



Por un niño
sano en un
mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

MIEMBRO de la ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PEDIATRÍA y de la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Subcomisión de Derechos del Niño

Documento de trabajo de la Subcomisión sobre el proyecto de despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Introducción

Por primera vez en más de 90 años en la historia de nuestro país las fuerzas políticas acuerdan hacer un debate sobre la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en el Congreso de la Nación. La Sociedad Argentina de Pediatría tiene una oportunidad de hacer oír su voz sobre un problema que afecta la salud de muchas adolescentes.

El aborto en la Argentina es un problema de derechos individuales y de salud pública y, sobre estas bases, la Subcomisión de Derechos del Niño ha preparado reflexiones sobre diversos aspectos sobre tema, incluyendo los aspectos jurídicos para compartir y analizar con los comités, que han sido invitados a hacer un trabajo conjunto: adolescencia, salud mental pediatría ambulatoria.

2. ¿Porqué el Congreso Nacional debe debatir la despenalización y legalización del aborto?

El aborto en la Argentina ya está despenalizado en algunos casos. La Ley que rige actualmente surge del artículo 85 y 86 del Código Penal aprobado en 1921 en el Congreso. Estos artículos establecen que no es punible el aborto cuando está en peligro la vida o la salud de la mujer, o el embarazo es resultado de violación. Esta legislación fue una de las más progresistas de la época. Valga decir que en 1921 las mujeres no tenían derecho a voto, los legisladores de la época eran todos hombres, las mujeres tenían grandes dificultades de acceso a las universidades, y estaban excluidas de los debates políticos. A partir de 1960, casi todos los países europeos y USA, México, Canadá, China, Australia y Uruguay legalizaron el aborto con un enfoque mucho más respetuoso de la mujer y sus derechos, **y con muchos mejores resultados sobre su salud (1)**,

Es tiempo de actualizar la legislación vigente con un enfoque que tenga en cuenta los derechos de las mujeres y con mucha mayor consideración, el grave problema de salud pública que constituye el aborto legislado sobre una base causal (la punibilidad o no del aborto depende de las causas del mismo: violación, etc).

3. El aborto como problema de salud

La Salud es un derecho humano universal, y en las sociedades democráticas, permite el ejercicio de los demás derechos.

Hay en el mundo 227,000.000 embarazos por año, de los cuales 44 % son no intencionales y 56 % son intencionales. En la Argentina, de la totalidad de embarazos no intencionales, el 50 % terminan en aborto provocados, el 38 % llegan al parto, y el 12 % son abortos espontáneos. (2). La carga global de enfermedad de la mala salud reproductiva en el mundo, que incluye la práctica del aborto es muy alta (2).

Las definiciones actuales de las Políticas de Salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de **Prevención**.

En nuestro país se realizan entre 370,000 y 520,000 abortos por año, más de la mitad de los nacimientos (3). Debemos aceptar entonces que es una práctica habitual en la población. La ley vigente del año 1921, autoriza a interrumpir el embarazo en ciertas situaciones, pero estén o no incluidos en esta normativa, en la práctica podríamos decir que todos los abortos del país se hacen en

forma clandestina. Sin embargo las condiciones en que se realizan son diferentes según se trate de adolescentes y mujeres de bajos recursos o no. Dado que el sistema público de salud no cumple con la Ley de brindar atención médica adecuada en los casos de aborto no punible, las niñas y adolescentes de bajos recursos abortan en condiciones precarias y de baja calidad asistencial, con personal no capacitado y en muchos casos fuera de instituciones asistenciales. Por el contrario, las embarazadas con recursos pueden abortar en condiciones médicas adecuadas. La resultante es la enfermedad y muerte de muchas adolescentes, pertenecientes al sector de bajos recursos. Se trata de una verdadera discriminación social de facto.

Uno de los indicadores "duros" de esta grave situación es la alta mortalidad materna en la Argentina, que actualmente es del 3.9 cada 10,000 nacimientos (4-5), más alta que la de Chile, Uruguay, Brasil, Cuba, México, Barbados, Belice y Puerto Rico, para nombrar solo países latinoamericanos. Una gran proporción de muertes maternas en nuestro país son consecuencia directa del aborto, y como hemos dicho, del aborto clandestino. Como ya se ha mencionado, hay una mayor proporción de muertes en las adolescentes que concurren a hospitales públicos, lo que indica que hay además una discriminación social en la mortalidad: las adolescentes de más bajos recursos son quienes sufren mayores tasas de mortalidad por aborto clandestino. Las mujeres de países desarrollados casi nunca mueren por un aborto, las mujeres argentinas sí.

Hay situaciones adicionales tan graves como la antedicha, como es la morbilidad que circunda el aborto clandestino, como por ejemplo las infecciones y septicemias provocadas por la falta de asepsia, o las malformaciones congénitas por la ingesta insuficiente de abortivos orales. Efectivamente, hay varios métodos para interrumpir el embarazo en forma segura, la OMS ha trabajado sobre este tema (6-7) y también la Argentina (8). Los métodos más comunes son el legrado uterino, la aspiración del embrión, y las prostaglandinas. Esas últimas se usan como comprimidos de ingestión oral, para usar antes de las 12 semanas de embarazo. Se trata entonces de un método no invasivo y muy efectivo. Sin embargo, como es de alto costo y se deben administrar varios comprimidos a la vez, las mujeres de bajos recursos compran e ingieren una cantidad insuficiente de comprimidos. El resultado es que la dosis inadecuada no mata al embrión, pero le produce efectos teratológicos, el embarazo prosigue y el feto nace con malformaciones congénitas graves (encefalocele, malformaciones pulmonares, defectos de los miembros, etc) (9).

Adicionalmente, el daño a la salud mental, y al desarrollo psicosocial de la adolescente embarazada que debe criar un hijo no deseado es muy alto y difícilmente cuantificable.

Sobre estas bases, podemos decir que las alternativas a seguir son ente el aborto clandestino, y la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, con asistencia médica adecuada y accesible a todas las embarazadas.

Es necesario una legislación que por un lado despenalice el aborto y por otro lo legalice sobre bases mixtas (causas o plazos) y habilite a los hospitales públicos con la capacitación adecuada del personal y los recursos necesarios para interrumpir el embarazo en plazos definidos, que proteja la salud de la embarazada, todo esto acompañado de una educación sexual integral garantizada en escuelas primarias y secundarias.

4. La vida como concepto ontológico.

Algunas opiniones que se oponen a la legalización del aborto lo hacen sobre el principio de que se trata de una vida que ya ha comenzado.

Si restringimos el concepto de vida a la vida humana, el huevo fecundado, y el embrión es algo bien distinto de la persona física, de un ser humano desarrollado, de un ciudadano. Desde Aristóteles sabemos que una cosa es lo que es, y no lo que puede llegar a ser. Una espiga de trigo no es un pedazo de pan, y un embrión de 5 milímetros no es una adolescente de 16 años.

Esta posición es la que permite analizar la "vida humana" desde un enfoque axiológico, es decir de valores en juego. La vida no es un bien absoluto, como ninguno de los derechos constitucionales lo son, y la protección que la norma penal dispensa al feto es de una menor intensidad y jerarquía que la que le corresponde a la persona ya nacida. Existimos como personas reconocidas legalmente a partir del momento en que nacemos. En última instancia de lo que se trata es de elegir entre una forma

incipiente de vida, o de salvar la salud y la vida de una adolescente embarazada. No hay duda de cuál es aquí el mayor valor.

La despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo no deseado satisface los cuatro criterios de la ética médica (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia).

Los programas de educación sexual integral si se mantienen en el tiempo, son capaces de reducir el embarazo no deseado y por consiguiente el aborto. Esto es lo que ha ocurrido en Noruega (10) con los programas de educación sexual combinados con la distribución gratuita de anticonceptivos. De la misma manera, los programas dirigidos por Alison Hadley en el gobierno laborista del Reino Unido lograron reducir en un 55 % la tasa de abortos y embarazos no deseados en menores de 18 años en el país (11).

Merece mencionarse que, además de la interrupción del embarazo provocado por las embarazadas que no desean proseguir con el mismo, hay abortos (interrupciones intencionales del embarazo) provocados por algunos tratamientos de fertilización asistida. En efecto, algunos tratamientos consisten en estimular la ovulación en la mujer infértil, y una vez lograda la ovulación, se procede a fecundar los óvulos producidos con esperma, luego se selecciona la cigota (óvulo fecundado) de mayor vitalidad, y se descartan (eliminándose) los óvulos fecundados de menor vitalidad o defectuosos. Esta eliminación de las cigotas toma el nombre de "reducción embrionaria", y es práctica habitual en la fertilización asistida. Esta reducción embrionaria es literalmente un aborto provocado, pero ni la sociedad ni las entidades médicas discuten ni emiten opinión sobre el tema (12)

5. Aspectos jurídicos

Ni la Constitución ni los tratados de derechos humanos firmados por el estado argentino son un obstáculo para pasar a un régimen jurídico mixto. La Corte Suprema de justicia en el caso FAL interpretó que no existe contradicción entre reconocer el derecho al aborto y garantizar medidas para la protección de la mujer embarazada tal como lo establece el artículo 75 inciso 3 de la Constitución Nacional. En este Fallo ("F.A.L.")(13), la decisión de nuestro máximo tribunal destaca que este dilema ha sido abordado por nuestra misma legislación y se le ha otorgado una interpretación respetuosa de los intereses involucrados, donde la vida, la salud y la integridad sexual de la mujer prevalecen por sobre la vida en potencia del embrión, respetando la decisión que la propia mujer quiera asumir.

La Corte Interamericana, máxima intérprete de la Convención de los Derechos del Niño estableció que la decisión de ser o no ser madre es parte del derecho a la vida privada. Hay muchos otros ejemplos de apoyo de los organismos de derechos humanos a la despenalización del aborto (14).

En Argentina hay una ley Nacional de educación sexual y procreación responsable 26673 del año 2003 y una Ley de Educación sexual 26150 pero no se han implementado adecuadamente. En 2016 se cancelaron programas del ministerio de salud y de educación.

6. La mujer como sujeto de derecho

El artículo 19 de la Constitución Nacional contempla el principio de autonomía jurídica de las personas, por la cual se reconoce en cada ciudadano la libertad de elegir su propio proyecto de vida. En este marco, la maternidad es un derecho, y no puede obligarse a una persona a ser madre. La sociedad no puede exigir a una mujer continuar con un embarazo no deseado o que pone en riesgo su vida, su salud física, o mental y es la mujer embarazada quien debe decidir sobre su propio cuerpo, En este sentido debe decirse que la Argentina ha sido censurada por diferentes órganos de aplicación de los tratados de derechos humanos por omitir la garantía del acceso oportuno a la práctica de los abortos como una cuestión de salud pública sin injerencia del poder judicial.

La embarazada no necesita expresar causa alguna para interrumpir el embarazo dentro de los plazos legales (por ejemplo 12 semanas). Por fuera de los plazos legales están vigentes las causales de aborto, tanto terapéutico (riesgo para la vida o la salud) como en caso de violación.. La causa de la interrupción es privativa de la embarazada y es ésta la condición de despenalización. En este punto cabe citar una definición de la OMS que establece la salud como "*un estado de completo bienestar físico, psicológico y social*". **Es la mujer quien decide la causa de su decisión e interrumpir el embarazo, y no la justicia ni la medicina.**

7. La objeción de conciencia

En primer lugar solo las personas pueden alegar objeción de conciencia, pero nunca las instituciones (los hospitales por ejemplo no pueden ser objetores de conciencia). En segundo lugar, un médico puede alegar objeción de conciencia y no tratar al paciente **pero siempre que haya en el lugar otro profesional de la misma formación y capacidad que pueda hacerlo**, caso contrario podría considerarse abandono de persona. En tercer lugar, aun dándose estas condiciones, el objetor de conciencia puede abstenerse de cumplir con la práctica pero no puede abstenerse de brindar la adecuada información a la paciente, que en el caso de interrupción del embarazo significa informar a la paciente dónde puede cumplirse la práctica, proceder a hacer **una** adecuada derivación, etc.

8. Qué se debate en el Congreso.

Se propone pasar de un modelo de penalización basado en causales (la ley vigente desde 1921), a un modelo de despenalización y legislación que contemple los plazos para interrumpir el embarazo. En este sentido, los plazos constituyen un punto extraordinariamente importante.

La Ley que habilita el aborto legal reconoce un derecho y no necesita de la injerencia judicial alguna para cumplirla. Sin embargo, la interrupción del embarazo sobre bases causales ha fracasado rotundamente, ya que debido a factores actitudinales, institucionales y burocráticos ha llevado a que el aborto sea de hecho penalizado en todos los casos. En la Argentina hoy en día, en la práctica el aborto legal no existe.

Hay más de 60 países en que rige la interrupción voluntaria del embarazo, (incluyendo Ciudad de México y Uruguay), con diferencias en los plazos (hasta las 12 semanas en algunos países o con plazos más largos (14 semanas) en otros.

Ni la Constitución ni la legislación vigente, ni los tratados internacionales sobre derechos humanos son un impedimento para pasar de un régimen causal a un régimen mixto.

La penalización del aborto vigente desde hace más de 100 años en el país, no ha servido para disminuir el aborto, sin embargo los defensores de esta penalización persisten en mantenerla.

Es tiempo de que en la Argentina la legislación sobre interrupción voluntaria esté dirigida a proteger la salud de las adolescentes. Para ello, la nueva ley de despenalización debería tener los siguientes contenidos: a cuidar

- 1) Despenalización de la interrupción voluntaria del aborto sin necesidad de expresión de causa dentro de los plazos del desarrollo embrionario.
- 2) Establecimiento de plazos (por ejemplos, 12-14 semanas).
- 3) Legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en cualquier plazo cuando el embarazo afecta la vida, la salud física, psicológica o social de la adolescente, o es fruto de una violación.
- 4) En el caso de que la embarazada sea menor de 13 años, la decisión debe ser compartida por al menos uno de los padres (por aplicación de lo dispuesto por el art. 26 código civil, resolución 65/15 del ministerio de salud y la guía nacional de aborto no punible).
- 5) Responsabilidad administrativa (además de la civil o penal que les pudiera corresponder) de los agentes de justicia, de sanidad o de cualquier otra jurisdicción que demoren la intervención solicitada por la adolescente.
- 6) Asignación de recursos para equipar a los establecimientos asistenciales públicos del personal profesional, de materiales y medicamentos para interrumpir el embarazo de la forma más adecuada según la paciente y el estado del arte.
- 7) Entrega gratuita de anticonceptivos a los adolescentes en las escuelas centros de salud, clubes, etc.
- 8) Asegurar la plena implementación y vigencia de los programas de salud sexual y procreación responsable en escuelas, hospitales, centros de salud, clubes y todo lugar de acceso de adolescentes. etc.

9) Referencias

- 1) NuñezMietz F. Aborto: una cuestión e derechos, no de salud pública. (Univ Mc Gill, Montreal) <https://www.infobae.com/opinion/2018/02/24/aborto-una-cuestion-de-derechos-no-de-salud-publica/> Abril7, 2018
- 2) <http://worldabortionlaws.com/maps>
- 3) Mercer R, FLACSO 5/3/2018, conferencia pública sobre aborto). Buenos Aires.
- 4) Pantelides E Mario S. Estimación de la magnitud del aborto inducido. Resumen ejecutivo 2007. Disponible en [Informacion básica hyyp//:cedes.org/areas/salud-es/index.html](http://informacion.basica.hyyp//:cedes.org/areas/salud-es/index.html)
- 5) UNICEF-SAP. Salud Materno infantil en cifras. 2017.
- 6) Maternal Mortality. <http://www.indexmundi.com/map/creator> 30/3/2018
- 7) OMS. El aborto sin riesgos. Segunda edición, Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, 2012.
- 8) OMS. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud Organización Mundial de la Salud 2011,
- 9) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable. MSP. Ley 25673/2003
- 10) Barbero P. y col. Efecto teratogénico del Misoprostol; un estudio prospectivo en Argentina. Archivos Argentinos Pediatría, 109, N° 3 2011. 226-231.
- 11) Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH): NIPH Systematic Reviews: Executive Summaries [Internet]. Oslo, Norway: [Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health \(NIPH\)](http://www.khsh.no); 2010.
- 12) Hadley A. Labour Government's Teenage Pregnancy Strategy for England. , level for 40years, and helped improve maternity and postnatal support for young parents. Doi: <https://www.beds.ac.uk/research-ref/ihr/staff/alison-hadley>.
- 13) Luna F. Una moral de doble vara. La Nación 27 33 Marzo, 2018.
- 14) CSJN, XLVI. 13/3/1012
- 15) Ciruzzi MS. El aborto no punible. Algunas consideraciones bioéticas y legales. Medicina Infantil, volXX, N° 3, 269-282.