

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Capítulo I

Circunstancias, plazos y condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 1° – *Interrupción voluntaria del embarazo*. Toda mujer tiene derecho a decidir sobre la interrupción voluntaria de su embarazo durante las primeras doce semanas del proceso gestacional, en las condiciones que establece la presente ley.

Art. 2° – *Requisitos*. Para ejercer el derecho que establece el artículo anterior, será suficiente la declaración de la mujer ante el/la médico/a tratante sobre las razones que a su criterio le impidan continuar con el embarazo, ya sean económicas, sociales, familiares o etarias.

Art. 3° – *Consentimiento informado*. En los casos en que la mujer embarazada decida interrumpir el proceso gestacional en curso, el/la médico/a tratante deberá:

- a) Informar a la mujer embarazada, explicándole de manera clara y acorde a su capacidad de comprensión sobre la posibilidad de la interrupción del embarazo y sobre las posibilidades de adopción y de los programas de apoyo económico y médico a la maternidad;
- b) Dejar constancia en la historia clínica de haber proporcionado a la mujer la información indicada en el artículo anterior;
- c) Registrar el consentimiento informado de la mujer a través de una declaración de voluntad autorizando la interrupción de su embarazo, avalada con su firma, la cual se deberá adjuntar a la historia clínica.

Art. 4° – *Asistencia psicológica*. Los establecimientos asistenciales del sistema de salud público, privado u obras sociales en donde se realice la interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley deberán brindar apoyo psicológico a la mujer, antes y después de la intervención, con relación a la interrupción del embarazo, gozando de prioridad en la asignación de turnos.

Art. 5° – *Excepciones*. Fuera de lo establecido en el artículo 1°, la interrupción voluntaria del embarazo sólo podrá realizarse cuando el hecho de seguir adelante con el proceso gestacional signifique un riesgo para la vida o la salud física o psíquica de la mujer, cuando el producto de la gestación sufra una patología incompatible con la vida extrauterina o cuando el embarazo provenga de una violación.

Art. 6° – *Plazos*. Para todos los casos de interrupción voluntaria del embarazo contemplados en la presente ley se procederá a la realización de dicha práctica médica en un plazo no mayor de seis (6) días.

Si se tratará de una situación de alto riesgo para la vida o la salud integral de la mujer, la realización de la práctica médica debe proceder con la urgencia que el caso requiera de acuerdo con la opinión del/la médico/a tratante y la mujer.

Capítulo II

Consentimientos especiales

Art. 7° – *Interrupción del embarazo de mujer menor de edad*. En los casos de mujeres menores de 14 años, se requerirá el consentimiento de sus representantes legales.

Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno de ellos, se recurrirá a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes declaren la irracionalidad del disenso o suplan el consentimiento.

Art. 8° – *Interrupción del embarazo de mujer incapaz*. Para los casos de mujer enferma mental declarada incapaz en juicio se requiere el consentimiento informado prestado por el/la representante legal, debiendo ser acreditado dicho carácter con la correspondiente documentación. En los supuestos en los que medie urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada respecto de su carácter de representante legal. El/la manifestante, en este supuesto, quedará obligado/a a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva que acredite efectivamente su carácter de representante legal.

En caso de negativa injustificada del/la representante legal a consentir el acto médico, se procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil.

Capítulo III

Disposiciones generales

Art. 9° – Las interrupciones de embarazos que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico incluido en el Programa Médico Obligatorio. Todos los servicios asistenciales del sistema de salud público, privado u obras sociales tendrán la obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias.

Será responsabilidad de las instituciones señaladas en el párrafo anterior, el establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas para posibilitar a las mujeres el acceso a dichas intervenciones en los plazos establecidos por la ley.

Art. 10. – *Profesionales de la salud.* Las prácticas médicas que se lleven a cabo en el marco de lo establecido por esta ley sólo podrán ser realizadas por un/a profesional o equipo de profesionales médicos/as y desarrollarse en servicios o establecimientos públicos, privados o de obras sociales que dispongan de adecuada estructura física e instrumental y cuenten con el personal calificado necesario.

Art. 11. – *Objeción de conciencia.* Toda persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica médica enunciada en los artículos 1° y 5° de la presente ley.

Independientemente de la existencia de médicos/as y/o personal auxiliar que sean objetores/as de conciencia, el establecimiento asistencial del sistema de salud público, privado o de obras sociales deberá contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que esta ley le confiere a la mujer.

Los reemplazos o sustituciones que sean necesarias para obtener dicho fin serán realizados en forma inmediata y con carácter de urgente por las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda y, en su defecto, por el Ministerio de Salud.

Ninguna objeción de este tipo, aunque sea fundada en los términos de este artículo, podrá ser invocada para eludir el deber de participar en un tratamiento que sea de carácter urgente.

Art. 12. – *Oportunidad para declarar la objeción de conciencia.* La objeción de conciencia debe ser declarada por el/la médico/a o personal auxiliar al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento asistencial del sistema de salud público, privado u obras sociales y debe existir un registro público nacional de dicha declaración.

Las mujeres deberán ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médico/a tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo.

Las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo el tratamiento por parte de los/las profesionales de la salud constituirán actos sujetos a la responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente.

Art. 13. – *Registro estadístico.* El/la médico/a que intervenga en la interrupción voluntaria del embarazo o sus complicaciones, deberá dar cuenta del hecho, sin revelación de nombres, al sistema estadístico del Ministerio de Salud.

Art. 14. – *Instrucciones.* El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, instruirá debidamente a los/las médicos/as y funcionarios/as que se desempeñan en el sistema de salud sobre el procedimiento.

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, instruirá debidamente a los/las médicos/as y funcionarios/as que se desempeñan en el sistema de salud sobre el procedimiento establecido por esta ley, dentro del plazo de quince (15) días desde su promulgación.

Art. 15. – *Intervención judicial o administrativa.* En ningún caso de interrupción voluntaria del embarazo realizada en concordancia con lo dispuesto en la presente ley se requerirá la intervención o autorización de ninguna autoridad judicial o administrativa para resolver sobre la conveniencia u oportunidad o sobre los métodos a emplear. Cualquier decisión que adopte el/la profesional de la salud deberá basarse exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de la mujer embarazada.

Art. 16. – *Prestaciones estatales.* Los efectores del subsector estatal de salud que brinden la prestación regulada por la presente ley, podrán requerir que se les abonen las prestaciones ofrecidas a adherentes del subsector privado o a beneficiarias de las obras sociales; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

Capítulo IV

Modificación del delito de aborto

Art. 17. – *Delito de aborto.* Modifíquese el artículo 85 del Código Penal, que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 85: Quien causare o coopere a causar la interrupción de un embarazo fuera de las circunstancias, plazos y condiciones establecidas en la ley, comete el delito de aborto y será reprimido/a con prisión de tres meses a seis años. Esta pena podrá elevarse hasta 10 años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

Art. 18. – *Aborto sin consentimiento de la mujer.* Modifíquese el artículo 86 del Código Penal, que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 86: Incurrirán en la pena de tres a diez años de prisión y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los/as médicos/as, cirujanos/as y/o parteros/as que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo cuando no mediare el consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

Art. 19. – Modifíquese el artículo 88 del Código Penal, que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 88: El aborto practicado por un/a médico/a diplomado/a con el consentimiento de la mujer embarazada, no es punible. Tampoco será punible la tentativa de la mujer.

Capítulo V

Disposiciones finales

Art. 20. – *Entrada en vigor.* La presente ley entrará en vigencia a partir de los treinta días de su publicación.

Art. 21. – Comuníquese al Poder Ejecutivo.

María J. Lubertino Beltrán.

FUNDAMENTOS

Señor presidente:

El objeto de este proyecto de ley es ponerle fin a una situación profundamente preocupante que se viene dando en nuestro país desde hace ya mucho tiempo en relación con la violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los que se reconocen universalmente como derechos humanos básicos. Las causas que la originan son múltiples: factores ideológicos, sociales, políticos, religiosos y atinentes a la gestión pública; pero lo relevante y alarmante son las consecuencias que esto genera, es decir, los ya conocidos y elevados índices estadísticos de mortalidad femenina por causas de abortos clandestinos que recaen sistemáticamente sobre las mujeres más pobres.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales, entre ellos se encuentran el derecho de toda persona a la educación sexual, a la información y acceso a todos los métodos anticonceptivos, a una vida sexual libre de violencia, a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad y gratuidad para el caso que resulte necesario, al derecho a tener autonomía sobre el propio cuerpo, por nombrar sólo algunos. En el marco del derecho internacional surgen del juego armónico de una serie de derechos humanos expresamente consagrados:

- El derecho a la salud, a la salud reproductiva y a la planificación familiar.
- El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad.
- El derecho a no ser sometido/a a tortura ni a otro tipo de castigos o de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes.
- El derecho a no ser agredido/a ni explotado sexualmente.
- El derecho a no ser discriminado/a por cuestiones de género.
- El derecho a la privacidad.
- El derecho a decidir el número de hijos/as y el espaciamiento de los nacimientos.
- El derecho a disfrutar del progreso científico.
- El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra las mujeres.
- El derecho a casarse y a constituir una familia.

Numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos consagran los derechos antes mencionados: Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 1º, 3º, 5º, 7º, 16, 25, 27 y 28); Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículos I, II, V, VI, VII y XI); Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículos 4º, incisos 1º, 5º, incisos 1º y 2º, 7º, incisos 1º, 11, incisos 1º, 2º y 3º, 17, 24 y 26); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 10, incisos 1º y 2º y 12); Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (artículo 6º, incisos 1º, 7º, 9º, incisos 1º, 17, 23, 26) ; Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículos 2º, 3º, 12 y 16, inciso e); Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (artículo 2º, inciso 1º).

Es importante destacar que todos los instrumentos citados en el párrafo anterior gozan de jerarquía constitucional por haber sido incorporados a nuestra Norma Fundamental en su artículo 75, inciso 22 luego de la reforma constitucional de 1994. Igualmente, la Constitución Nacional –aun antes de la reforma mencionada– consagraba estos derechos en sus artículos 14 bis, 19 y 33.

Debe tenerse en cuenta que la Corte Suprema de Justicia de la Nación tiene dicho en relación con la jerarquía constitucional de los instrumentos internacionales que: “ha sido establecida por voluntad expresa del constituyente, ‘en las condiciones de su vigencia’ (artículo 75, inciso 22, párrafo 2º), esto es, tal como la Convención citada efectivamente rige en el ámbito internacional y ‘considerando particularmente su efectiva aplicación jurisprudencial por los tribunales internacionales competentes para su interpretación y aplicación [...]’” (CSJN, “Girolidi”, ver su texto en “La Ley”, 1995-D, 461). Esta doctrina judicial convierte a las manifestaciones de los organismos internacionales de derechos humanos –por ejemplo el Comité de Derechos Humanos de la ONU, el Comité sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, la Comisión de Derechos Humanos o la Corte Interamericana de Derechos Humanos de la OEA–, en fuentes de nuestro sistema jurídico a las que debe recurrirse cuando, como es el caso que nos ocupa, se trata de establecer el alcance de un derecho consagrado expresamente en algún instrumento internacional que integra el bloque de constitucionalidad federal.

Así, deben tenerse en cuenta las recomendaciones efectuadas a la Argentina por el Comité de Derechos Humanos en el año 2000. En aquella oportunidad, el Comité de Derechos Humanos afirmó: “Preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite”. “El Comité expresa también su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado”. “El Comité recomienda además que se reexaminen periódicamente las leyes y las políticas en materia de planificación familiar. Las mujeres deben poder recurrir a los métodos de planificación familiar y al procedimiento de esterilización y, en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención”.

En el mismo orden de ideas, en 1997, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ya había recomendado a nuestro país revisar la legislación referida al aborto, así como también incrementar los esfuerzos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas.¹ En el 2002, el Comité volvió a interrogar al gobierno sobre que pasos se habían dado para garantizar el aborto seguro en los casos legalmente autorizados.

Por otra parte, en el año 1994 se llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo), en la que se definió a la salud reproductiva como “...el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. También incluye la salud sexual [...] En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos...”. Esta conferencia además sostuvo que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos humanos”. Asimismo, se estableció que los Estados deben “...capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud [...] para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible”.² Todos los conceptos vertidos en la Conferencia de El Cairo fueron ratificados y ampliados posteriormente en el año 1995 con la Conferencia de Beijing que produjo dos documentos, a los que se conoce como la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción de Beijing. La Plataforma de Beijing va más allá cuando reconoce el derecho de las mujeres a controlar su propia sexualidad y sus relaciones sexuales, y a decidir sobre estas cuestiones en condiciones de igualdad con los hombres.

En la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para revisar la implementación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 (Nueva York, 2000) Mujer 2000: Igualdad de Género, Desarrollo y Paz para el Siglo XXI (también conocida como Beijing+5), el documento estableció que los Estados deben lograr que la reducción de la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad constituyan una prioridad del sector de la salud y que las mujeres tengan fácil acceso a cuidados obstétricos esenciales, servicios de salud materna bien equipados y dotados, el personal adecuado, asistencia de alto nivel profesional en los partos y remisión y traslado efectivos a niveles de atención superiores...³. En cuanto al aborto, establece que “aunque se han adoptado medidas en algunos países, no se han aplicado plenamente las disposiciones contenidas en los párrafos 106 j) y 106 k) de la Plataforma de Acción, relativas a la repercusión sobre la salud de los abortos realizados sin condiciones de seguridad y a la necesidad de reducir el número de abortos”⁴. Fue en esta Asamblea General donde la República Argentina hizo caer las declaraciones y reservas efectuadas anteriormente con respecto a las previsiones de las Plataformas de El Cairo (1994) y Beijing (1995) que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos.

No instrumentar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad y gratuidad para quienes así lo necesitan vulnera el derecho a vivir una vida plena y saludable. La salud constituye, según la Organización Mundial de la Salud, "...un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades"⁵ que el Estado debe garantizar en sus diversas dimensiones. Asimismo, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la dignidad, piso básico de los demás derechos humanos que deben ser salvaguardados en la mayor medida posible.

La negativa a reglamentar la interrupción voluntaria del embarazo constituye una violación a los derechos humanos básicos reconocidos y protegidos por nuestra legislación interna, así como también por los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional.

La realidad en datos estadísticos

Según el Ministro de Salud de la Nación en Argentina se realizan más de medio millón de abortos por año.⁶

Según los últimos datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación, las cifras en todo el país indican una tasa de mortalidad materna del 4.3 cada 10.000 nacidos vivos⁷ y un total de 92 por embarazos terminados en aborto cada 10.000 nacidos vivos⁸ (con subregistro), siendo ésta la principal causa de muerte materna. Según el documento oficial enviado a las Naciones Unidas⁹ un estudio realizado en Capital Federal mostró que las muertes por aborto eran cerca de 80 % más que las registradas. Se trata de mujeres sanas que mueren por causas sólo relacionadas al hecho reproductivo. Esto indudablemente muestra problemas relativos a la cobertura y calidad de los servicios de prevención y tratamiento que influyen de modo directo sobre la vida reproductiva, tales como la planificación familiar para el caso de las complicaciones de abortos y la capacidad resolutoria de los servicios de salud, en particular los de tocoginecología para las hemorragias y las sepsis¹⁰.

De acuerdo con un estudio oficial realizado por el Siempro en Argentina en el 2002 había 18.200.000 pobres, esa cifra representaba el 51 % de la población. De ese total, 7.700.000 eran indigentes. Actualmente, el índice de pobreza se eleva al 57 % de la población total, contabilizándose 21.000.000 de argentinos en esta condición. Por otra parte, la indigencia ronda el 27 % (cerca de 9.000.000 de personas).

La actual situación de pobreza agudiza una práctica médica con un acceso diferenciado a la salud. Esto se ve reflejado en las cifras estadísticas, donde se constatan contrastes significativos según el sexo, el nivel socioeconómico, la localización geográfica, la edad y el nivel de escolaridad.

En cuanto a los tres primeros factores de desequilibrio, es sabido que las mujeres de nivel socioeconómico medio y alto acceden, en forma privada y sin mayores problemas, a la atención sanitaria adecuada en los casos en que requieren la realización de un aborto; mientras que aquellas mujeres de más bajos recursos ponen en riesgo su vida y su salud al verse obligadas a practicarse dichas intervenciones en la clandestinidad y en condiciones sanitarias deplorables. La ilegalidad en la que se desarrolla la interrupción del embarazo en estos casos contribuye a aumentar las consecuencias indeseables que esta ley tiene como objetivo erradicar.

Los últimos datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación del año 2001 indican que en la provincia de Jujuy se registra una tasa de mortalidad materna de 19.7 cada 10.000 nacidos vivos, en Chaco 15.9 cada 10.000 nacidos vivos y en Formosa de 13.9 cada 10.000 nacidos vivos; mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se registra una tasa de 0.9 cada 10.000 nacidos vivos¹¹. La tasa de mortalidad coincide con el porcentaje de pobreza que se registra en cada una de las provincias mencionadas, así en Jujuy el porcentaje de hogares pobres asciende al 63,2 %, en Chaco el 61,6 % y en Formosa el 58,4 %, mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el porcentaje es de 14,6 %¹².

Con relación al cuarto factor de desequilibrio en el acceso a los servicios de salud, es decir, la edad de las mujeres, el segmento etario más vulnerable es el de 35 a 39 años (68 muertes por 10.000 nacidos vivos), seguido de cerca por el grupo de 30 a 34 años (57 muertes cada 10.000 nacidos vivos)¹³.

Según cifras del INDEC el 37 % de los embarazos termina en aborto¹⁴. Se estima que las mujeres argentinas tienen 2.4 hijos/as al final de su período fértil (INDEC, 2003). Al respecto, también se destacan las importantes diferencias que existen en la fecundidad según niveles socioeconómicos y entre jurisdicciones, asociándose las mayores tasas a las mujeres de los niveles de ingreso más bajos y a las jurisdicciones con mayor incidencia de la pobreza. Datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2001 del Siempro dan cuenta del patrón de fecundidad diferencial según condición de pobreza: el 39 % de las mujeres de los hogares no pobres no habían tenido hijos/as, y entre las madres de estos hogares el 84 % tenía entre 1 y 3 hijos/as y sólo el 16 % tenía 4 y más hijos/as. En contraste, sólo el 29 % de las mujeres pobres no había transitado por la experiencia de la maternidad y entre las madres pobres el 41 % tenía 4 o más hijos/as (Ariño, 2003). Por otra parte, en referencia a los diferenciales regionales, se ha estimado que las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires tienen un promedio 1,37 hijo/a, promedio que asciende a 2,8 en la provincia de Formosa¹⁵ (Censo 2001).¹⁶

“Otro indicador de la incidencia del aborto provocado en las muertes maternas es la proporción de internaciones por complicaciones de aborto que ocurren en los hospitales públicos. Aunque no existen datos actualizados a nivel nacional, estudios previos indican un aumento de estas internaciones entre 1980 y 1990¹⁷. A mediados de los 90, uno de cada 4 egresos hospitalarios de mujeres se debía al aborto¹⁸. Expertos/as del tema y estudios parciales calculan un subregistro de aproximadamente 50 % debido al error en la certificación médica de defunción, y a que las mismas mujeres que abortan ocultan el hecho [...] Dado que el 70 %¹⁹ de las causas de morbi/mortalidad materna son evitables, y que el país gasta gran cantidad de dinero en la atención de las complicaciones del aborto, resulta claro que las barreras para su solución no son científicas sino políticas”²⁰.

Según el prestigioso doctor Nicholson existen sólo dos maneras de reducir la mortalidad materna por aborto: salud reproductiva, con un correcto desarrollo de la anticoncepción sobre todo con métodos más eficaces, y el aborto legal²¹. Según la declaración de la Federación Internacional de Planificación de la Familia sobre aborto seguro, “el aborto inducido es un procedimiento común en todas partes del mundo [...] practicado temprano en el embarazo por personal de salud capacitado, en instalaciones adecuadas, el aborto es un procedimiento muy seguro”.

La tasa de fecundidad adolescente de nuestro país es relativamente elevada. Esta alcanzó su nivel más bajo en las décadas de 1950 y 1960 (50 nacimientos cada mil mujeres de entre 15 y 19 años). Durante la década de los 70 la tasa se elevó junto con el aumento de las tasas de fecundidad general, alcanzando el nivel más alto entre fines de los setenta y principios de los 80 (81 por mil). Luego inicia un proceso de descenso, pero no vuelve a retomar el nivel más bajo inicial: el 1998 era de 65 por mil (Geldstein y Pantelides, 2001)²². En el año 2000, por primera vez, se registraron muertes maternas en menores de 15 años²³.

Este desfase está íntimamente relacionado con la falta de información en materia de educación sexual, “...que si bien está incluida formalmente en los contenidos curriculares oficiales, no se implementa en la mayoría de las instituciones educativas”²⁴. Tampoco ha variado esta circunstancia en la mayoría de las provincias a pesar de la sanción de la Ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2002) que así lo dispone expresamente.

En otro orden de ideas, en relación con la necesidad de que efectivamente se admita la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación, tal como lo establece el Código Penal, pero hasta ahora no se ha interpretado de esa manera; es importante destacar que en nuestro país se calculan aproximadamente 10.000 delitos contra la integridad sexual al año. Los registros realizados a través del Sistema Nacional de Información Criminal han contabilizado por medio de la policía, la Gendarmería y la Prefectura un total de 1.462 violaciones semestrales en todo el país²⁵, con la consecuente probabilidad de embarazos que, teniendo en cuenta que no se suministran las píldoras de anticoncepción de emergencia –tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva– es considerablemente alta. Según un artículo periodístico publicado recientemente²⁶, un relevamiento realizado por la Policía Federal sobre la base de las denuncias realizadas en las 53 comisarías de la Ciudad de Buenos Aires registró una violación cada 38 horas en lo que va del año, hay que tener en cuenta que la Ciudad de Buenos Aires –a diferencia del resto del país– cuenta con un Programa de Atención para las Víctimas de Violencia. Es importante destacar que en materia de denuncias por violencia sexual se calcula un subregistro del 10 % (CECYM), lo que significa que la cantidad real de delitos sexuales por año ronda los 100.000 casos y la cantidad total de violaciones al año sería de 29.240.

En Argentina, el aborto es la primera causal de mortalidad materna, mientras que en el promedio de América latina se encuentra en tercer lugar. Teniendo en cuenta el nivel de salud de nuestro país comparado con el resto de los países de la región, la situación de Argentina es peor.

En los países con leyes restrictivas, los niveles del aborto inseguro alcanzan dimensiones epidémicas. Se estima que por año, aproximadamente 4 millones de mujeres latinoamericanas recurren a abortos inseguros y del 30 al 45 % de ellas sufren complicaciones, que imponen un costo enorme a los sistemas de atención a la salud de sus Estados.

En Bolivia, la tasa de mortalidad materna es la más alta de la región, registrándose durante el período 1990-1998 fue de 390 por cada cien mil nacimientos²⁷. Según la ENDSA-94 (encuesta con modalidad casa por casa), tres cuartas partes de las muertes maternas ocurren durante el embarazo o parto; las principales causas son hemorragia, aborto inducido e hipertensión, entre otros. Datos no publicados de la Secretaría Nacional de Salud estiman que el aborto es responsable del 27 al 35 % de la mortalidad materna.²⁸

El Perú ocupa el segundo lugar entre los países con más alta tasa de mortalidad materna en Sudamérica (265/100.000 nacidos vivos), lo que significa que cada año mueren en el país alrededor de mil ochocientas mujeres por causas maternas²⁹; el 12,3 % de las muertes de deben a complicaciones por aborto, siendo ésta la segunda causa de mortalidad³⁰.

En Chile la mortalidad materna ha descendido en las últimas décadas, principalmente como resultado del aumento de uso de métodos anticonceptivos. Las últimas estadísticas disponibles indican una tasa de 19,7 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos³¹; pero el aborto sigue siendo la principal causa de mortalidad materna registrándose un 26,5 %³².

Mientras que en países en los cuales la práctica del aborto es legal, los índices de mortalidad materna son más bajos, por ejemplo en Francia durante el 2001 se registró una tasa de 10 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos³³. La mortalidad materna por aborto disminuyó en un sesenta por ciento en Cuba, donde el aborto es legal desde 1968; en Puerto Rico, donde se legalizó en 1973, es cuatro veces menos riesgoso que un parto; en Guyana, donde se legalizó el aborto en 1995, ya la hospitalización por aborto descendió un 65 por ciento. No se detiene aquí la lista de países en el mundo en los que el aborto es legal y se practica por pedido de la mujer: el 83 por ciento de los países europeos; el 53 por ciento de los asiáticos; el catorce por ciento de los países de África y Medio Oriente. América latina ostenta el menor porcentaje de legalidad del aborto, junto con el África subsahariana: suman sólo el cinco por ciento³⁴. Actualmente, el 62 % de la población mundial vive en 55 países donde el aborto inducido está permitido, ya sea sin restricciones en cuanto a su causa, o por razones socioeconómicas; mientras que sólo el 25 % vive en países que lo prohíben completamente o lo permiten sólo para salvar la vida de la mujer³⁵.

Ya hemos presentado dos proyectos de ley vinculados a esta temática, uno para la atención sanitaria de embarazos incompatibles con la vida extrauterina y otro para la atención sanitaria de abortos no punibles, ninguno de los cuales ha sido siquiera aprobado aún en comisiones por esta Honorable Cámara si bien presentan propuestas de amplia aceptación social e incluso jurisprudencial. Sin embargo creemos indispensable presentar también este proyecto con el que entendemos cumplir con el mandato del XVIII Encuentro Nacional de Mujeres, que tuvo lugar en Rosario en agosto de 2003, donde más de 15.000 mujeres de todo el país reclamaron por la legalización del aborto libre y gratuito. Con el presente proyecto culmina la secuencia de las leyes necesarias para que efectivamente se cumpla con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, cuya sanción garantizará más equidad entre las mujeres, la erradicación de los abortos clandestinos y la reducción de la interrupciones voluntarias de los embarazos.

Es importante destacar que el presente proyecto de ley fue elaborado sobre la base de la Ley de Defensa de la salud Reproductiva de la República Oriental del Uruguay, la cual cuenta con media sanción de la Cámara de Diputados del mencionado país y cuya autora es la doctora Margarita Percovich, integrante de ese Parlamento, a quien le agradecemos su colaboración.

Por todos los fundamentos expuestos, solicitamos la pronta sanción de la presente ley.

María J. Lubertino Beltrán.

–A las comisiones de Familia..., de Derechos Humanos y Garantías, de Acción Social y Salud Pública, de Legislación Penal y de Presupuesto y Hacienda.