sociedades, porque estas pierden la contribución del trabajo de las mujeres afectadas por la violencia en forma temporal o definitiva. Estos costos, como se expresó en el módulo III, fueron conceptualizados en la literatura como la carga oculta de la violencia contra las mujeres (Heise *et al.*, 1994).

La importancia de una atención integral de la salud es que la violación tiene significativos costos para las vidas de las mujeres, que se agravan con una atención deficiente de la salud. Por otro lado, una atención integral contribuye a promover la denuncia temprana y la prevención de nuevas situaciones de violencia.

La atención integral implica que existen diversas condiciones para la prestación del servicio: los protocolos o las guías clínicas basados en la evidencia, los insumos necesarios, los profesionales entrenados, los servicios apropiadamente difundidos en la comunidad y la provisión de información completa y veraz.

La atención integral incluye varios componentes (Ortiz y Távara, 2011):

- a. La consejería pre y postaborto.
- b. La profilaxis del VIH/sida.
- c. La provisión de anticoncepción de emergencia.
- d. Los servicios de aborto seguro.
- e. La atención integral de la violación (incluyendo la asistencia psicológica).
- f. La remisión oportuna a los servicios legales cuando fuere obligatorio o cuando la mujer lo solicitare.
- g. El cumplimiento de los requisitos que la norma legal estipule sin dilaciones que puedan afectar la salud de la mujer o el acceso al aborto seguro.
- h. El examen clínico.
- i. La recolección de evidencias (en caso de que la mujer consienta o si se trata de un delito de acción pública).

Calidad de la atención y atención sin dilación

En cuanto a la calidad de la atención, resultan pertinentes los seis elementos del modelo de Judith Bruce (González Vélez, 2008). Este modelo aplicado a los servicios del ANP puede sintetizarse como a continuación se describe (con las especificidades propias de la aplicación de la CV).

- a. **Información:** Debe incluirse toda la información relativa a los distintos procedimientos, eventuales riesgos y derechos.
- b. **Manejo del caso:** Las mujeres deben tener la posibilidad de considerar todas las opciones posibles frente a un embarazo no deseado (interrupción del embarazo, adopción o crianza) así como los

diversos métodos para interrumpirlo. En la aplicación de la CV es necesario verificar si los servicios incluyen el personal, la infraestructura y los insumos necesarios (incluidos los medicamentos) tanto para la ILE como para la atención de la violación y otros tipos de violencia que puedan coexistir. En particular, se destacan el apoyo psicosocial y psicológico, la provisión de anticoncepción de emergencia, la profilaxis de infecciones, la anticoncepción postaborto, la orientación en los aspectos jurídicos y la inclusión en la rutina de atención de la verificación de VPH (Bourassa y Berubé, 2007). Es necesario incluir la prevención de situaciones de violencia, dado que, como ya se ha explicado, las mujeres que tienen abortos repetidos suelen vivir en contextos de violencia sexual.

El manejo de los casos de violación debe enfatizar la detección temprana del embarazo, ya que esos casos son determinantes para el acceso a servicios de la ILE, máxime cuando existen plazos legalmente definidos para acceder a servicios por esta causal. Si estos plazos son superados los profesionales pueden apelar a la causal salud empleando el criterio de coexistencia de causales, según el cual debe aplicarse aquella causal cuyos requisitos sean menos gravosos y más permisivos para la mujer.

El manejo de los casos de violación debe enfatizar la detección temprana del embarazo, debido a que esta es determinante del acceso a servicios de ILE.

- c. *Capacidad técnica:*** Debe garantizar la competencia técnica de los prestadores de servicios a fin de asegurar una atención integral, desde la orientación hasta la atención clínica. En la aplicación de la CV es clave resaltar que quienes prestan servicios deben estar preparados para orientar a las mujeres más allá del sistema de salud, lo cual puede resultar clave para el acceso al aborto o para la garantía del derecho a la verdad, la justicia y la reparación.

Una de las necesidades técnicas específicas para la atención de una ILE por violación (siendo habitual que las mujeres acudan a los servicios de salud en etapas avanzadas del embarazo) es que los prestadores estén técnicamente preparados para enfrentar esta circunstancia y practicar el aborto en períodos avanzados de la gestación. La existencia y el cumplimiento de los protocolos basados en el marco de los derechos humanos dirigidos a regular la prestación de servicios pueden favorecer el desarrollo de competencias técnicas. Es importante diferenciar las competencias de los prestadores directos de servicios de las de aquellos que desempeñan funciones administrativas o de gerencia en los servicios de salud, pues ambas son importantes para el acceso oportuno y de calidad de servicios en la ILE.

- d. *Relaciones personales:*** En la aplicación de la CV es importante reconocer que las mujeres que solicitan una interrupción del embarazo acuden a los servicios quizás poco tiempo después de ocurrida la violación, y por ello puede resultar que el violador aún se encuentre cerca de su entorno. En estos casos, a la angustia por el embarazo no deseado se suma el temor por la situación de violencia que rodeó la concepción. Por lo tanto, la atención integral necesariamente debe incluir como pilares fundamentales el trabajo interdisciplinario y el apoyo psicológico.
- e. *Mecanismos para alentar el seguimiento de la mujer:*** Los servicios de salud tienen que garantizar el seguimiento de la mujer a lo largo de todo el procedimiento, aun después de concluido, para asegurar que la mujer acceda a los otros servicios que también la protejan (por ejemplo, la consejería anticonceptiva). En el caso de la CV se destaca particularmente la necesidad del seguimiento para prevenir futuros nuevos episodios de violencia sexual y eventuales nuevos embarazos no deseados y abortos.

- f. **Constelación apropiada de servicios:** Es imprescindible que los servicios estén localizados geográficamente de tal forma que las mujeres puedan acceder a ellos con facilidad y que estos servicios puedan satisfacer otras necesidades en salud sexual y reproductiva. En aplicación de la CV esta red de servicios debe considerar las necesidades de salud derivadas del embarazo pero también las necesidades provenientes de la situación de violación. En cuanto a la atención del embarazo, debe ofrecerse a las mujeres posibilidades para continuarlo (control prenatal y atención del parto y adopción, o la ILE), según sea su decisión. La posibilidad de ofrecer la constelación apropiada de servicios supone una activa coordinación del trabajo interinstitucional e intersectorial entre los ámbitos de la salud y la justicia, y otros ámbitos administrativos según las normas lo establezcan (como los de medicina legal, las comisarías de familia, la policía, entre otros).

Coexistencia de causales

Cuando una mujer desea interrumpir un embarazo, los profesionales tienen la obligación de identificar si su situación también se enmarca en otra de las causales contempladas en las normas legales. Esto sucede, por ejemplo, cuando una mujer queda embarazada por una violación y al mismo tiempo ese embarazo produce algún riesgo para su salud. Si ambas causales están contempladas en las normas debe aplicarse aquella que demande menos requisitos o que suponga menores cargas para las mujeres. Es decir, ante dos causales coexistentes es necesario aplicar aquella que resulte más favorable y oportuna para la mujer.¹¹⁴

Resolución de conflictos para favorecer el acceso oportuno a servicios

Los conflictos en la aplicación de la CV pueden presentarse entre varios actores:

- a. **Entre la mujer y el prestador:** Por ejemplo, cuando los profesionales de la salud consideran que la mujer miente sobre el acto de la violación porque las semanas de gestación no coinciden con la fecha de referencia de la violación, o cuando interpreta el permiso de aborto en forma limitada o exige requisitos no contemplados en la normas o que exceden sus contenidos (tales como la aprobación de la ILE por parte de una junta médica o por medio de un dictamen de medicina forense, o cuando distorsiona los procedimientos vigentes exigiendo el consentimiento de un representante para las mujeres menores de edad).
- b. **Entre la mujer y la autoridad judicial o administrativa:** Cuando estas autoridades exigen requisitos no contemplados en la norma o cuando se realizan interpretaciones limitantes del permiso de aborto.
- c. **Entre la autoridad de salud y la autoridad judicial o administrativa:** Por ejemplo, cuando una autoridad judicial o administrativa obstruye la decisión de la mujer o cuando los procedimientos resultan tan fragmentados que se desincentiva la búsqueda de servicios o se obstaculiza el acceso a ellos.

114. "Esto sucede, por ejemplo, cuando como consecuencia de una violación o de un embarazo forzado una mujer sufre una afectación de su salud mental que puede empeorar con la continuación del mismo, o cuando, como consecuencia del embarazo de un feto anencefálico, una mujer enfrenta riesgos para su salud física. En el primer caso, además de la causal salud podría resultar aplicable la excluyente de responsabilidad para el delito de aborto basada en la violencia sexual; en el segundo, la excluyente por malformaciones fetales". "Si todas las causales estuvieran contempladas en la legislación, debe aplicarse la que exija menores requisitos [...], esto es, siempre debe aplicarse la causal más favorable, más oportuna y menos complicada para la mujer. Estos casos ilustran una aplicación particular del principio *pro homine*, según el cual, no podrá oponerse la inexistencia (cuando la causal no está prevista en la norma legal) o inaplicabilidad (cuando la causal tiene requisitos de aplicación más gravosos) para negar el procedimiento, ya que lo relevante es la preservación de la salud de la mujer y no el origen de su afectación" (González Vélez, 2008).

En todos los casos, estos conflictos deben ser resueltos teniendo en cuenta varios criterios complementarios: el derecho de las mujeres al bienestar y a tomar sus propias decisiones, el respeto por su autonomía, el uso de la evidencia y la práctica clínica para tomar decisiones y el respeto del ordenamiento jurídico interno así como de derecho internacional de los derechos humanos. Estos criterios se orientan a privilegiar las decisiones que mejor protegen los derechos de las mujeres y que se acompañan con sus decisiones personales. En todos los casos es importante que el sector salud limite el recurso a la intervención de las autoridades judiciales o administrativas.

Estos lineamientos para resolver conflictos se basan en el derecho a la privacidad, que implica obligaciones negativas y positivas del Estado. Entre las primeras, se incluye la prohibición de interferir en la vida privada de las mujeres, en el tema que nos ocupa significa que no puede intervenir en la decisión de interrumpir un embarazo. Entre las obligaciones positivas, se incluye la adopción de medidas para garantizar el respeto de la privacidad en las relaciones entre particulares, por ejemplo en la intervención de los profesionales de la salud en las decisiones de las mujeres.

En resumen, los servicios de salud deben evitar:

- ✓ Judicializar indebidamente los casos de ILE por la CV.
- ✓ Demandar más requisitos de los contemplados legalmente o hacerlos más gravosos.
- ✓ Interpretar ampliamente las restricciones.

En todos los casos, los servicios de salud deben generar condiciones para proteger los derechos de las mujeres y sus decisiones respecto de continuar o interrumpir el embarazo derivado de la violación y denunciar la violación o no (incluyendo su acuerdo para realizar los exámenes médicos-legales para determinar la identidad de la persona que cometió la violación o los hechos de violencia sexual).

5. Ejercicios

Ejercicio 1: Aborto y violencia sexual

Con base en el fragmento de la película *Te doy mis ojos*, de la directora española Icíar Bollaín, en el que se puede ver una escena de violencia sexual en la cual un hombre violento ataca a su pareja alegando que ella se interesa en otros hombres, reflexionar acerca de:

1. Las diferentes formas de violencia sexual en la pareja y cómo puede configurarse la CV.
2. Cómo podría identificarse un caso de CV en el marco de una pareja violenta.

Fragmento de la película *Te doy mis ojos*, de la directora Icíar Bollaín, España, 2003.

► <http://www.youtube.com/watch?v=g9VVqALv7X0>

Ejercicio 2: Objeción de conciencia

Leer "El código ético médico descarta la objeción a informar sobre el aborto", publicado en el diario *El País*, de España.¹¹⁵

En grupos, reflexionar y debatir guiados por las siguientes preguntas:

1. ¿Está de acuerdo con la decisión de incluir esa limitación en el código ético médico? ¿Por qué? Justificar.
2. ¿Cree que esto sería posible en la Argentina?
3. ¿Considera que la objeción de conciencia puede entrar en tensión con los deberes éticos profesionales?

Ejercicio 3: Aborto con medicamentos

Leer "Evidencia sobre el uso de misoprostol para inducir el aborto", de Daniel Grossman.^{116 117}

Entre todos o en grupos (y con tiempo asignado), reflexionar sobre el aborto con misoprostol en la Argentina y los diversos contextos.

Preguntas que pueden guiar la conversación:

1. De acuerdo con su experiencia o información, ¿cómo está funcionando la atención del aborto legal en los servicios de salud?
2. ¿Se está utilizando el misoprostol?
3. ¿Cuáles son las barreras identificadas?

115. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/137/ELPAIS.com%20-%20El%20código%20ético%20médico%20descarta%20la%20objeción%20a%20informar%20sobre%20el%20aborto.pdf?sequence=1>

116. Disponible en: http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/33/Grossman_CONFLPAAL.pdf?sequence=1

117. Esta información puede ser actualizada o bien puede seleccionarse otro texto en castellano que contenga información nueva.

4. ¿Cómo acceden las mujeres al medicamento en casos de aborto ambulatorio?
5. ¿Cómo funciona en los servicios de atención primaria y en los hospitales?
6. ¿Cuáles son las diferencias?
7. ¿Ha habido cambios relevantes en el último tiempo?
8. ¿Cómo cree que afecta la disponibilidad del misoprostol en la garantía de la atención de las mujeres en casos de ANP?

Ejercicio 4: Violencia íntima, violencia sexual y aborto

El vaso de agua

El objetivo es reflexionar en grupos acerca del efecto de acostumbramiento que sufren las mujeres en familias o parejas violentas que hace que progresivamente pierdan su autonomía y su capacidad para identificar las situaciones violentas. De esta forma, la capacidad para controlar la sexualidad y la reproducción también es expropiada por sus parejas.

Qué necesitan

- ✓ Diez vasos de agua y 1 bolsa de azúcar para cada grupo.

Procedimiento

- ✓ Cada grupo seleccionará tres integrantes para que lo representen.
- ✓ Se solicitará a cada grupo que agregue azúcar de manera progresiva en cada vaso hasta llegar al agua dulce.
- ✓ Una vez preparada la mezcla, los representantes de cada grupo probarán el agua endulzada de los otros grupos para tratar de identificar desde cuál empieza a ser "agua dulce".

Ejercicio 5: Caso Elizabeth

Leer el siguiente caso y discutir a partir de las preguntas-guía.

Elizabeth es empleada doméstica, de nacionalidad paraguaya. Es el único sostén de su mamá, cardiópata crónica, a quien nunca logró traer al país. Vive en pareja con Nicolás. Este padece alcoholismo y de modo frecuente ataca físicamente a Elizabeth. Ella falta muchas veces al trabajo debido a que los golpes no pueden disimularse y le da vergüenza presentarse así con su "patrona" y los chicos. Una mañana, la "patrona" va a buscarla a su casa ante un nuevo "faltazo" y la encuentra muy golpeada. Decide llevarla al hospital y se solicita la intervención de la oficina de atención a la víctima. Allí la asesoran, la contienen y le ofrecen tratamiento. A pesar de estar asustado por la intervención de las autoridades, Nicolás inicia una nueva forma de sometimiento: la insulta de manera permanente, la amenaza de muerte y con "dejarla en la calle".

En unos meses, y tras buscar alguna solución (no tenía donde alojarse, hasta que finalmente le pide a su "patrona" trabajar "cama adentro"), Elizabeth logra tomar la decisión de irse. Los fines de semana comparten una habitación en una pensión con otra trabajadora en casa doméstica que trabaja en el mismo edificio que ella.

Pasaron cinco meses desde la separación, la familia que la emplea está contenta con su rendimiento y su buen estado de ánimo se manifiesta en lo cotidiano.

Pensaba pasar las fiestas de fin de año con su mamá, pero unos días antes de irse, Nicolás, con el pretexto de entregarle algo de dinero y un regalo "para el arbolito" va a visitarla a la pensión. Una vez que entró, se mostró enojado por el abandono, y tras golpearla la viola reiteradas veces. Cuando él finalmente se fue, ella pensó en suicidarse. No era la primera vez que esta idea venía a su cabeza, durante los años de convivencia muchas veces lo había pensado. Pero esto ya era intolerable. Con una hoja de afeitar, empezó a cortarse las muñecas. Pero de pronto, pensó en su mamá y lo desamparada que quedaría si ella no la mantuviera. Fue a la salita del barrio y la curaron, pero no contó lo ocurrido. Viajó tal como lo tenía planeado. Estando en su pueblo, se dio cuenta que le faltó la menstruación. Se hizo un test y dio positivo. Una vez más, aparecieron en su mente las ideas de muerte, no quería ni pensar en el futuro, "lo veo todo negro, me imagino que si nace voy a hacer como esa chica, Tejerina, pero después me mato yo".

Llena de estos pensamientos sombríos, regresó a Buenos Aires. Pidió una nueva entrevista en la oficina de atención a la víctima. Fue orientada a consultar un servicio de obstetricia, donde pudieran atenderla desde el punto de vista psicológico y obstétrico. Cuando logró la entrevista, ya estaba embarazada de 15 semanas.

Preguntas-guía:

1. ¿Estamos frente a un caso de aborto permitido por el Código Penal?
2. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿bajo qué causal correspondería la ILE?
3. ¿Cómo se establece el "riesgo" que afecta a la mujer en este caso?
4. ¿Cuál debería ser la trayectoria de esta mujer dentro del servicio?
5. ¿Deben intervenir otros profesionales en la definición de la conducta a seguir?
6. Si este caso llegase a su servicio en la actualidad (la mujer no conoce la opción del aborto legal, y recurre al servicio de salud por su embarazo): ¿Qué cree que pasaría?
7. Identifique ventajas y barreras para una buena atención a Elizabeth.

Ejercicio 6: Atención del aborto por CV

El caso de Mirta

Mirta tiene 13 años de edad. Desde hace varios meses mantiene una relación con un compañero de escuela, de 15 años. Acude con su madre al hospital a consultar por una posible intoxicación por alimentos descompuestos. Tras la valoración inicial, la médica le pide a la madre que se retire e indaga sobre aspectos relacionados con la sexualidad y un posible embarazo. Con la información de la consulta realiza un test rápido de embarazo en el consultorio, que resulta positivo.

Ante la noticia la médica escucha a Mirta que, muy angustiada, manifiesta que no quiere ser madre aún, que es muy chica y que su pareja tampoco está en condiciones de ser padre en este momento. Además, indica que la situación económica de su familia no le permite hacerse cargo de un niño. Manifiesta con una angustia creciente que le resulta imposible pensar en ese embarazo, y que no quiere "tener un bebé". La profesional le indica que por su edad y maduración física este embarazo puede ser de riesgo.

La profesional tratante le propone a Mirta que informen a su madre sobre la situación para que juntas puedan tomar decisiones. Le indica que tiene derecho a solicitar un aborto legal y que cualquier hospital está obligado a prestarle esa atención. Cuando la adolescente accede a comunicar a la madre, la médica presenta a su madre todo el cuadro clínico y le hace saber el deseo de la adolescente de interrumpir el embarazo. Ante esto la madre se enoja mucho y acusa a Mirta de irresponsable. Le dice que ahora debe hacerse cargo de sus actos y que debe seguir adelante con ese embarazo, que una vez que tenga el bebé ella y su pareja pueden trabajar.

Mirta, que sabe que esa no es la vida que quiere, insiste en la solicitud del ANP, ante lo cual la médica muy apenada por la situación le informa que se requiere la autorización de la madre para la realización de la interrupción y que por lo tanto no se puede realizar.

La profesional cita nuevamente a las mujeres para una consulta a los 3 días, diciéndoles que lo piensen y le recomienda a Mirta que le explique a su madre y la trate de convencer de que su decisión está fundada en razones muy fuertes, para que la apoye y así poder realizar la práctica.

Teniendo en cuenta los contenidos del módulo, leer el texto y discutir en grupo las opciones de acción posible para el profesional de la salud interviniente en el caso.¹¹⁹

119. Los capacitadores pueden aprovechar este caso para incluir preguntas-guía que refuercen aquellos puntos que se consideren más relevantes de acuerdo con el contexto, a necesidades más contingentes o a lo ocurrido durante la capacitación.

MÓDULO V

Responsabilidades en la atención del aborto por causal violación

♦ Objetivos

- ✓ Explorar las diferentes responsabilidades relacionadas con la causal violación (CV).

♦ Ideas articuladoras

- ✓ El aborto por la CV es legal para quien lo solicita, para quien participa y para quien lo practica.
- ✓ Existen distintos tipos de responsabilidad, por lo que según la clase puede ser imputada al Estado, a las autoridades sanitarias o a los profesionales de la salud.
- ✓ La responsabilidad principal proviene de la obstrucción o negación del ejercicio del derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE).

♦ Materiales recomendados

- ✓ Chaher, S. "Fallo de la Corte sobre aborto no punible: un paso adelante y otro para atrás". Buenos Aires, Comunicar en Igualdad, 19 julio de 2013.¹²⁰
- ✓ Conferencia Dr. Nozer Sheriar: "La razón por la que realizo abortos". IPAS, 2013.¹²¹
- ✓ Sentencia Pro Familia Asociación Civil c/ GCBA, CSJN, 11 de octubre de 2012.¹²²
- ✓ Sentencia en el Caso Ana María Acevedo.¹²³

120. Disponible en: <http://www.comunicarigualdad.com.ar/fallo-de-la-corte-un-paso-adelante-y-otro-para-atras/>

121. Disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Dr--Nozer-Sheriar--La-razon-por-la-que-realizo-abortos.aspx>

122. Disponible en: <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=695949>

123. Disponible en: <http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/sitio/caso-interna.php?idcaso=166>

1. Obstáculos para el acceso a la ILE por parte de agentes responsables

Analicemos algunas acciones obstaculizadoras del acceso a la ILE en caso de la CV, susceptibles de generar responsabilidad del Estado, de las instituciones de salud y de los profesionales de salud, así como también nociones básicas sobre la idea de responsabilidad.

Comprometen la responsabilidad del Estado y de quienes participan en la aplicación de la CV:

- ✓ La ausencia de regulaciones y políticas públicas en los distintos niveles del Estado para ofrecer servicios de salud y otros complementarios para responder a la demanda de la ILE de las mujeres que han sido violadas.
- ✓ El Estado también posee responsabilidad frente a la regulación deficiente de la legislación, así como en su interpretación y aplicación contraria a los derechos humanos de las mujeres. Por ejemplo, a través de la redacción confusa de las normas, la solicitud de requisitos no previstos en la ley que las mujeres no estén en condiciones de cumplir, la interpretación de la norma legal basada en estereotipos de género y la falta de credibilidad de las mujeres en situación de violación durante el proceso de aplicación de la ley.

En este punto, en *FAL*, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el considerando 25 sostuvo:

“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”.

- ✓ Los actos que impiden u obstaculizan el acceso efectivo de las mujeres a la ILE. Estos incluyen tanto las negativas a prestar los servicios como la imposición de barreras que, en la práctica, deriven en la imposibilidad de las mujeres de acceder a los servicios. Barreras como la solicitud de requisitos no previstos en la ley, la falta de insumos, la falta de recursos humanos entrenados, la falta de personal no objetor, la falta de definición clara de funciones y competencias, son tan solo algunos ejemplos de estas obstrucciones.

En ese sentido, la CSJN, en el considerando 24 en el caso *FAL*, sostuvo:

“Las prácticas de solicitud de consultas y la obtención de dictámenes conspiran indebidamente contra los derechos de quien ha sido víctima de una violación, lo que se traduce en procesos burocráticos dilatorios de la interrupción legal del embarazo que llevan ínsita la potencialidad de una prohibición implícita –y por tanto contra *legem*– del aborto autorizado por el legislador penal”.

- ✓ Los actos que *retrasan* el acceso a la ILE. Pueden ser las mismas situaciones descritas anteriormente, aunque el resultado final no se refleje en la negación del servicio sino en la imposición de obstáculos que afectan los tiempos en los que finalmente se accede a la ILE. En estos casos también se compromete la responsabilidad, dado que la dilación en el acceso puede traer como consecuencia que el aborto resulte más difícil para las mujeres, biológica y emocionalmente, entre otras razones.

En el cuadro siguiente se presentan ejemplos de obstáculos o barreras vinculados a los dos puntos anteriores.

TIPOS DE OBSTÁCULOS/BARRERAS
♦ Denegación u obstrucción de la ILE por incertidumbre, cuestionamiento o desinformación sobre la permisión de la causal violencia sexual.
♦ Denegación u obstrucción de la ILE por cuestionamiento de la constitucionalidad de la causal violencia sexual.
♦ Denegación u obstrucción de la ILE por incertidumbre, cuestionamiento o desinformación sobre la CV a toda mujer o solo a la que tiene discapacidad mental ("mujer idiota o demente").
♦ Identificación del modelo de permisos o la CV como una excusa absolutoria y negación de los servicios de la ILE por violación por entender que se encuentran prohibidos y son penalizables.
♦ Elevación de los requisitos necesarios para realizar el aborto más allá de la denuncia o trámite administrativo para incluir otros trámites adicionales.
♦ Interpretación restrictiva de la causal violencia sexual.
♦ Imposición a la mujer de denuncia previa de la violación cuando no es debida.
♦ Exigencia de autorización previa judicial o administrativa de la ILE.
♦ Exigencia previa de prueba legal de la violación o su constatación médica.
♦ Denuncia de oficio de la violación posterior al aborto por los profesionales de la salud cuando la normativa no lo exige.
♦ Imposición de toma y preservación de ADN y evidencia sobre la violación cuando la denuncia de la violación es opcional y voluntaria.

Los aspectos descritos pueden comprometer la responsabilidad de las instituciones y de los profesionales de la salud, pero también la responsabilidad de las autoridades administrativas o judiciales que tienen a su cargo el agotamiento de los procedimientos de acceso a la ILE.

En ese sentido, la CSJN, en el considerando 24 en el caso *FAL*, sostuvo:

"Las prácticas de solicitud de consultas y la obtención de dictámenes conspiran indebidamente contra los derechos de quien ha sido víctima de una violación, lo que se traduce en procesos burocráticos dilatorios de la interrupción legal del embarazo que llevan ínsita la potencialidad de una prohibición implícita –y por tanto *contra legem*– del aborto autorizado por el legislador

penal. Asimismo, se debe señalar que esta práctica irregular no solo contraviene las obligaciones que la mencionada Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en su artículo 7°, pone en cabeza del Estado respecto de toda víctima de violencia, sino que, además, puede ser considerada, en sí misma, un acto de violencia institucional en los términos de los artículos 3° y 6° de la ley 26485 que establece el Régimen de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Por ello, los términos del presente fallo respecto de los alcances que corresponde asignar al artículo 86, inciso 2°, del Código Penal, así como la autoridad suprema del pronunciamiento, que se deriva del carácter de intérprete último de la Constitución Nacional y de las leyes, que posee el Tribunal (Fallos: 324:3025; 332:616), resultan suficientes para despejar cualquier duda que pudieran albergar esos profesionales de la salud respecto de la no punibilidad de los abortos que se practiquen sobre quienes invocan ser víctimas de violación. En consecuencia, y descartada la posibilidad de una persecución penal para quienes realicen las prácticas médicas en supuestos como los examinados en autos, la insistencia en conductas como la señalada no puede sino ser considerada como una barrera al acceso a los servicios de salud, debiendo responder sus autores por las consecuencias penales y de otra índole que pudiera traer aparejado su obrar".¹²⁴

La imposibilidad de acceder a los servicios de la ILE por obstáculos como los mencionados viola los principios y derechos a:

- ✓ La dignidad
- ✓ La autonomía
- ✓ El libre desarrollo de la personalidad
- ✓ La no discriminación
- ✓ La salud
- ✓ El estar libres de tratos crueles, inhumanos y degradantes consagrados en las legislaciones nacionales y el derecho internacional de los derechos humanos

En todos estos casos las acciones u omisiones comprometen la responsabilidad de:

- ✓ Los individuos
- ✓ Las instituciones involucradas en la situación
- ✓ Los Estados, pues estos tienen:
 - a. El deber de no interferir en el acceso de las mujeres a servicios de la ILE (obligaciones de respeto).
 - b. El deber de evitar que intervengan terceros (obligaciones de protección).
 - c. El deber de garantizar la infraestructura y la oferta de servicios que permitan a las mujeres llevar a la práctica sus decisiones sobre aborto (obligaciones de cumplimiento).

Además, estas vulneraciones implican deberes de reparación hacia las mujeres a las que se les ha negado u obstruido el acceso a la ILE.

124. Más detalles en los módulos III y IV.

En el ámbito nacional, la responsabilidad comprometida por la ausencia, la denegación o la obstrucción de servicios de aborto puede ser de diferentes tipos:

- ✓ Penal
- ✓ Civil
- ✓ Administrativa (disciplinaria o profesional)

De la misma manera, la falta de cumplimiento de deberes jurídicos puede acarrear responsabilidad internacional al Estado.

Responsabilidad de los profesionales de la salud en el ámbito nacional

La responsabilidad aparece como forma de garantía de la organización social de las personas y reconocimiento de su papel en el progreso social mediante la participación consciente en los asuntos de la sociedad. En este sentido, la responsabilidad se presenta como un mecanismo remedial sobre las actuaciones de las personas en el ámbito social. Se relaciona con el cumplimiento de un deber u obligación, que puede ser de carácter negativo (abstenerse de interferir o causar daño) o positivo (realizar una determinada conducta acordada o necesaria para evitar un mal).

La responsabilidad jurídica se diferencia de otros tipos de responsabilidad, como por ejemplo la moral, en que se manifiesta mediante la imposición de la obligación de dar cumplimiento a consecuencias desfavorables de su conducta y acarrea ciertas privaciones a la persona como reacción negativa del Estado frente a sus acciones. La responsabilidad jurídica consiste en la imputación de un hecho dañoso o violatorio de derechos y la consecuente realización de las sanciones jurídicas correspondientes. Puede ser aplicada tanto a las personas naturales (físicas) como a las instituciones (públicas o privadas).

Implica sanciones jurídicas como la privación de libertad, multas, reparación económica del daño causado, privación del permiso de conducir, asistencia o prestaciones de servicio social, entre otras. Para el Estado, la responsabilidad jurídica representa el ejercicio de la coerción estatal para que el infractor cumpla los requerimientos del ordenamiento jurídico o la condena estatal dictaminada, o bien para que se produzca la rehabilitación coercitiva del derecho violado.

La responsabilidad es definida en cada Estado según un conjunto de normas que establecen la configuración de responsabilidades, remedios y reparaciones debidas frente a las violaciones de derechos. Diversas normas (civiles, penales, administrativas y de regulación profesional sobre responsabilidad del Estado, las instituciones y los individuos) son susceptibles de ser aplicables ante, por ejemplo, la falta, la denegación o la obstrucción de políticas y servicios de la ILE a las mujeres que quedaron embarazadas resultado de la violencia sexual. En el mismo sentido, el derecho argentino regula los deberes de reparación a través de remedios, los cuales incluyen, por ejemplo, la compensación monetaria, la sanción administrativa o disciplinaria, o el castigo penal.

La responsabilidad médica es una categoría de la responsabilidad profesional. Esta responsabilidad tiene la particularidad de que si bien se estructura alrededor del daño, como las demás clases de responsabilidad jurídica, se encuentra dentro de las llamadas "responsabilidades de acto" (Carrillo, 1998). Por lo cual, la existencia del daño es presupuesto necesario pero no suficiente para establecer la responsabilidad.

Tratándose de responsabilidad profesional médica, el elemento central es el cumplimiento de los deberes profesionales, que incluyen las actuaciones técnicas de acuerdo con la *lex artis*, como es el seguimiento de las previsiones legales que rigen la práctica médica.¹²⁵

En los casos en los que resulta muerta una persona tras una intervención quirúrgica, el problema jurídico a resolver en un juicio de responsabilidad por ese hecho no se deriva de la relación entre la intervención y el resultado, sino si los profesionales siguieron los lineamientos jurídicos y técnicos relevantes en la intervención. Si esto último es así, aunque exista un daño, en este caso la muerte, la responsabilidad profesional no se ve comprometida.

Ahora bien, esta situación implica también la inversa: en los casos en los que los profesionales no sigan el estándar jurídico sin justificación atendible, aun cuando no se presente un daño concreto se podría decretar responsabilidad profesional. La misma será atenuada por la falta de daño concreto, pero aun así podrá ser imputada a los profesionales que no cumplan con las obligaciones funcionales, legales y técnicas asumidas.

Por ello, la historia clínica resulta fundamental para el establecimiento de la actuación profesional en cada caso, ya que es la prueba por excelencia de la responsabilidad médica. Por lo tanto, se debe consignar en la historia clínica cada una de las prácticas y los resultados obtenidos para todos los pacientes.¹²⁶ Además, se debe adjuntar el consentimiento informado,¹²⁷ y en la CV la declaración jurada sobre el origen del embarazo. Con estos recaudos queda subsanada buena parte de la responsabilidad profesional derivada de la práctica de los abortos legales contemplados en el artículo 86 del Código Penal.

La Corte Suprema de la Argentina, en el famoso caso *FAL* expresó que “este Tribunal se ve en la necesidad de advertir, por una parte, a los profesionales de la salud, la imposibilidad de eludir sus responsabilidades profesionales una vez enfrentados ante la situación fáctica contemplada en la norma referida” (CSJN, *FAL*, considerando 22).

2. Tipos de responsabilidad en la práctica profesional médica

2.1 Responsabilidad administrativa

Esta responsabilidad se deriva del incumplimiento de los deberes profesionales consignados en la ley de ejercicio de la medicina y en la ley de derechos del paciente, que son completadas con los estándares técnicos y jurídicos de actuación de acuerdo con la práctica y la especialidad.

125. La actividad médica está regulada por la ley 17132. Los artículos 19 y 20 de esa ley establecen las obligaciones y prohibiciones de los profesionales que ejerzan la medicina.

126. “El profesional médico responde por las omisiones de la historia clínica, puesto que en caso contrario resultaría de su conveniencia no asentar en ella determinados datos.” CN Fed. Civil y Com., sala I, junio 30-99- S., A. J. y otro c. Estado Nacional y otro. 2ª. Instancia. Buenos Aires, junio 30 de 1998.

127. El consentimiento informado es una exigencia tanto ética como legal y se fundamenta en el deber de entregar información de los profesionales de la salud y del derecho de los pacientes a recibirla.

Se trata, como se adelantó, de una responsabilidad de acto. Se asigna con independencia del resultado de la acción, es decir, del daño causado, porque el juicio de mala praxis, como su nombre mismo lo indica, tiene que ver con la práctica y con la actuación profesional más que con la consecuencia de dicha actuación. Generalmente, este punto se presta a confusión, porque la mayoría de las veces los juicios se inician en casos en los que se presenta un resultado negativo para los pacientes o para la institución sanitaria. Pero esto no puede hacer perder de vista que el juicio de dirige a evaluar la actuación profesional, si esta se ajusta o no a las reglas científicas, técnicas, éticas y jurídicas de la profesión. Este tipo de responsabilidad no requiere un daño.

Los juicios de responsabilidad administrativa por mala praxis en el ejercicio de la medicina se inician por medio de una denuncia en la que se investiga la conducta de profesionales de la salud de cualquier especialidad. Esta denuncia puede provenir de una autoridad pública, un particular o cualquier persona interesada. Para interponer la denuncia no se requiere prueba de la mala actuación, ya que es la autoridad administrativa la encargada de determinarla. Por supuesto, las denuncias infundadas pueden generar responsabilidad para quien la presenta de manera deshonesta.

En los casos relacionados con la CV, y en general con el ANP, en los sistemas de permisos se podrían presentar denuncias a profesionales que cumplan con su deber legal de dar acceso a la ILE. Denuncias que, por supuesto, no llegarían a ser resueltas desfavorablemente, pero implicarían el comienzo de un proceso que, eventualmente, sería archivado, lo que inquieta a muchos profesionales. Este riesgo existe en la práctica de la medicina en todas las especialidades y en gran parte de todas las prácticas, y no con el ANP en particular.

Por otro lado, van surgiendo casos sobre responsabilidad profesional por negación u obstrucción del acceso a los ANP, que avanzan para sancionar a quienes no cumplan con el deber profesional de practicar los abortos legales o para quienes abusen de la objeción de conciencia.¹²⁸

2.2 Responsabilidad civil

La responsabilidad civil médica se relaciona directamente con la mala praxis, que implica, por definición, el ejercicio negligente de una actividad. Y esta falta de idoneidad se manifiesta a través de la ausencia de la diligencia necesaria de conformidad con la naturaleza de la prestación de salud de que se trate.

En el caso de la CV, además de las normas generales de la práctica de la medicina consignadas en la ley 17132, se deben tener en cuenta los estándares científicos sobre la realización de la interrupción y lo dispuesto en la norma del Código Penal y su interpretación por la CSJN en el caso *FAL*. Para facilitar la aplicación de estos estándares se dispone de protocolos sanitarios de atención de los ANP, que en general incluyen los aspectos relevantes, técnicos y legales.

128. Caso Ana María Acevedo (que será estudiado más adelante): procesamiento al ex director del hospital Ramos Mejía por violación de sus deberes; investigación de la responsabilidad profesional de abogados en Chubut por obstruir prácticas de ANP, entre otros.

Se sanciona el obrar desajustado a un deber jurídico. La sanción puede sustentarse en una estipulación contractual previa (contrato de prestación de servicios médicos) o en el deber general de no dañar que se encuentra implícito en todo ordenamiento jurídico (responsabilidad extracontractual).

La finalidad del reclamo de responsabilidad civil es la reparación del daño causado. En el orden estrictamente profesional, compete al juez de la causa establecer el quantum indemnizatorio (monto que se debe pagar), tomando en consideración los distintos rubros en que se descompone esta y privilegiando aquellos que hacen al hecho mismo causante de lesión y origen del reclamo judicial.

2.3 Responsabilidad penal

La responsabilidad penal surge cuando una persona, en contravención a las normas que describen las conductas delictivas, comete en forma dolosa o culposa alguno de los ilícitos previstos en la legislación penal. Además de los delitos de lesiones, el Código Penal prevé específicamente la responsabilidad de los profesionales de la salud.

Artículo 84

Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte.

El mínimo de la pena se elevará a dos años si fueren más de una las víctimas fatales, o si el hecho hubiese sido ocasionado por la conducción imprudente, negligente, inexperta, o antirreglamentaria de un vehículo automotor.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Ley N° 25.189 28/10/1999)

Para la determinación de la responsabilidad penal bajo estas figuras son fundamentales los conceptos de impericia, imprudencia, negligencia e incumplimiento. La impericia se relaciona con la infracción a los estándares científicos de realización de las prácticas médicas. La imprudencia se presenta en los casos en los que se toman riesgos innecesarios y no se toman todos los recaudos para evitar daños posibles dentro del contexto del caso concreto. En estos casos el exceso de recaudos también puede ser sancionado como impericia o incumplimiento, ya que puede tratarse de situaciones de falta de preparación profesional (impericia) o de violación de los deberes profesionales de prestación de un servicio sanitario (incumplimiento). Este último sería el caso de la solicitud de exámenes preoperatorios completos a las pacientes antes de la realización de un ANP, lo que dilata la práctica y puede ser una forma de resistencia contra el modelo legal de permisos, como fue descripto por la Corte Suprema de Justicia en el fallo *FAL* que se ha venido estudiando. La negligencia es el descuido de los cuidados mínimos exigidos por la técnica o la ciencia, *lex artis*.

Por otro lado, los artículos 106 y 108 del Código Penal prevén los delitos de abandono de persona y omisión de auxilio, respectivamente, que podrían resultar aplicables.

2.4 Responsabilidad internacional del Estado

Las normas del derecho internacional de los derechos humanos que reconocen los derechos involucrados en el acceso a la ILE (por ejemplo, el derecho a la no discriminación y el derecho a la salud) imponen a los Estados la exigencia de rendir cuentas (*accountability*) ante la comunidad internacional y sus individuos por el cumplimiento de las obligaciones asumidas. Esto es así porque los tratados internacionales incorporan en su marco jurídico no solo el reconocimiento de derechos humanos, sino también un amplio sistema de obligaciones para los Estados en el ámbito internacional (Mollmann, 2005; Núñez Marín y Zuluaga Jaramillo, 2011).

Una concepción amplia de la rendición internacional de cuentas frente a los derechos humanos de las mujeres a la ILE por violación exige una multiplicidad de acciones de parte de los Estados, las instituciones y los individuos que intermedian tal acceso. Estas acciones deben dirigirse a generar *capacidad de respuesta* frente a las demandas de la ILE, así como *responsabilidad* y *reparación* cuando los servicios no existen, se deniegan o se obstruyen (Abramovich, 2007; Yamin, 2010).

Según se adelantó en la presentación de este texto, este material de capacitación se dirige a una audiencia primordialmente integrada por quienes intervienen en el sector salud en el proceso de acceso a la ILE por la CV. Por lo tanto, resulta fundamental que tales actores conozcan las consecuencias de sus acciones en la configuración de la responsabilidad del Estado ante la comunidad internacional por las obligaciones y los compromisos asumidos en relación con los derechos humanos de las mujeres que demandan la ILE.

Los compromisos internacionales en materia de derechos humanos imponen también a los Estados tres niveles de obligaciones: las obligaciones de respetar, proteger y garantizar. Tal como se señaló anteriormente:

- ✓ La obligación de respetar implica la abstención por parte del Estado de obstruir el disfrute de los derechos de las mujeres que demandan acceso a la ILE por la CV. Supone que el Estado no debe denegar o limitar el acceso a la ILE en condiciones de equidad para todas las mujeres.
- ✓ La obligación de proteger a las mujeres que demandan la ILE por la CV supone la intervención estatal para prevenir la violación de sus derechos por terceros que interfieran el disfrute de los mismos.
- ✓ La obligación de garantizar implica el deber estatal de adoptar las políticas públicas y medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otra índole necesarias para efectivizar los derechos de las mujeres que demandan la ILE ante un embarazo producto de la violación, y por ende incluye el deber de debida diligencia.

La Corte Suprema de la Argentina ha reconocido que el fracaso en respetar, proteger y garantizar el acceso al aborto legal puede generarle responsabilidad internacional al Estado. De hecho, es una de las justificaciones para resolver el caso *FAL* pese a que la adolescente ya había interrumpido el embarazo.

“El tratamiento del tema resulta pertinente por esta vía puesto que la omisión de su consideración puede comprometer la responsabilidad del Estado Argentino frente al orden jurídico supranacional, tanto más si se

La Corte Suprema de la Argentina ha reconocido que el fracaso en respetar, proteger y garantizar el acceso al aborto legal puede generarle responsabilidad internacional al Estado.

tiene en cuenta que varios organismos internacionales se han pronunciado censurando, en casos análogos, la interpretación restrictiva del acceso al aborto no punible por parte de otras instancias judiciales.¹²⁹

La misma sentencia, en el considerando 18, sostiene que "este Tribunal quiere dejar expresamente aclarado que su intervención lo es a los efectos de esclarecer la confusión reinante en lo que respecta a los abortos no punibles y a fin de evitar frustraciones de derecho por parte de quienes peticionen acceder a ellos, de modo tal que se configuren supuestos de responsabilidad internacional".

Según un concepto amplio de la rendición de cuentas, los derechos de las mujeres que demandan la ILE por violación exigen la capacidad de respuesta del Estado y de los sistemas de salud y justicia. Ello supone el diseño de políticas públicas y programas que garanticen la disponibilidad, la accesibilidad, la adaptabilidad y la calidad de servicios de la ILE y su implementación y evaluación, así como la organización de los mecanismos para procesar las demandas por responsabilidad y reparación en casos de violación de los derechos de las mujeres que requerían la ILE por la CV. Estas medidas deben diseñarse, implementarse y evaluarse en los distintos niveles de actuación del Estado y deben abarcar aspectos financieros, administrativos, regulatorios, políticos e institucionales así como medidas legales (Yamin, 2010). Cuando los Estados, a través de la actuación de sus agentes y sus instituciones, incumplen sus obligaciones en estos planos, comprometen su responsabilidad internacional.

En particular, los Estados también son responsables por no establecer una regulación con criterios razonables destinada a garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de la ILE, y por no controlar que esas regulaciones se cumplan y que esos servicios efectivamente se ofrezcan. Las resoluciones alcanzadas en algunos casos internacionales llevados contra países de la región (como *LMR c. Argentina*, *Paulina c. México*, *KLH c. Perú*) ilustran las determinaciones de los organismos del sistema universal y regional de protección de derechos humanos respecto de la responsabilidad y los deberes de reparación del Estado ante la denegación de la ILE.

Esas determinaciones, revisadas a continuación a título ilustrativo, se complementan con la extensa serie de recomendaciones efectuadas a los países por los organismos de monitoreo de los tratados de derechos humanos de Naciones Unidas. Y más recientemente por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en recomendaciones específicas a países como Nicaragua.¹³⁰

Argentina: En el *Caso LMR* presentado ante las dilaciones y obstrucciones para el acceso a la ILE por una adolescente con discapacidad que había sido violada, el Comité admitió la violación del artículo 7 del Pacto, al considerar que "la omisión del Estado al no garantizar a *LMR* el derecho a la interrupción del embarazo conforme a lo previsto en el art. 86 inciso 2 del Código Penal causó a la joven un sufrimiento físico y moral contrario al art. 7 del Pacto, tanto más grave cuanto se trataba de una joven con discapacidad". Asimismo, el Comité encontró que habían sido vulnerados los artículos 17 y 2 del Pacto, y que la falta de mecanismos para permitir la ILE torna al Estado responsable por la violación del derecho a la garantía y el respeto de los derechos prevista en el artículo 2 del Pacto, en relación con los artículos 3, 7 y 17. Finalmente, el Comité receptó el pedido de garantías de no repetición declarando que "el Estado tiene también la obligación de tomar medidas para evitar que se cometan violaciones similares en el futuro, y al solicitarle que en un plazo de 180 días informe al Comité sobre las medidas que haya adoptado para aplicar su dictamen".

129. Considerando 6. (Cfr. Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos y Observaciones Finales del Comité de los Derechos del Niño, Argentina, CCPR/C/ARG/CO/4 del 22/03/2010 y CRC/C/ARG/CO/3-4, del 21/06/2010, respectivamente).

130. Para una revisión completa de los estándares internacionales en materia de responsabilidad estatal y deberes de reparación establecidos en casos de ILE y de ILE ante una violación, ver Zampas y Tood-Gher (2011).

México: En el *Caso Paulina*, llevado ante la CIDH por la vulneración de los derechos de la joven en la obstrucción de su acceso a la ILE frente a la violación que había sufrido, la Comisión advirtió:

“La importancia de que los Estados adopten medidas de tipo penal, civil o administrativo, con la finalidad de garantizar que hechos como los ocurridos en este caso sean debidamente sancionados y no permanezcan en la impunidad. La Comisión ha manifestado reiteradamente que un acceso de iure y de facto a recursos judiciales idóneos y efectivos resulta indispensable para la protección de todos los derechos de las mujeres, así como lo es el cumplimiento de los Estados de su obligación de actuar con la debida diligencia frente a violaciones de sus derechos humanos.”¹³¹

Al mismo tiempo, el contenido de la conciliación a la que arribaron las partes frente a la CIDH representa un ejemplo valioso sobre las consecuencias de la determinación de responsabilidad estatal en el plano internacional para la definición de los deberes de reparación hacia la víctima de la obstrucción de su solicitud de la ILE.¹³²

Perú: La obligación de adoptar regulaciones que garanticen el acceso a la ILE ha sido desarrollada en el marco del *Caso KLH*, resuelto por el Comité de Derechos Humanos de la ONU. En su decisión, el Comité encontró que la negativa a realizar el aborto, al que la actora tenía opción según la legislación peruana, no fue justificada y configuró una violación del artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.¹³³ A su vez, el Comité determinó que el sufrimiento moral infligido representaba la vulneración de la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes según el artículo 7 del Pacto, de la protección especial de menores prevista en el artículo 24, y del deber de adoptar medidas para garantizar los derechos previstos según su artículo 2. La reparación ordenada por el Comité en este caso incluyó una indemnización para la actora y la adopción de medidas para evitar la repetición de violaciones semejantes.

Más allá de estos casos referidos a la responsabilidad y la reparación por los Estados, debido a la obstrucción o denegación de la ILE, existe un amplio corpus de jurisprudencia de los organismos de derechos humanos en el ámbito internacional que ha establecido los estándares de responsabilidad del Estado frente a la violencia de género. Estas pautas también son importantes tanto para el tratamiento de la violencia sufrida por las mujeres que solicitan la ILE por la CV como para los casos de violencia individual e institucional infligidas en la denegación y la obstrucción de servicios de la ILE ante esa causal.

El sistema interamericano de protección de derechos humanos tiene antecedentes como el *Caso María da Penha Maia Fernandes*, en el cual la CIDH concluyó, en su Informe de Solución Amistosa, que Brasil había incumplido sus obligaciones al no haber actuado y por haber tolerado la violencia a través de la ineficacia judicial general y discriminatoria.¹³⁴ Este caso es clave por haber puesto el acento en que el Estado incumple sus deberes, de acuerdo con el Sistema Internacional de Derechos Humanos, no solo por medio de actos de omisión sino también tolerando, en este caso, la violencia doméstica. También han contribuido a expandir el concepto de violencia de género y violencia institucional antecedentes como el *Caso Penal Miguel Castro*, resuelto por la Corte Americana de Derechos Humanos en noviembre de 2006, en el que el tribunal decretó la existencia de formas de violencia específica contra las mujeres que denotaba un carácter sexista y discriminatorio.¹³⁵

131. CIDH, Informe 21/07 en el marco de la Petición 161/02, *Caso Paulina c. México*, 2007.

132. Para una revisión del alcance de las medidas reparatorias acordadas entre México y la CIDH, ver Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe 21/07 en el marco de la Petición 161/02, *Caso Paulina c. México*, 2007.

133. Comité de Derechos Humanos, Dictamen en el *Caso KLH c. Perú*, Comunicación Nro. 1153/2003, ONU, 2005.

134. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Caso María da Penha Maia Fernandes*, Informe 54/01, 2001.

135. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Penal Miguel Castro Castro*, Sentencia del 25 de noviembre de 2006. Serie C, Nro. 160.

En el mismo sentido, los casos Rosendo Cantú y Fernández Ortega han contribuido a definir los alcances de la responsabilidad estatal frente a la violación como una de las formas paradigmáticas de la violencia de género.¹³⁶ La Corte determinó la responsabilidad internacional de México por la violación sexual de ambas mujeres Me'phaa, cometida por integrantes del ejército mexicano en el 2002.¹³⁷ El tribunal reconoció que se había violado el artículo 7 de la Convención de Belén do Pará, y también hizo referencia al artículo 2 de este instrumento, sosteniendo además que estas situaciones pueden constituirse en casos de tortura según la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura (Asensio *et al.*, 2010).¹³⁸

En ambas sentencias, la Corte decidió que el Estado mexicano tenía los siguientes deberes:

- ✓ Reparar los daños íntegramente.
- ✓ Garantizar la seguridad futura de Inés y Valentina.
- ✓ Llevar a cabo la investigación y, en su caso, el proceso penal que tramite en la justicia civil sobre la violación sexual (y no en la jurisdicción militar) que habían sufrido Rosendo Cantú y Fernández.
- ✓ Examinar el hecho y la conducta de los agentes del Ministerio Público que dificultaron la recepción de la denuncia presentada por Rosendo Cantú, así como del médico que no dio el aviso legal correspondiente a las autoridades de acuerdo con la normativa disciplinaria del país.
- ✓ Adecuar la legislación y práctica interna en torno a los tratados internacionales para que lo sucedido a estas dos mujeres demandantes no vuelva a ocurrir.
- ✓ Realizar un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional en relación con los hechos.
- ✓ Asegurar que los servicios de atención a las mujeres víctimas de violación sean proporcionados por las instituciones correspondientes, continuar las campañas de concientización y sensibilización de la población en general sobre la prohibición y los efectos de la violencia y discriminación contra la mujer indígena.

Finalmente, en su decisión más contundente, el *Caso Campo Algodonero*,¹³⁹ sobre las víctimas de Ciudad Juárez, la Corte propuso un abordaje integral de la violencia de género refiriéndose al artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos, la Convención de Belén do Pará y la CEDAW como los instrumentos que conforman un *corpus iuris* en materia de protección de la integridad personal de las mujeres. En esta oportunidad, la Corte estableció, entre otros:

- ✓ Una serie de estándares de debida diligencia para la investigación, el procesamiento y la sanción de las personas responsables de las violaciones de derechos humanos.
- ✓ La implementación de programas de educación y capacitación que incluyan perspectiva de derechos humanos y de género, entre otros.

136. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Rosendo Cantú*, Sentencia del 31 de agosto de 2010; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Fernández Ortega*. Sentencia del 30 de agosto de 2010.

137. Para un análisis más detallado de las particularidades que tiene la violencia sexual en las mujeres indígenas, ver la demanda de la Comisión Interamericana en el *Caso Rosendo Cantú c. México* ante la CIDH; por ejemplo, sostuvo que "el caso refleja los abusos cometidos por las fuerzas militares destacadas en el Estado de Guerrero contra la población indígena, y en particular el uso de la violación sexual como forma de tortura en perjuicio de mujeres indígenas Me'phaa". Caso 12579, 2 de agosto de 2009, párr. 4.

138. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Rosendo Cantú*, Sentencia del 31 de agosto de 2010. Serie C, Nro. 216. *Caso Fernández Ortega*, Sentencia 30 de agosto de 2010, Serie C., Nro. 215.

139. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso González y otras (Campo Algodonero)*, Sentencia 16 de noviembre de 2009, Serie C. Nro. 205.

Para concluir, hay que tener presente que los mecanismos para responsabilizar a un Estado varían según las características de cada caso y de la forma en la que cada Estado ha plasmado sus compromisos internacionales. En líneas generales, incluyen al menos:

- ✓ Los informes sombra presentados ante los organismos de monitoreo de tratados de Naciones Unidas cada vez que un Estado es evaluado en su cumplimiento de obligaciones de los tratados de derechos humanos.
- ✓ Las demandas ante órganos con competencia jurisdiccional como los organismos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos o Naciones Unidas, cuando la competencia para considerar casos individuales se ha previsto en los tratados de derechos humanos o sus protocolos.
- ✓ Las denuncias frente a los Relatores Especiales de Naciones Unidas o el Sistema Interamericano.

3. Ejercicios

Ejercicio 1: Caso Ana María Acevedo¹⁴⁰

1. Organizarse en grupos de 3 a 5 integrantes.
2. Leer el Caso Ana María Acevedo y discutir en el grupo con el fin de responder la siguiente pregunta: "¿Qué clases de responsabilidades podrían estar en juego en este caso?"
3. De manera breve, cada grupo presentará la respuesta al plenario.

Ana María era una joven de 20 años oriunda de Vera, una pequeña localidad del norte de Santa Fe, a 250 kilómetros de la capital provincial. Tenía tres hijos en edades de entre cuatro años y ocho meses. Ella y los niños vivían con los padres y hermanos de Ana María en un barrio de casas construidas con planes oficiales cerca del cementerio. Los únicos ingresos de la familia provenían de un programa social y del trabajo que el padre realizaba en el sector informal. Hija de padres analfabetos, Ana María cursó la escuela primaria y antes de enfermarse trabajaba en servicio doméstico.

En mayo de 2006 recurrió al Centro de Salud de Vera porque le dolía la boca. La odontóloga le extrajo una muela y le indicó antibióticos, pero los dolores persistieron; luego de varios meses fue derivada a un hospital de mayor complejidad en la ciudad capital de la provincia. Allí se le diagnosticó un sarcoma de cara realizándosele una cirugía que no logró la extirpación total del mismo. Por ello se la derivó al Servicio de Oncología del Hospital J. B. Iturraspe, de la ciudad de Santa Fe, para un tratamiento paliativo de quimioterapia y rayos.

A fines de noviembre, después de haber estado unos días en Vera, Ana María realizó la primera consulta en dicho servicio, donde le indicaron tratamiento de rayos y quimioterapia. Al momento de iniciarlo la joven le comentó al médico que creía estar embarazada, lo cual fue confirmado. Los médicos decidieron dejar en suspenso la indicación de tratamiento y la derivaron al Servicio de Ginecología, donde permaneció internada unas semanas. Se retiró del hospital el 24 de diciembre, en ausencia del médico de Guardia y sin indicaciones.

El 14 de febrero de 2007 Ana María regresó al Hospital Iturraspe acompañada por su madre en busca de un certificado médico. El sarcoma era visible, presentaba dolor y continuaba su embarazo, ya de 13 semanas. Al verla, el médico indicó internación en el servicio de oncología y se realizó una interconsulta al servicio de ginecología en el marco de un ateneo, como resultado del cual los médicos decidieron suministrar medicación para el dolor pero en dosis que no afectaran al feto.

El 22 de febrero, el jefe del servicio de oncología presentó verbalmente la situación a una integrante del comité de bioética del hospital, solicitando que se tratara el caso. Dado que la mayoría de los miembros del comité estaba ausente por licencia o vacaciones, no era posible convocar en lo inmediato a una sesión para analizar el caso. No obstante, las únicas integrantes que se encontraban en la ciudad, estuvieron dispuestas a participar de una reunión con los agentes de salud involucrados, a fin de discutir cursos de acción posibles. Consideraron que, además de los médicos del servicio de

140. Descripción tomada de: Brussino, S., El Caso Ana María Acevedo, UNESCO - UNL – REDBIOÉTICA, 2008.

oncología, debía convocarse a la asistente social y a la psicóloga que estaban interviniendo en el caso, a los responsables de los servicios de ginecología y de obstetricia; a un médico radioterapeuta y a un cirujano de cabeza y cuello del hospital J. M. Cullen, donde había sido intervenida quirúrgicamente Ana María.

La reunión se realizó el 27 de febrero con la presencia de tres médicos del servicio de oncología, la asistente social y la psicóloga, un médico del servicio de obstetricia, un médico radioterapeuta ajeno al hospital convocado en calidad de experto y tres integrantes del comité. El jefe del servicio de ginecología se excusó de participar porque era día de cirugía; tampoco asistió el médico cirujano de cabeza y cuello del hospital Cullen.

Fue una reunión difícil y frustrante para las integrantes del comité puesto que las decisiones ya habían sido tomadas por los médicos, quienes cerraron filas en defensa unánime de esas decisiones. En el transcurso de la reunión se evidenció que no estaba claro para qué se había convocado al Comité, pues al mismo tiempo que los médicos decían que querían arribar a una decisión conjunta no estaban dispuestos a aceptar ningún cuestionamiento ni cambio de rumbo en sus acciones.

Cuando una integrante del Comité (tomando en cuenta que en diciembre el embarazo de Ana María era muy incipiente) preguntó: "¿En algún momento se planteó la posibilidad de un aborto terapéutico?", se produjo un incómodo silencio y uno de los médicos respondió: "En este hospital y en Santa Fe, no". Al preguntar las integrantes del Comité por qué no, el jefe del Servicio de Oncología contestó: "Por convicciones, cuestiones religiosas, culturales". Seguidamente agregó que esa no era su postura, pero sí la que prevalecía en el hospital y ninguno de los profesionales presentes lo objetó. El obstetra agregó que a esa altura del embarazo (15 semanas) y en el estado general de la joven, los riesgos de realizarle un aborto eran muy grandes, por lo que no representaba una conducta viable.

Ante estas consideraciones, en la reunión no se arribó a una decisión diferente de la ya existente, pero se acordaron las siguientes acciones:

- ✓ Interconsulta con la Asociación de Cuidados Paliativos (Acupa), cuya sede está en el mismo hospital, para un adecuado tratamiento del dolor.
- ✓ Inducción del parto después de las 24 semanas en el servicio de obstetricia, si el estado general de la paciente lo permitía.
- ✓ Opción de regresar a Vera, atendiendo el deseo de la joven y su familia. Los oncólogos acordaron comunicarse directamente con el médico del Centro de Salud local para darle indicación para aliviar el dolor. Si Ana María o sus padres lo estimaban necesario podían regresar al Servicio de Oncología en cualquier momento.

Ana María regresó a Vera con un tratamiento que no llegó a aliviarle el dolor. A fines de marzo los padres de la joven solicitaron al director del hospital que le practicaran un aborto para poder comenzar cuanto antes con el tratamiento para el cáncer, pero esto no sucedió.

Finalmente, la incompatibilidad sanguínea de la joven con el feto determinó que el 29 de abril le provocaron el parto, con 22 semanas de gestación. Nació una beba de 450 gramos, que vivió unas pocas horas. Para entonces, Ana María tenía la salud muy deteriorada y la primera sesión de quimioterapia derivó en una traqueotomía. Poco después entró en coma farmacológico y murió el 17 de mayo. Pocos días después de su muerte, el caso ingresó a tribunales, por decisión de la familia y el trabajo de organizaciones de mujeres de la provincia, junto al apoyo de otras organizaciones.^{141,142}

Ejercicio 2: El caso del Hospital Ramos Mejía

1. Organizarse en grupos de 3 a 5 integrantes.
2. Leer el caso del *Hospital Ramos Mejía* y discutir en el grupo con el fin de responder las siguientes preguntas:
 - ✓ ¿Cuál es la diferencia entre las responsabilidades de profesionales médicos y funcionarios judiciales?
 - ✓ ¿Cuáles son los deberes profesionales que incumplió el director del hospital Ramos Mejía?
 - ✓ ¿Qué clases de responsabilidades podrían estar en juego en este caso?
 - ✓ De manera breve, cada grupo presentará la respuesta al plenario.

En la Ciudad de Buenos Aires se presenta una mujer víctima de una red de trata de personas con fines de explotación sexual, que había sido violada en ese contexto. La mujer solicitó un ANP en el Hospital Ramos Mejía en el mes de octubre de 2012. Las autoridades sanitarias y administrativas de la Ciudad, específicamente el director del Hospital y el jefe de gobierno, dieron publicidad a los datos de identificación de la mujer y del pedido, lo que favoreció que grupos conservadores de la sociedad civil presentaran una solicitud de medida cautelar ante la justicia porteña para impedir la práctica.

El pedido fue sorteado regularmente y la jueza asignada no aceptó el pedido. Sin embargo, con la connivencia de la jueza Rustán Estrada, de manera ilegal la solicitud fue entregada directamente en su despacho, en donde ella aceptó e hizo lugar a la medida cautelar que detuvo la realización del ANP.¹⁴³

141. Para mayores detalles: Carbajal, M., "El Caso Ana María Acevedo", *Página 12*, sección Sociedad, 25 de abril de 2010 (<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/3-46450-2010-04-25.html>); Tessa, S., "Historia clínica: muy dolorida/desesperación", *Página 12*, sección Salud, 18 de enero de 2008 (<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-3860-2008-01-18.html>); Carbajal, M., "La sentencia que hizo justicia por Ana María", *Página 12*, sección Sociedad, 12 de mayo de 2010 (<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-145543-2010-05-12.html>).

142. En medio del fuego cruzado en el debate por el aborto, la particular historia de Ana María se diluyó y cada uno difundió la versión que mejor convenía a sus intereses. El Hospital entró en una profunda crisis. El director fue apartado de su cargo por las autoridades del Ministerio de Salud provincial. El Comité de Bioética, fundado en 1995 y de reconocida trayectoria en los ámbitos local y nacional por su trabajo en favor de los derechos de los usuarios, fue acusado en diversos medios de haberse negado a autorizar un aborto terapéutico, tergiversándose así el contenido y el tono crítico del informe sobre la reunión con los profesionales, que las integrantes del Comité elevaron a la dirección del Hospital. Este informe fue analizado en la investigación llevada a cabo por el Ministerio de Salud para deslindar responsabilidades de los participantes en el caso. Aunque no fueron imputadas en la causa, las integrantes del CHB prestaron su testimonio en sede penal y manifestaron a la dirección del Hospital su abstención de intervenir en toda consulta o actuación hasta tanto se aclarara la situación por la que atravesaba el Hospital. Meses después renunciaron, como también lo hicieron la mayoría de sus miembros y el Comité cesó en sus funciones sin haberse vuelto a constituir. En julio de 2008, un Juez Correccional de Santa Fe procesó, entre otros profesionales que intervinieron en el caso, al ex director y a los jefes de los servicios de ginecología y de oncología del Hospital Iturraspe por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público (*El Litoral*, 29-04-07; Rosario/12, 27-05-07; <http://www.infobae.com/policiales/352332-100799-0>; <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-4121-2008-05-19.html>).

143. Gioberchio, Graciela, "La Justicia frenó un aborto no punible y la Ciudad va a apelar", *Clarín*, 10/10/2012 (http://www.clarin.com/sociedad/Justicia-aborto-punible-Ciudad-apelar_0_789521134.html).

La decisión fue apelada inmediatamente, pero la práctica ya había sido dilatada y la solicitante expuesta a la vulneración de su privacidad, poniendo incluso su integridad física y psíquica en riesgo. Adicionalmente, la gran cobertura de los medios de comunicación generó una movilización pública tanto a favor como en contra de los derechos de la mujer, que se constituye en un daño, ya que la salud mental y la tranquilidad de la mujer se vieron seriamente afectadas por toda esta situación.

El caso fue tomado al día siguiente por la CSJN, que el 11 de octubre de 2012 suspendió la medida cautelar ordenada y reiteró lo establecido en la sentencia FAL, advirtiendo a las autoridades sobre las responsabilidades derivadas de actuaciones ilegales como las que originaron dicho pronunciamiento.¹⁴⁴

Como consecuencia de lo sucedido, el director del Hospital presentó su renuncia¹⁴⁵ y se entabló denuncia penal en su contra y una contra el jefe de gobierno de la ciudad, Mauricio Macri, por revelación de información privilegiada e incumplimiento de los deberes de funcionario público.¹⁴⁶

La causa del jefe de gobierno fue archivada por orden del juez de primera instancia, sin embargo la Cámara del Crimen ordenó continuar la investigación.¹⁴⁷ Respecto de la jueza, que decretó la medida cautelar, presentó su renuncia al cargo en el mes de junio de 2012.¹⁴⁸

Organizaciones de la sociedad civil presentaron una solicitud de jury ante el Consejo Superior de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires en octubre de 2012, que aún está en trámite.

144. *La Nación*, "La Corte autorizó que se practique el aborto no punible que se había suspendido", 11/10/2012 (<http://www.lanacion.com.ar/1516433-la-corte-autorizo-que-se-practique-el-aborto-no-punible-en-la-ciudad>).

145. Ver Informes: "Aborto no punible: denunciarán al director del Hospital Ramos Mejía", 11/10/2012 (<http://www.infonews.com/2012/10/11/politica-42439-aborto-no-punible-denunciaran-al-director-del-hospital-ramos-mejia-aborto-no-punible.php>).

146. Naishtat, Silvia, "Macri anunció el primer aborto legal de la Ciudad", *Clarín*, 05/10/2012 (http://www.clarin.com/sociedad/Macri-anuncio-primer-aborto-Ciudad_0_786521527.html); Gioberchio, Graciela, "La Justicia frenó un aborto no punible y la Ciudad va a apelar", *Clarín*, 10/10/2012 (http://www.clarin.com/sociedad/Justicia-aborto-punible-Ciudad-apelar_0_789521134.html); *La Nación*, "Presentan una denuncia penal contra Macri por la suspensión de un aborto no punible", 10/10/2012 (<http://www.lanacion.com.ar/1515961-presentan-una-denuncia-penal-contra-macri-por-la-suspension-de-un-aborto-no-punible>).

147. *Página 12*, "Por los derechos vulnerados", 01/03/2013 (<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-214833-2013-03-01.html>).

148. Alcaraz, María José, "Presentó su renuncia la jueza que frenó un aborto no punible en ciudad", *Infojus*, 25/05/13 (<http://www.infojusnoticias.gov.ar/nacionales/renuncio-la-jueza-que-freno-un-aborto-no-punible-en-la-ciudad-339.html>).

ANEXO

Apuntes sobre los sistemas internacional y regional de derechos humanos y sobre legislación argentina, y algunos desarrollos sobre violencia de género, violencia contra las mujeres, violencia sexual y aborto en esos sistemas

♦ Los tratados de derechos humanos, la Constitución y el derecho en la Argentina

Se expondrá en orden el derecho constitucional de derechos humanos, seguido de la legislación nacional relacionada con la CV.

En la Argentina, a partir de la reforma constitucional de 1994 se incorporaron los tratados de derechos humanos a la Constitución Nacional, por virtud del artículo 75 inciso 22. En consecuencia, todos los derechos consagrados ingresaron en el ordenamiento jurídico nacional y deben ser observados como parte de la Constitución Nacional, es decir, con la máxima jerarquía. Esto implica que el contenido y alcance de los derechos humanos reconocidos será el que determinen los órganos internacionales de aplicación de los tratados, siguiendo los procedimientos acordados para tal fin. Por ello, es indispensable conocer no solo el texto de los instrumentos internacionales, sino además las recomendaciones, observaciones y aclaraciones realizadas por las autoridades de los tratados.

A continuación, examinamos algunas normas relevantes para la integración del marco constitucional de los derechos humanos de acuerdo con los tratados vigentes y sus desarrollos interpretativos. En primer lugar, el sistema universal de los derechos humanos, que tiene sede en las Naciones Unidas y abarca la totalidad de los países reconocidos mundialmente. Luego, revisaremos el sistema interamericano de los derechos humanos, que tiene lugar en el orden regional y abarca todo el continente, con diferentes grados de intensidad de acuerdo con el compromiso que cada país tiene en relación con los derechos humanos.

Sistema universal de los derechos humanos

Tratados de derechos humanos, decisiones y recomendaciones de los organismos de monitoreo de los derechos humanos.

PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE DERECHOS HUMANOS Y SUS COMITÉS DE VIGILANCIA EN EL SISTEMA UNIVERSAL	
INSTRUMENTO DE DDHH	COMITÉ
Convención sobre la eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)	Comité de los Derechos del Niño (Comité de la CDN)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PDCP)	Comité de Derechos Humanos (CDH)
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CERD)	Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Comité CERD)
Convención contra la tortura y Otros tratos crueles, comité contra la tortura (CCT)	Comité contra la tortura (Comité de la CCT)

Aunque la violencia contra las mujeres, como se ha dicho, es un hecho presente desde antes del inicio de la sociedad occidental moderna, la consideración internacional es relativamente reciente, cuando la Organización de las Naciones Unidas se expidió sobre ello en 1992 a través de la Recomendación General Nro. 19. En ese tiempo varios países empezaron a desarrollar regulaciones tendientes a la erradicación de dicha realidad.¹⁴⁹

En 1993 la Asamblea General de la ONU emitió la Declaración Internacional sobre la Violencia contra la Mujer (Res. 48/104), en la que por primera vez se define el fenómeno:

“La violencia contra la mujer constituye una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer que han conducido a la dominación de la mujer y a su discriminación por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos fundamentales por los que se fuerza a una mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”.

149. En 1979, con la firma de la Convención Internacional para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, se estableció un marco regulatorio que se constituyó como la carta fundamental de los derechos humanos de las mujeres, que aspira a la conformación de un nuevo orden internacional basado en la igualdad y la justicia que contribuya a superar las diferencias injustas entre varones y mujeres. Sin embargo, la violencia contra las mujeres no aparece expresamente como una forma de discriminación. Por ello, en la recomendación Nro. 12 del órgano de seguimiento de la aplicación de la Convención se empieza a tratar el tema específicamente de la violencia doméstica, pidiendo a los países que releven e informen datos relacionados con ese fenómeno.

En esa misma resolución, la Asamblea General de la ONU define la violencia contra las mujeres como: "Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas con tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si producen en la vida pública, como en la vida privada". En esa Declaración se establece la posibilidad de sancionar internacionalmente a los países por el incumplimiento de la garantía del derecho de las mujeres a no sufrir este tipo de violencia. Para ello, otorga competencia para conocer estos hechos al Comité derivado de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, por su sigla en inglés.¹⁵⁰

En la Recomendación General Nro. 19 el Comité de la CEDAW ya había exhortado a los países signatarios para que adoptaran marcos normativos que protegieran a las mujeres contra la violencia. Se mencionó especialmente la violencia en el ámbito familiar, y dentro de ella los malos tratos y la violencia sexual, instando a la adopción de sanciones tanto penales como civiles sobre quienes ejerzan este tipo de violencia, ya sean particulares, funcionarios, instituciones públicas o privadas. De este modo se empezaron a formular las obligaciones de los Estados en el marco de los derechos humanos de las mujeres para prevenir, sancionar y erradicar las diferentes formas de la violencia contra las mujeres.

En 1999, en la Recomendación General Nro. 24 sobre salud, dicho Comité reconoce que los Estados se han comprometido a "respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica".¹⁵¹ Es necesario que los servicios de atención, especialmente de salud sexual y reproductiva, estén disponibles más rápidamente, previniendo así la mortalidad materna. También se requiere la eliminación de los impedimentos para que las mujeres accedan a servicios de salud o los castigos y obstrucciones impuestos a las mujeres que se someten a un aborto. En consecuencia de los pronunciamientos anteriores surge el vínculo entre la obligación de garantizar la atención sanitaria, especialmente de salud sexual y reproductiva, y el deber de los Estados de arbitrar las medidas de reparación necesarias para las mujeres que han sufrido violencia sexual. Se puede decir que las obligaciones anteriores interpretadas en relación a la CV obligan a reconocer la imprescindibilidad de garantizar el acceso al aborto dentro del marco legal de cada Estado. En el caso de la Argentina, tanto para la causal salud como para la CV.

El Comité de la CEDAW recomendó que los países en los que no se había emitido legislación para sancionar la violencia doméstica y el acoso sexual avanzaran en esa tarea.¹⁵² Además, hizo un llamado de atención a los países en los que, a pesar de la existencia de legislación, la aplicación deficiente generó consecuencias negativas para algunas mujeres.¹⁵³ De la misma forma, se condena la situación estructural de violencia contra las mujeres en los feminicidios ocurridos en la República mexicana, en Ciudad Juárez, que involucran delitos de secuestro, violación y asesinato de mujeres.¹⁵⁴

150. Desde 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas se ha expedido acerca de la violencia contra las mujeres. En la Resolución 61/146 de 2006 se refiere a la necesidad de terminar con el abordaje de los delitos sexuales como atentados contra "el honor", dándoles en cambio un marco integral que permita identificar la sistematicidad del fenómeno. Exhorta a la ampliación de los marcos jurídicos para asegurar la prevención, detección, sanción y reparación de la violencia contra las mujeres en todas sus manifestaciones. En la Resolución 63/155 de 2008 insta a los Estados a terminar con la impunidad respecto de los delitos de violencia contra las mujeres, y aconseja revisar y modificar los marcos legales que tienen efectos discriminatorios o que profundizan las desigualdades entre varones y mujeres, o entre las mujeres.

151. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, Recomendación General 24: La mujer y la salud, 20ª sesión de 1999, Doc. de la ONU A/54/38/rev.1 (1999).

152. T.A vs. Hungría. Comunicación N° 272003. Dictamen adoptado el 26 de enero de 2005.

153. *Sahide Goekse vs. Austria*. Comunicación 5/2005. Dictamen adoptado el 6 de agosto de 2007; *Fatma Yildirim vs. Austria*. Comunicación 6/2005. Dictamen emitido el 6 de agosto de 2007.

154. CEDAW/C/2005/O.P 8/México.

Uno de los temas centrales de preocupación acerca de la violencia contra las mujeres es el establecimiento de mecanismos locales de protección y reparación frente a los daños ocasionados por la violencia. El Comité de aplicación de la CEDAW ha insistido, tanto en los dictámenes como en la Recomendación General, en la necesidad de establecer políticas públicas de reparación para que las mujeres víctimas de violencia puedan minimizar y compensar los daños que les han sido causados, y así puedan restablecer su derecho a vivir una vida libre de violencia.

Dentro de estas reparaciones se encuentra en un lugar principal el acceso al aborto para mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. Es considerado una de las herramientas necesarias para evitar que las mujeres tengan riesgos y daños a la salud en sus tres esferas, física, psíquica y social. Asimismo, para evitar que sean instrumentalizadas para la reproducción.

Por esto, en las recomendaciones que en 2010 el Comité de la CEDAW emitió para la Argentina, en cuanto al ámbito de la salud subrayó, entre otras, la necesidad de que se revise la legislación que penaliza el aborto. El Estado parte debe asegurarse que la "Guía Técnica para la Atención de los Abortos No Punibles se aplique en todo el país de manera uniforme de modo que exista un acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir el embarazo".¹⁵⁵

En este sentido, el Comité de Derechos Humanos de la ONU en su dictamen sobre el caso *LMR*, en el que se condena al Estado argentino por la falta de garantía de acceso al aborto en caso de violación, considera que: "La omisión del Estado al no garantizar a *LMR* el derecho a la interrupción del embarazo conforme lo previsto en el art. 86 inc. 2 del Código Penal, cuando la familia lo solicitó, causó a *LMR* un sufrimiento físico y moral conforme al art. 7 del Pacto, tanto más grave cuando se trataba de una joven con discapacidad".¹⁵⁶ Es decir, se sanciona al Estado argentino por incumplimiento de la implementación de la legislación vigente sobre el aborto.

Específicamente sobre la CV, el fallo resulta pertinente ya que acompaña la interpretación de la CSJN en el caso *FAL*, en el que también se exhorta a las autoridades sanitarias y administrativas a tomar acciones, como ser la emisión de protocolos y la imposición de sanciones, para terminar con las prácticas que impiden el acceso al ANP, especialmente las referidas a la CV.

También en el sistema universal, el Comité de seguimiento de la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en el año 2010, en sus observaciones finales sobre la Argentina en materia de salud afirmó: "El Comité expresa además preocupación por el elevado porcentaje de mortalidad materna, especialmente de adolescentes, causada por un aborto (28,31% en 2005) y por los prolongados procedimientos de interrupción legal del embarazo resultante de una violación, prevista en el artículo 86 del Código Penal".¹⁵⁷

155. CEDAW/C/ARG/6, en sus sesiones 926ª y 927ª, celebradas el 13 de julio de 2010.

156. En el año 2006, *LMR* tenía 19 años (y una edad mental de 10 años debido a una discapacidad mental) cuando fue abusada sexualmente por un familiar y quedó embarazada. Su tío y vecino se encuentra procesado y detenido por ese delito. La joven y su familia viven en un barrio humilde del conurbano bonaerense, en la localidad de Guernica. Su mamá, al enterarse en el Hospital de Guernica del embarazo de su hija, solicitó se le practicara un aborto legal (encuadrado en el art. 86 inc. 2 del Código Penal Argentino). A pesar de la legalidad del pedido, por tratarse de un caso de ANP, tuvo un largo peregrinar por hospitales e instancias judiciales, siendo la última, la sentencia de la Corte Suprema de la provincia de Buenos Aires. No obstante este fallo y la autorización, el Hospital San Martín se negó a realizar el aborto, alegando que el embarazo estaba muy avanzado. La familia de *LMR* termina recurriendo, junto a las organizaciones de mujeres, a una clínica privada en el circuito clandestino para obtener el servicio a cambio de un precio elevado y el riesgo de la clandestinidad. El caso es elevado al sistema universal en mayo de 2007 y el dictamen se emite el 28 de abril de 2011.

157. CRC/C/ARG/3-4, en sus sesiones 1522ª y 1524ª (CRC/C/SR.1522 y 1524), celebradas el 2 de junio de 2010.

Por esta razón, recomienda que "adopte medidas urgentes para reducir la mortalidad materna relacionadas con el aborto, en particular velando por que la profesión médica conozca y practique el aborto no punible, especialmente en el caso de las niñas y mujeres víctimas de violación, sin intervención de los tribunales y a petición de ellas".¹⁵⁸

De igual forma, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC) se ha expedido sobre el tema del aborto en sus Observaciones Generales números 14 y 16, exhortando a los países a que garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, dentro de los que por supuesto se encuentra el aborto legal como mecanismo de garantía de la igualdad entre hombres y mujeres. Se expidió también sobre las consecuencias de la clandestinidad y la ilegalidad del aborto. En términos de violación de los Derechos Humanos consagrados en el Pacto, el Comité ha expresado la necesidad de aplicar las causales de no punibilidad con criterios amplios y de favorecer la ampliación o la legalización de los permisos relacionados con la conservación de la vida y en casos de violación,¹⁵⁹ para evitar las consecuencias del aborto inseguro.¹⁶⁰ Igualmente, se ha referido a la necesidad de garantizar el acceso a los abortos legales de acuerdo al marco normativo vigente.¹⁶¹

Por su parte, el Comité Contra la Tortura (CCT), en su informe sobre Perú en 2006,¹⁶² ha manifestado preocupación respecto de la legislación que restringe severamente el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, incluso en casos de violación, lo que tiene como resultado graves consecuencias, como la muerte innecesaria de mujeres. Asimismo, en 2013 el Relator Especial Contra la Tortura y Otros Tratos Inhumanos, Crueles y Degradantes, en el Informe Especial sobre Atención en Salud, reconoció que la falta de acceso a los servicios sanitarios legales puede trascender las categorías de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.¹⁶³

En el Informe se refiere particularmente a las prácticas sanitarias relacionadas con la salud sexual y reproductiva:

"Ejemplos de tales violaciones incluyen tratos abusivos y humillaciones en instituciones de esterilización forzada, la negación de servicios legalmente disponibles, tales como el aborto y cuidado post-aborto; las esterilizaciones y abortos forzados; la mutilación genital femenina; la violación al secreto médico y confidencialidad en servicios de salud, como la denuncia, de parte del médico, a mujeres que se han realizado un aborto ilegal; y la práctica de intentar obtener confesiones como condición para potencialmente brindar tratamiento post-aborto."

Igualmente, recordó antecedentes del sistema en los que ya se había calificado la falta de garantía de acceso a los ANP en caso de violación como constitutivos de malos tratos:

158. Ib.

159. Chile, Doc. de la ONU E/c.12/1/Add.105 (2004); Kuwait, Doc. de la ONU E/c.12/1/Add.98 (2005); Malta, Doc. de la ONU E/c.12/1/Add.101 (2004); República Federal Democrática de Nepal, Doc. de la ONU E/c.12/1/Add.66 (2001).

160. Polonia, 12, Doc. de la ONU E/c.12/1/Add.26 (1998); Polonia, 29, Doc. de la ONU E/c.12/1/Add.82 (2002), República Federal Democrática de Nepal, 32–33, 55, Doc. de la ONU E/c.12/1/Add.66 (2001); México, Doc. de la ONU E/1994/104/Add.41 (1999).

161. España, Doc. de la ONU E/C.12/ESP/C0/5 (2012).

162. Perú, Doc. de la ONU cAt/c/PEr/4 (2006).

163. Informe especial, Doc. de la ONU A/HRC/22/53 (2013).

“Para muchas víctimas de violación, el acceso a un procedimiento de aborto sin riesgo es prácticamente imposible debido a un laberinto de trabas administrativas y a la negligencia y la obstrucción oficiales. En la decisión histórica de *K. N. L. H. c. el Perú*, el Comité de Derechos Humanos consideró la denegación del aborto terapéutico una violación del derecho de la persona a no ser víctima de malos tratos. En la demanda *P. and S. vs. Poland*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró que “el estigma asociado al aborto y a la violencia sexual... causaba mucha angustia y sufrimiento, tanto física como mentalmente”.¹⁶⁴

Resulta claro que en los últimos años desde todas las instancias de aplicación de tratados de derechos humanos se han expresado consistentemente la necesidad de garantizar el acceso al ANP en todas las causales legales en cada Estado. Del mismo modo, han señalado la importancia de vincular el acceso a la ILE con políticas de atención a la violencia, especialmente la violencia sexual y en la pareja o doméstica, con el fin de asegurar la prestación de la CV en el marco de las reparaciones necesarias para garantizar el derecho a vivir sin violencia, derecho que incluye el de no ser discriminadas. Por tanto, el acceso a la ILE debe interpretarse de manera amplia con el fin de asegurar abortos seguros a todas las mujeres víctimas de violencia en el caso de la CV.

Conferencias internacionales

En relación con el acceso al ANP, en el sistema internacional se cuenta con las declaraciones compromisorias surgidas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) en El Cairo y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (CMM, 1995) en Beijín.¹⁶⁵ En la primera se marcaron los objetivos de desarrollo, un plan de acción sistemático en el que se comprometieron 179 países. Se consagró, además, la noción de derechos reproductivos como eje articulador de las intervenciones en el área de población, con un enfoque que prioriza el derecho de las personas y parejas por encima de consideraciones demográficas. Es decir, hubo un reemplazo del discurso demográfico por uno basado en los derechos.

Conjuntamente, como uno de los objetivos para el desarrollo de la equidad de género y como expresión de esa equidad, se estableció el compromiso de los países de asegurar atención sanitaria adecuada, especialmente en relación con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Aparece de manera explícita el derecho de las mujeres a no ser víctimas de violencia, especialmente de violencia sexual, por lo cual los Estados se comprometen a garantizar la atención sanitaria necesaria para minimizar las consecuencias derivadas de este tipo de violencia.

Esto afecta directamente en la CV, ya que el cruce del derecho a vivir sin violencia, que incluye la reparación en caso de violencia sexual, y el derecho al ANP (art. 86 Código Penal de la Argentina), leído con el prisma de los anteriores compromisos, muestra la obligación del Estado de garantizar el acceso a la ILE y todas las medidas para que las obstrucciones y obstáculos sean sancionados y erradicados. Hasta el momento se han realizado dos conferencias de seguimiento del cumplimiento de los objetivos de la Conferencia de El Cairo (1999 y 2004), en las cuales se ha reiterado la necesidad de trabajar sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto legal, así como la obligación de los Estados de garantizar el derecho de las mujeres a no ser víctimas de violencia, incluyendo la violencia sexual.

164. Ib.

165. Las anteriores conferencias tuvieron lugar en México (1976), Copenhague (1980) y Nairobi (1985). Se describe la última conferencia por cuanto condensa y avanza sobre los objetivos planteados en las anteriores.

En 2013, se instituye el Consenso de Montevideo como conclusión de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe,¹⁶⁶ es decir, como parte del seguimiento de la Conferencia de El Cairo. En el marco de la garantía de la igualdad entre varones y mujeres, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y el respeto a los derechos humanos, en este Consenso se estableció que se debe “dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos”.

De igual forma, se reconoce que la falta de garantía de los abortos legales y la penalización, en general, del aborto, aumentan la mortalidad materna y las consecuencias negativas del aborto inseguro, derivadas de la clandestinidad. Por eso recomienda:

“Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguro y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos”.

La segunda conferencia mencionada, la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijín en 1995, es la que produce la plataforma de acción para el desarrollo de los objetivos relacionados con la promoción de la igualdad de género. En ella se reitera tanto la importancia del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto de acuerdo al marco legal local, como la obligación de los Estados de garantizar la protección de las mujeres contra las violencias, asegurando también el acceso a todos los medios de reparación justos y eficaces.¹⁶⁷

Esta conferencia también ha tenido tres reuniones de seguimiento, una cada cinco años desde su emisión. El mecanismo de seguimiento diseñado incluye una encuesta en la que cada Estado reporta el cumplimiento de los objetivos. Desafortunadamente, en materia de derechos sexuales y reproductivos el cumplimiento ha sido muy pobre o nulo. El acceso a la anticoncepción es el mejor indicador nacional, sin embargo no existe información acerca del uso y la información eficaz para su correcto uso. En relación con el ANP, tanto la causal salud como la CV reportan ser incumplidas sistemáticamente. Por ello, se ha recomendado, de manera general, reforzar los esfuerzos para garantizar el acceso al aborto legal e incluso estudiar la posibilidad de ampliar las causales o implementar el modelo de plazos para la penalización del aborto. Esto en el marco de la salud pública y los derechos humanos de las mujeres.

166. Denominada “Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014”, celebrada en Montevideo, del 12 al 15 de agosto de 2013.

167. En las reuniones quinquenales de seguimiento del cumplimiento de las metas establecidas se ha reiterado la necesidad de garantizar el acceso igualitario a servicios de salud, especialmente salud sexual y reproductiva para las mujeres. De igual manera, se ha marcado la desigualdad que genera la falta de acceso a los servicios de salud legales como el aborto.

El sistema interamericano de los derechos humanos

En el ámbito regional, la Organización de los Estados Americanos (OEA) ha reunido a todos los países del continente para, entre otras razones, desarrollar estándares continentales respecto de la garantía y protección de los derechos humanos. En ese marco se han desarrollado un conjunto de tratados generales y específicos sobre los derechos humanos, referidos a grupos particulares como mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad y pueblos indígenas, entre otros, para la protección especializada de sus derechos humanos. Estos instrumentos, como se dijo, han sido incorporados a la Constitución Nacional de la Argentina desde 1994 (art.75. inc. 22).

A continuación, presentamos un cuadro que describe la estructura básica (instituciones y tratados) de este sistema.

INSTRUMENTOS Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS	
INSTRUMENTOS	ESTRUCTURA
La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (sic), aprobada en 1948.	Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Es un órgano autónomo de la Organización de Estados Americanos cuya función es promover la observancia y defensa de los derechos humanos.
La Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica, suscrita el 22 de noviembre de 1969.	
Convención Americana de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo adicional firmado en San Salvador en 1998.	Corte Interamericana de Derechos Humanos. Es una institución judicial autónoma de la Organización de Estados Americanos cuyo objetivo es la interpretación y aplicación de los instrumentos de derechos humanos del sistema interamericano de los Derechos Humanos.
Convención Americana relativa a la abolición de la pena de muerte. Protocolo adicional aprobado en Paraguay en 1990.	
Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la tortura. Cartagena de Indias, 1985.	El Comité Jurídico Interamericano tiene el mandato, conforme a la Carta de la Organización de los Estados Americanos, de ser el cuerpo consultivo de la OEA en asuntos jurídicos de carácter internacional y de promover el desarrollo progresivo y la codificación del derecho internacional en la región.
Comisión Interamericana sobre la Desaparición Forzada de Personas. Belém Do Pará, Brasil, 1994.	
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, o Convención de Belém Do Pará, 1994.	La Asamblea General es el órgano supremo de la Organización y define sus políticas y acciones. Sostiene reuniones ordinarias anuales en las que se aprueban los mandatos de trabajo que deberá realizar la Organización.
Carta Democrática Interamericana, Lima, 2001.	

El sistema interamericano de derechos humanos cuenta con un tratado fundacional, la Convención Americana de los Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica, de 1969. Asimismo, existe un tratado especial sobre la violencia contra las mujeres: la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, firmada en 1994 en Belém do Pará, Brasil. En 1996, mediante la ley 24632 la Argentina incorporó esta Convención, que parte de que la violencia es una de las manifestaciones de la desigualdad social entre varones y mujeres, constituyéndola como violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Esta Convención establece la obligación de tomar todas las medidas necesarias, tanto legislativas como administrativas y judiciales, con el propósito de que la violencia contra las mujeres sea prevenida y sancionada, así como para garantizar a las víctimas de tales violencias el acceso efectivo al proceso judicial a fin de obtener no solo el castigo del agresor, sino la debida compensación y la reparación de los daños que les sean causados.

Para la implementación efectiva de dicha Convención, en 2004 se creó un proceso de evaluación y apoyo continuo, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (Mesecvi). Este Mecanismo de Seguimiento analiza los avances en la implementación de la Convención por sus Estados Parte, así como los desafíos persistentes en las respuestas estatales ante la violencia contra las mujeres.

El Mesecvi implica la presentación de un cuestionario por país, en el que se da cuenta de los avances y del estado de aplicación de la Convención en cada Estado. Entre las preguntas relevadas por el Mesecvi se encuentran las referidas al estado de aplicación de las causales de no punibilidad del aborto y, específicamente, al avance en la despenalización o garantía de los abortos en caso de peligro para la vida y de violación, que son los permisos mínimos requeridos para dar cumplimiento del derecho a vivir una vida libre de violencia y discriminación para las mujeres.

El segundo informe regional del Mesecvi,¹⁶⁸ presentado en 2012, corresponde a la fase de evaluación de la Segunda Ronda de Evaluación Multilateral (II REM) iniciada en abril de 2010. Respecto del aborto, el Informe analiza la legislación vigente en cada uno de los países de la región, señalando que la no convencionalidad de las legislaciones que determinan la ilegalidad absoluta del aborto en la región se da en cinco países (Salvador, República Dominicana, Chile y Saint Kitts y Nevis). Al mismo tiempo, advierte su preocupación por la falta de implementación y de garantía de acceso a las causales de no punibilidad mínimas exigidas por la Convención: aborto terapéutico y en casos de violación. Igualmente, reconoce barreras legales, como la interpretación restrictiva de los permisos, y barreras de hecho, como el exceso de procedimientos burocráticos y la exigencia de autorizaciones judiciales como requisito para la práctica del ANP.

Por otra parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos también se ha expedido sobre la necesidad de ampliar los marcos de permisión del aborto, como mínimo a los casos de peligro para la salud y de violación. Por primera vez se expidió exclusivamente sobre el tema en 2006, en una carta dirigida al gobierno de Nicaragua, en la que solicita que se revise la regulación sobre aborto, ya que la restricción de las causales del ANP que tuvo lugar en el poder legislativo local ese año contraviene el orden interamericano vigente.

168. Segundo Informe Hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará.

En 2007, la Comisión resuelve aceptar la solución amistosa en el caso *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs. México* (Petición 161-02), mediante el Informe N° 21/07. Es el caso de una niña de 13 años de edad víctima de violación a la que le fue negado un aborto legal pese a las reiteradas solicitudes, tanto de ella como de su madre. En esa oportunidad, además de reiterar la necesidad de ampliar los marcos de regulación del aborto en la región para asegurar que todas las mujeres víctimas de violencia sexual puedan acceder a abortos seguros, la Comisión recordó la importancia de que:

“los Estados adopten medidas de tipo penal, civil o administrativa, con la finalidad de garantizar que hechos como los ocurridos en este caso sean debidamente sancionados y no permanezcan en la impunidad. La CIDH ha manifestado reiteradamente que un acceso de jure y de facto a recursos judiciales idóneos y efectivos resulta indispensable para la protección de todos los derechos de las mujeres, así como también lo es el cumplimiento de los Estados de su obligación de actuar con la debida diligencia frente a violaciones de sus derechos humanos”.

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) se ha expedido sobre el tema puntualmente en 2013, en el caso de Beatriz (Resolución del 29 de mayo de 2013, asunto B), una mujer salvadoreña que requirió un aborto terapéutico y fue negado por las autoridades locales. Ante esto la Corte dicta medidas provisionales, ordenando que se arbitren los medios para que pueda efectuarse la práctica. Recuerda que los compromisos adquiridos en el marco de las convenciones interamericanas exigen a los países el respeto por los derechos humanos de las mujeres, en este caso la protección de los derechos a la vida y a la salud.

En el *Caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica*, la CIDH en su sentencia del 28 de noviembre de 2012 estudia a fondo la protección internacional del derecho a la vida. El caso planteado era sobre la prohibición del Estado de Costa Rica del uso de las tecnologías reproductivas para la procreación. Entre otros, la CIDH afirma que el marco internacional de los derechos humanos exige la protección de la autonomía reproductiva de las personas y los derechos humanos de las mujeres, de manera tal que la penalización del aborto en los casos de violación y peligro para la salud no resulta compatible con el derecho internacional de los derechos humanos, así como tampoco la negación del acceso al uso de la tecnología reproductiva para procrear.

Actualmente, la CIDH se encuentra decidiendo también en un caso presentado contra el gobierno costarricense, esta vez por la falta de garantía de acceso a los abortos terapéuticos permitidos por la legislación local. El caso conocido como “Aurora” fue presentado el agosto de 2013 y está a la espera de admisión para ser resuelto.

Legislación nacional

Una vez analizado el marco constitucional aplicable para la garantía de la CV, se examinarán las leyes nacionales relacionadas, es decir, sobre salud sexual y reproductiva, las violencias contra las mujeres (en particular la violencia sexual) y los derechos de niñas y adolescentes, así como de las mujeres con discapacidad mental. A continuación se presenta un cuadro con las principales leyes nacionales.

MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL ARGENTINO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y ABORTO (SELECCIÓN)

NORMATIVA

<p>Ley 23179 de aprobación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1985)</p>	<p>Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009) reglamentada por el decreto 1011/10. Crea el Observatorio de la Violencia contra las Mujeres en el ámbito del Consejo Nacional de la Mujer. Destinado a monitoreo, recolección, producción, registro y sistematización de datos e información sobre la violencia contra las mujeres.</p>
<p>Decreto Nacional 1426/92. Crea el Consejo Nacional de la Mujer. Cambia su denominación a Consejo Nacional de las Mujeres por el decreto 326/2010.</p>	<p>Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, Ministerio de Salud de la Nación (2007, actualizada en 2010).</p> <p>Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009) reglamentada por el decreto 1011/10. Crea el Observatorio de la Violencia contra las Mujeres en el ámbito del Consejo Nacional de la Mujer. Destinado a monitoreo, recolección, producción, registro y sistematización de datos e información sobre la violencia contra las mujeres.</p>
<p>Ley 24417 de Protección Contra La Violencia Familiar (sancionada en 1994). Decreto 235/96 reglamentario (1995).</p>	
<p>Ley 24632 de aprobación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de BELEM DO PARA (1996).</p>	
<p>Ley 25087. Desde esa fecha los llamados "Delitos contra la Honestidad" se denominan " Delitos contra la Integridad Sexual" (1999).</p>	
<p>Ley 26061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes (2005).</p>	<p>Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, Ministerio de Salud de la Nación (2007, actualizada en 2010).</p>
	<p>Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales, Ministerio de Salud de la Nación (2011).</p>

Como se explicó en el módulo I, en la Argentina el ANP existe desde 1922 en el artículo 86 del Código Penal de la Nación. Las causales desde ese momento han sido las mismas: peligro para la vida, peligro para la salud y causal violación.

“Artículo 86: Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo. El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”

Si bien desde su consagración la aplicación de los permisos ha sido deficiente de manera sostenida y sistemática, la interpretación de la CV ha sido especialmente disputada. En primer lugar por cuanto que la redacción del inciso segundo dio lugar a interpretaciones restrictivas derivadas de la pobre interpretación gramatical sobre el uso de las disyunciones en el idioma castellano. Adicionalmente, la interpretación conservadora e inexacta de las normas constitucionales y de derecho internacional ayudó a instalar dudas sobre el alcance del permiso, ya que se consideraba que únicamente estaban habilitadas para solicitar abortos no punibles en caso de violación las mujeres con discapacidad mental, “idiotas y dementes” en términos del art. 86. O, incluso, que los permisos en sí mismos eran inconstitucionales.¹⁶⁹

Todas las especulaciones acerca de la interpretación adecuada del inciso 2 del artículo 86 del Código Penal han sido clausuradas por la CSJN en su fallo del 13 de marzo de 2012, respecto del caso *FAL s/ medida autosatisfactiva*.¹⁷⁰

Ahora bien, en relación con el desarrollo normativo en torno a la violencia contra las mujeres, en el año 1994 se sanciona la primera ley nacional sobre violencia doméstica, ley 24417, que plantea la solución de los conflictos en sede civil bajo la responsabilidad de los jueces de familia. En los casos en que la violencia incluye lesiones serias, el Juez de Familia decide si pasa el caso a la jurisdicción penal, pero también se da la posibilidad a las víctimas de recurrir directamente a la policía, lo cual habilita automáticamente la vía penal y la posibilidad de hacer la denuncia directamente ante dicho fuero.

Con la sanción de la ley 25087 de 1999, que modifica algunos tipos penales para adecuarlos a los requerimientos de la perspectiva de género, se da un avance en materia de política criminal. Se modificó la denominación, pasó de llamarse “Delitos contra la Honestidad” a designarse “Delitos contra la Integridad Sexual”. Se amplió la definición de abuso sexual y violación y se tipificaron diferentes agresiones sexuales.

En 2009 se promulgó la ley 26485, que establece la obligación del Estado de prevenir, sancionar y erradicar las violencias contra las mujeres, estableciendo en cabeza de las mujeres de manera expresa el derecho a

169. Ver antecedentes de *FAL* de la CSJN.

170. Para mayor detalle ver módulo I.

vivir una vida libre de violencia y para las mujeres que sufran violencia el derecho a recibir toda la protección del Estado, para garantizar el acceso a la justicia y la debida reparación, sin ser sometidas a revictimización ni malos tratos.

Artículo 3: "Derechos Protegidos. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y en especial los referidos a:

- a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones.
- b) La salud, la educación y la seguridad personal.
- c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial.
- d) Que se respete su dignidad.
- e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la ley 25673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento.
- g) Recibir información y asesoramiento adecuado.
- h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad.
- i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley.
- j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres.
- k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización."

Dentro de las violencias contempladas en la ley se menciona, además de las que ya habían sido abarcadas por legislaciones anteriores, como las violencias física y sexual, a las violencias económica y simbólica. Adicionalmente, la ley explicita las modalidades en las que estas violencias se expresan en la sociedad; dentro de ellas es necesario remarcar las violencias reproductiva, institucional y obstétrica, que resultan apropiadas para la evaluación de la implementación del aborto no punible y son extensibles a la atención postaborto.

"Artículo 6: Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

- a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde esta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.

- b) **Violencia institucional contra las mujeres:** aquella realizada por los funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.
- c) **Violencia laboral contra las mujeres:** aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.
- d) **Violencia contra la libertad reproductiva:** aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la ley 25673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- e) **Violencia obstétrica:** aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25929.
- f) **Violencia mediática contra las mujeres:** aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres."

En el desarrollo de los preceptos de esta norma se crea un procedimiento judicial especial para atender casos de violencia de manera gratuita y con rapidez. De la misma forma, se ordena a todos los estamentos involucrados en la atención y reparación de los daños causados por las violencias contra las mujeres que adecuen sus procedimientos o los creen, con el fin de dar un acceso rápido, gratuito, integral y sin revictimización a las mujeres que han sido víctimas de violencias. A su vez, les impone la obligación de revisar sus prácticas y adecuarlas para que no se constituyan en nuevas violencias derivadas de la atención deficiente o la falta de acceso a los servicios, en el caso del tema tratado en este documento, la práctica de abortos no punibles.

En desarrollo de esta obligación, el Ministerio de Salud de la Nación llevó a cabo el Protocolo de Atención a Personas Víctimas de Violaciones, que establece dentro de su paquete básico de tratamiento el que "incluye el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) o, si ya se produjo el embarazo, el acceso al aborto no punible, el tratamiento antirretroviral para prevención del VIH y los tratamientos para otras ITS, además de una serie de vacunas". Lamentablemente este protocolo no considera la IVE como parte del paquete de prestaciones disponibles para las mujeres que atravesaron violencia sexual.

Para la práctica del ANP el protocolo remite a la Guía Técnica de Atención Integral de Abortos No Punibles del Ministerio de Salud de la Nación, que contiene las pautas legales y científicas. A pesar de haber sido emitida dos años antes del fallo, la Guía contiene los lineamientos generales establecidos por la CSJN. Esto se debe a que la Corte únicamente reafirmó la interpretación de los permisos que se desprende de la interpretación adecuada de la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos. Sin embargo, es necesario recordar que la exigencia de la denuncia policial o judicial de la violación no es requerida legalmente y, por lo tanto, no puede ser exigida como condición para la práctica del ANP en la CV.

SENTENCIAS

Tribunales Nacionales

- Corte Constitucional Colombiana, Auto 092 de 2008.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-616 de 1997.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-355 de 2006.
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-78 de 2010.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-79 de 1994.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-145 de 1996.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-290 de 1996.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-209 de 2008.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-298 de 1994.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-388 de 2009.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-393 de 1997.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-420 de 1992.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-585 de 2010.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-590 de 1996.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-656 de 1998.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-667 de 1997.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-751A de 1999.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-383 de 2000.
- Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-988 de 2007.
- Supreme Court of Canada, *R. Morgentaler v. The Queen*, 1988.
- Tribunal de Menores Nro. 1 del Departamento Judicial de Mar del Plata, Sentencia del 14 de febrero de 2007, en causa Nro. 40.939 «O. M. V.».
- Family Planning Association of Northern Ireland v. Minister for Health, Social Services and Public Safety [2004] 39, *Northern Ireland Court of Appeals*.
- Juzgado Correccional de la Quinta Nominación de Santa Fe, Resolución 1576, libro de fallos 18, folio 471 del 11 de agosto de 2008 (conocido como "Ana María Acevedo").
- Corte Constitucional Colombiana, Caso de Silvia Juliana Arguello Gil, T-2606661, pendiente.
- College of physicians and surgeons of Ontario. 2005, «Confidentiality of Personal Health Information», Policy Statement.

Tribunales y otros foros internacionales

- *Tysiack vs. Poland*, App Nro. 5410/03, Eur. Ct. H.R. (2007).
- *Rosendo Cantú y otra c. México*, Corte Interamericana de Derechos Humanos (Serie C) Nro. 216, Sentencia del 31 de agosto de 2010.
- *Miguel Castro Castro c. Perú*, Corte Americana de Derechos Humanos (Serie C) Nro. 160, Sentencia del 25 de noviembre de 2006.
- *Fernández Ortega y otros c. México* (Serie C) Nro. 215, Sentencia 30 de agosto de 2010.
- *González y otras ("Campo Algodonero") c. México*, Corte Interamericana de Derechos Humanos (Serie C), Nro. 205, Sentencia del 16 de noviembre de 2009.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe 21/07 en el marco de la Petición 161/02, *Caso Paulina vs. México*, 2007.

- Comunicación Nro. 1608/2007, *LMR c. Argentina*, Dictamen del Comité de Derechos Humanos.
- Comité de Derechos Humanos, Dictamen en el caso *KLH c. Perú*, Comunicación Nro. 1153/2003, ONU, 2005.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Caso María da Penha Maia Fernández*, Informe 54/01, 2001.
- U.N. War Crimes Comm'n, Trial of Ulrich Greifelt and Others, 8 Law Reports of Trials of War Criminals 1-3 (1949).
- *Claude Reyes y otros c. Chile*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 19 de septiembre de 2006.
- Corte Europea de Derechos Humanos, *Open Door Counselling and Dublin Well Woman Centre and Others vs. Irlanda*.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. "Una aproximación al enfoque de derechos humanos en las estrategias y políticas de desarrollo", en Erazo, X., M. Martín y H. Oyarce (eds.). *Políticas públicas para un Estado social de derechos: el paradigma de los derechos*, vol. 1. Santiago de Chile, LOM Ediciones, 2007.
- Alcaraz, M. J. "Presentó su renuncia la jueza que frenó un aborto no punible en ciudad", *Infojus*, 25/05/13. Disponible en: <http://www.infojusnoticias.gov.ar/nacionales/renuncio-la-jueza-que-freno-un-aborto-no-punible-en-la-ciudad-339.html>
- Bellucci, M. "Women's struggle to decide about their own bodies: Abortion and sexual rights in Argentina", en *Reproductive Health Matters*, vol. 5, Nro. 10, 1997, pp. 99-106.
- Bergallo, P. "El acceso al aborto por la causal violación: pautas para la interpretación y aplicación de la normativa vigente en la Ciudad de Buenos Aires", en Chinkin, C. (ed.). *Violencia de género: estrategias de litigio para la defensa de los derechos de las mujeres*. Buenos Aires, Ministerio Público de la Defensa, 2012.
- Bergallo, P. y A. González Vélez. *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico*. Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia), Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/ANDAR (México), Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro/CLACAI y Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia/FLASOG, 2012.
- Bergallo, P. y A. Ramón Michel. "El aborto no punible en el derecho argentino". Buenos Aires, CEDES, FEIM, IPPF-RHO, Despenalización.org, 2009.
- Beauchamp, T. y J. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York, Oxford University Press, 2001.
- Bianco, M. y A. Mariño. "Dos caras de una misma realidad". Buenos Aires, Fundación para el Estudio y la Investigación de la Mujer (FEIM), 2010.
- Boland, R. "Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations", en *Reproductive Health Matters*, vol. 18, Nro. 36, 2010, pp. 67-89.
- Boland, R. y L. Katzive. "Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007", en *International Family Planning Perspective*, vol. 34, Nro. 3, 2008, pp. 110-120.
- Bourassa, D. y J. Berubé. "The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy", en *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, vol. 29, Nro. 5, 2007, pp. 415-423.
- Brussino, S. El caso Ana María Acevedo. UNESCO-UNL-REDBIOÉTICA, 2008.
- Bruyn, M. *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*. Chapel Hill, Carolina del Norte, IPAS, segunda edición, 2003.
- Carbajal, M. "Penalizar el aborto afecta la salud de las Mujeres. Entrevista a Víctor Abramovich, vicepresidente segundo de la CIDH". *Página 12*, sección Sociedad, 9 de marzo de 2007.
- ---- *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires, Paidós, 2009.
- ---- "La sentencia que hizo justicia por Ana María". *Página 12*, sección Sociedad, 12 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-145543-2010-05-12.html>
- ---- "El caso Ana María Acevedo". *Página 12*, sección Sociedad, 25 de abril de 2010. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/3-46450-2010-04-25.html>
- Cárdenas, E. *Los derechos sexuales y reproductivos en la legislación argentina*. Buenos Aires, CONDERS, 2008.

- Carrillo Fabela, L. *La responsabilidad profesional del médico*. México, Porrúa, 1998.
- Castro S., R. "Iniciativa FIGO de Prevención del Aborto Inseguro: Visión desde el Ministerio de Salud", en *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol.74, Nro. 2, 2009, pp. 73-76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000200001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000200001>
- Cavallo, M. y J. Amette. *Aborto no punible a nueve meses de "FAL. s/ medida autosatisfactiva". ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?* Buenos Aires, Asociación por los Derechos Civiles (ADC), 2012.
- Chejter, S. y B. Ruffa. *Mujeres víctimas de violencia sexual. Proteger, recuperar y reparar*. Buenos Aires, Centro de Encuentros, Cultura y Mujer (CECYM), 2002.
- Chiarotti, S. "El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina", en Checa, S. (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Chiarotti, S., M. Jurado y G. Schuster. "El embarazo forzado y el aborto terapéutico en el marco de los derechos humanos", en *Aborto no punible*. Concurso de ensayo "Peligro para la vida y salud de la madre". Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos, 1997.
- Claramunt, M. C. y M. Vega-Cortés. "Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica. Informe subregional: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua", en Serie Género y Salud Pública 14. San José, Costa Rica, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, 2003.
- Coker A. L. et al. "Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering", en *Am J Public Health*, Nro. 90, 2000.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario. Confidentiality of Personal Health Information del College of physicians and surgeons of Ontario. Canadá, Policy Statement # 8-05, 2005
- Contreras, J. M., S. Bott, A. Guedes y E. Dartnall. *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Pretoria, Sudáfrica, Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- Connell, R. W. *The men and the boys*. Cambridge, Polity Press, 2000.
- Cook, R. y B. Dickens. Los criterios éticos y jurídicos del "feto como paciente", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Nro. 83, 2003, 85-91. Disponible en: <http://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP24-fetal-patient.pdf>
- Cook, R. J., B. M. Dickens y M. F. Fathalla. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics, and law*. Oxford, Clarendon Press, 2003.
- Cook, R. J. y S. Howard. "Accommodating women's differences under the women's anti-discrimination convention", en *Emory Law Journal*, abril de 2007, pp. 1039-1091.
- Di Corleto, J. "Introducción", en Di Corleto, J. (comp.). *Justicia, género y violencia*. Buenos Aires, Librería / Red Alas, 2011.
- ---- "Límites a la prueba del consentimiento en el delito de violación", en *Pensamiento Penal*, ed. 83. Buenos Aires, Nueva Doctrina Penal, 2006. Disponible en: <http://new.pensamientopenal.com.ar/01052009/genero66.pdf>
- Dobash, R. E. y R. P. Dobash. *Violence against wives*. Nueva York, Free Press, 1979.
- Drane, J. "Competency to give an Informed Consent. A model for Making Clinical Assesments". *JAMA*, 1984.
- Ellsberg, M. "Sexual violence against women and girls: Recent findings from Latin America and the Caribbean", en Jejeebhoy, S. J., I. Shah y S. Thapa (eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Zed Books, 2005.

- Eser, A. y H. Koch. *Abortion and the law: from international comparison to legal policy*. La Haya, T.M.C. Asser Press, 2005.
- Faúndes, A. y J. Andalaft. *Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil*. Simposio 2001 "Violencia de género, salud y derechos en las Américas". Cancún, México, junio 4 al 7, 2001.
- Ferrante, M. "Sobre la permisividad del derecho penal argentino en el caso de aborto", en Bergallo, P. (comp.). *Aborto y justicia reproductiva*. Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011.
- Fisher, W. et al. "Characteristics of women undergoing repeat induced abortion", en *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, Nro. 5, 2005, pp. 637-641.
- Forment, E. "Prenotados básicos: racionalidad y personalidad", en *Cuadernos de Bioética*, Nro. 35, 3, 1999, pp. 492-503.
- Gasman, N. et al. *Violencia sexual en México. Informe nacional sobre violencia y salud*. Ciudad de México, Secretaría de Salud (SSA), 2006.
- Gioberchio, Graciela. "La Justicia frenó un aborto no punible y la Ciudad va a apelar". *Clarín*, 10 de octubre de 2012. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/Justicia-aborto-punible-Ciudad-apelar_0_789521134.html
- González Vélez, A. "Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe", en *Asuntos de género*, Serie CEPAL, Nro. 110, diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/45264/P45264.xml&xsl=/mujer/tpl/p9f.xsl>
- ---- "¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia". Serie CEPAL Mujer y Desarrollo, Nro. 104. Santiago de Chile, 2010.
- González Vélez, A. (coord.). *Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Montevideo, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres- Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008. Disponible en: <http://www.genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/0/6/1160-CausalSalud.pdf>
- Gracia, D. "La deliberación moral: el método de la ética clínica", en *Medicina Clínica*, vol. 117, Núm. 01, 2001. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j62.pdf>
- ---- *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema, 1991.
- ---- "¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos", en *Bioética, temas y perspectivas*. Washington DC, OPS, 1990, pp. 187-201.
- Harris, L. "Reconocer las motivaciones de conciencia en la prestación del aborto", en *Engl J Med*, 367:981-983, septiembre 13 de 2012.
- Harris, L. y D. Grossman. "Haciendo frente al desafío del aborto en el segundo trimestre", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Nro. 115, 2011, pp. 77-79.
- Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
- Heise, L., J. Pitanguy y A. Germain. *Violence Against Women, The Hidden Health Burden*. Washington DC, The World Bank, 1994.
- *Human Rights Watch*. "¿Derecho o ficción?" *La Argentina no rinde cuentas en material de salud reproductiva*. Buenos Aires, HRW, 2010.
- IPAS. "Peligro a la vista: Cómo la restricción del acceso de las adolescentes al aborto pone su vida y salud en peligro". Hoja Informativa, diciembre de 2005. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/Peligro_a_la_vista_Como_la_restriccion_del_acceso_de_las_adolescentes_al_aborto_pone_su_vida_y_salud_en_peligro.aspx
- IPAS. "Asuntos de aborto con medicamentos". Chapel Hill, mayo de 2013. Disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/News/Newsletter-Articles/New-findings-support-both-outpatient-medical->

abortion-up-to-10-weeks-gestation-and-home-us.aspx

- Jewkes, R., P. Sen y C. García-Moreno. "Sexual violence", en Krug, E. G. et al. (eds.). *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002.
- Juliá, S. "L.M.R. vs. Estado Argentino. Patrón de violaciones", en Díaz, E., et al. *L.M.R. contra Estado Argentino: Acceso a la Justicia en un caso de Aborto Legal*. Buenos Aires, Católicas por el Derecho a Decidir, Insgenar, Cladem y Ministerio de Asuntos Exteriores de la Cooperación, 2011.
- Lagarde, Marcela. "Violencia Femicida y Derechos Humanos", en Bullen, M. y C. Dies Mintegui (comps.). *Retos teóricos y nuevas prácticas*. México, UNAM, 2008.
- Lara, D. et al. "El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México", en *Gaceta Médica de México*, vol. 39, suplemento 1. México DF, Academia Nacional de Medicina de México, 2003.
- *La Nación*. "Presentan una denuncia penal contra Macri por la suspensión de un aborto no punible". 10 de octubre de 2012. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1515961-presentan-una-denuncia-penal-contra-macri-por-la-suspension-de-un-aborto-no-punible>
- *La Nación*. "La Corte autorizó que se practique el aborto no punible que se había suspendido". 11 de octubre de 2012. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1516433-la-corte-autorizo-que-se-practique-el-aborto-no-punible-en-la-ciudad>
- Londoño, M. L. *Embarazo por violación: la crisis múltiple*. Cali, Fundación Servicios Integrales para la Mujer (SÍ-MUJER), 2000.
- Marlasca, A. "Introducción a la bioética". Universidad Nacional de México (UNAM), versión electrónica, 2002.
- Menéndez, V. "Iniciativas regulatorias para el acceso al aborto no punible", en Bergallo, P. (comp.). *Aborto y justicia reproductiva*. Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011.
- Mollmann, M. *La violencia sexual contra las mujeres, la impunidad, y los derechos humanos*. Human Rights Watch, 2005.
- Myhill, A. y J. Allen. "Findings from the British Crime Survey", en *Rape and sexual assault of women: the extent and nature of the problem*. Home Office Research Study 237, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2002.
- Naishtat, S. "Macri anunció el primer aborto legal de la ciudad". *Clarín*, 5 de octubre de 2012. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/Macri-anuncio-primer-aborto-Ciudad_0_786521527.html
- Núñez Marín, R. y L. Zuluaga Jaramillo. "La violencia sexual como una forma de tortura en el derecho internacional de los derechos humanos", en *Criterio Jurídico*, Cali, vol. 11, Nro. 1, 2011.
- Olukoya, A. et al. "Unsafe Abortion in Adolescents", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, 2001, pp. 137-147.
- OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud - 2013. Ginebra, OMS, 2013. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/bibliografia_buscar.asp
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
- OPS. Bioética. Temas y perspectivas. Publicación científica Nro. 527. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 1990.
- Orquez, E. G., B. G. Raineri y L. M. Bravo. "La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado", en *Rev. Méd. Chile*, vol. 132, Nro. 10,

2004, pp. 1243-1248. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000013&lng=es&nrm=iso

ISSN 0034-9887

dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004001000013

- Ortiz Mariscal, J. y L. Távara Orozco. *Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres*. Lima, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2011.
- Ramos, S., P. Bergallo, M. Romero y J. Arias Feijoó, con la colaboración de Agustina Ramón Michel. "El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en Argentina", en *Derechos humanos en Argentina*, Informe 2009. Buenos Aires, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)-Siglo XXI, 2009.
- Ramón Michel, A. "El aborto legal y seguro en la Argentina", en *Página 12*, sección Sociedad, 20 de febrero de 2013.
Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-214242-2013-02-20.html>
- Ramón Michel, A. "El fenómeno de inaccesibilidad al aborto no punible", en Bergallo, P. (comp.). *Aborto y justicia reproductiva*. Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011.
- Roth, R. "En búsqueda del Estado: ¿Quién gobierna los derechos reproductivos de las mujeres en situación de prisión?", en Bergallo, P. (comp.). *Justicia, género y reproducción*. Buenos Aires, Librería, RedAlas, 2010.
- Richey, C. y R. M. Salem. "Elements of Success in Family Planning Programming", en *Population Reports*, Series J, Nro. 57, INFO Project. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2008.
- Ruiz-Pérez, I., P. Blanco-Prieto y C. Vives-Cases. "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio-sanitarias", en *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl. 2), 2004.
- Russo, N. y J. Denious. "Understanding the relationship of violence against women to unwanted pregnancy and its resolution", en Beckman, L y M. Harvey (eds.). *The new civil war: The psychology, culture, and politics of abortion*. Washington DC, American Psychological Association, 1998.
- Salas Perea, R. S. "Principios y enfoque bioéticos en la Educación Médica Cubana", en *Educ Med Super*, 1996, vol. 10, Nro. 1, pp. 7-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411996000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2141
- Sagot, M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países)*. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000.
- Schneider, E. "La violencia de lo privado", en Di Corleto, J. (comp.). *Justicia, género y violencia*. Buenos Aires, Librería-RedAlas, 2010.
- Siegel, R. "Reasoning from the Body: A Historical Perspective on Abortion Regulation and Questions of Equal Protection", 44 *Stan. L. Rev.* 261, 1992, pp. 362-363.
- Silverman, J. et al. "Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women", en *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 114, Nro. 10, 2007, pp. 1246-1252.
- Simón, P. "Capacidad o Competencia", en *El consentimiento informado*. España, Triacastela, 2000, pp. 337-338.
- Távara Orozco, L. et al. *Disponibilidad y uso obstétrico del Misoprostol en los países de América Latina y el Caribe*. Lima, CLACAI, 2011. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/173>

- Tessa, S. "Historia clínica: muy dolorida/desesperación". *Página 12*, sección Salud, 18 de enero de 2008. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-3860-2008-01-18.html>
- U.N. War Crimes Comm'n, Trial of Ulrich Greifelt and Others. 1949.
- Vargas, G., P. Santana y S. Molina. *Violencia Sexual y aborto: conexiones necesarias*. Santiago, Red Chilena de Violencia doméstica y sexual, 2008.
- WHO. "Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence". Geneva, World Health Organization (WHO), 2013.
- WHO. "Preventing intimate partner violence and sexual violence against women. Taking action and generating evidence". Geneva, World Health Organization (WHO), 2010.
- Women's Link Worldwide (WLW). *Manual constitucional para la práctica de IVE. Lineamientos constitucionales para el ejercicio del derecho al aborto en Colombia*. Bogotá, WLW, 2010. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_pubs/es_pub_manualIVE.pdf
- Wood, E. J. "Violencia sexual durante la guerra: hacia un entendimiento de la variación", en *Análisis político*, Nro. 66, Bogotá, mayo-agosto de 2009.
- Wu, J., S. Guo y C. Qu. "Domestic violence against women seeking induced abortion in China", en *Contraception*, vol. 72, Nro. 2, 2005, pp. 117-121
- Yamin, A. "Hacia una rendición de cuentas transformadora: aplicando un enfoque de derechos Humanos para satisfacer las obligaciones en relación a la salud materna", en *Revista Sur*, vol. 7, Nro. 12, 2010, pp. 99-127.
- Zamberlin, N. Hoja Informativa Nro. 3, "El aborto en la Argentina", junio de 2007. Buenos Aires, CEDES, FEIM, 2007.
- Zampas, C. y J. Tood-Gher. "El aborto como un derecho humano: estándares regionales e internacionales", en Bergallo, P. (comp.). *Aborto y justicia reproductiva*. Buenos Aires, Del Puerto, 2011.



AMNISTÍA
INTERNACIONAL

