



ARGENTINA

INFORME PARA EL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER DE LAS NACIONES UNIDAS

65ª SESIÓN, 24 OCTUBRE-18 NOVIEMBRE DE 2016

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas que trabajan por un mundo en el que todas y todos disfrutan de los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia principalmente gracias a nuestra membresía y a donaciones públicas.

© Amnesty International, febrero de 2016

Salvo cuando se indique lo contrario, el contenido de este documento está protegido por una licencia CreativeCommons (atribución, no comercial, sin obra derivada, internacional 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Para más información, visita la página *Permisos* de nuestro sitio

web: <https://www.amnesty.org/es/about-us/permissions/>

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está sujeto a la licencia CreativeCommons.

Publicado por primera vez en 2016

por Amnesty International Ltd.

Peter BenensonHouse, 1 Easton Street

London WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: AMR 13/4898/2016

Idioma original: español

[amnesty.org](https://www.amnesty.org)

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



CONTENTS

1. INTRODUCCIÓN	4
2.1 ABORTO NO PUNIBLE EN ARGENTINA: MARCO LEGAL	4
Recomendación:	5
2.2 OBSTRUCCIONES EN EL ACCESO A LOS ABORTOS LEGALES	5
Recomendaciones:	6
2.3 CRIMINALIZACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	6
Recomendaciones:	7
2.4 CIFRAS ESTIMATIVAS SOBRE ABORTOS CLANDESTINOS	7
Recomendación:	7
2.5 FALTA DE ACCESO A ABORTOS MEDICAMENTOSOS	7
Recomendaciones:	8
2.6 ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA	8
Recomendación:	9
2.7 INFORMACIÓN SOBRE LA PRÁCTICA DE ABORTOS LEGALES	9
Recomendación:	10
2.8 SITUACIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES	10
Recomendaciones:	12
2.9 ACCESO Y PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN	12
Recomendaciones:	12
3. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	13
Recomendaciones:	13
ANEXO: DOCUMENTOS DE AMNISTÍA INTERNACIONAL	15

1. INTRODUCCIÓN

Siguiendo a la presentación en marzo de 2016¹ de un resumen de los principales asuntos de preocupación sobre Argentina documentados por Amnistía Internacional, la organización desea compartir con el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (el Comité) el siguiente informe actualizado, previo al examen del séptimo informe periódico de Argentina.

En este informe Amnistía Internacional se refiere a preocupaciones con relación a la salud sexual y reproductiva y violencia contra la mujer.

2. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

2.1 ABORTO NO PUNIBLE EN ARGENTINA: MARCO LEGAL

Argentina adhiere al “modelo de indicaciones o causales”, en virtud del cual el aborto está penalizado excepto en determinados supuestos. Por motivos de brevedad, remitimos a la presentación realizada en marzo de 2016 para una descripción del marco normativo relativo al aborto no punible en Argentina.

La falta de una estrategia firme para garantizar la aplicación por parte de las autoridades federales del aborto legal (o aborto no punible) se refleja en que a más de cuatro años de la exhortación efectuada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante CSJN) en el marco del caso “*F., A.L. s/ medida autosatisfactiva*”² con el fin de terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso al aborto legal, apenas 8 de las 25 jurisdicciones de todo el país han adherido al Protocolo Nacional o cuentan con protocolos que se ajustan en buena medida a los criterios establecidos por la CSJN³. Otras ocho dictaron protocolos que incluyen requisitos que dificultan, en vez de facilitar, el acceso de mujeres a servicios de aborto seguro y a los cuales tiene derecho acceder,⁴ y por último, ocho jurisdicciones no han dictado protocolo alguno⁵. Es decir, más de la mitad de las jurisdicciones del país aún no cuenta con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tienen desde 1921.

Para ponerlo en términos concretos: la situación es tan arbitraria que en la práctica, en función de la jurisdicción en que le haya tocado nacer a una mujer o niña, ésta podrá ejercer su derecho de acceso al aborto o no. Pero incluso dentro de las provincias donde existen protocolos, su implementación es errática y en el último tiempo ha habido algunas iniciativas regresivas que buscan impedir la práctica.

¹ Anterior a la adopción de la lista de cuestiones previa al 7º informe periódico, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCEDAW%2fNGO%2fARG%2f22875&Lang=en

²CSJN, caso “*F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva*”, F. 259. XLVI, sentencia del 13 de marzo de 2012.

³Estas provincias son: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego.

⁴Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta.

⁵Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

Recomendación:

- El Estado argentino debe incorporar a nivel federal y como servicio básico y obligatorio del sistema de salud, las prestaciones necesarias para interrumpir embarazos en los casos contemplados por la ley vigente, incluyendo todos los métodos que, basados en la evidencia, resultan efectivos, seguros y preferidos en estos casos, de conformidad con lo establecido por la OMS.

2.2 OBSTRUCCIONES EN EL ACCESO A LOS ABORTOS LEGALES

Pese a su marco legal, la realidad en Argentina se acerca mucho a la de los contextos legales en que el aborto está totalmente prohibido. Por motivos de brevedad, remitimos a la presentación realizada en marzo de 2016 para una descripción de las obstrucciones en el acceso a los abortos legales en Argentina.

Con posterioridad a la presentación de marzo de 2016, en julio de este año tomó estado público en la Provincia de Salta en el norte de Argentina, el caso de una niña perteneciente a la comunidad originaria wichí (llamada Juana para preservar su identidad), de apenas 12 años, que fue violada por un grupo de criollos en territorio ancestral y obligada a cursar un embarazo hasta los siete meses de gestación. Pese a que los padres denunciaron la violación, nunca nadie del Estado se acercó a informarle respecto a sus opciones y sus derechos. Una vez más, un Estado ausente que no solo desprotege y actúa en complicidad, sino que además somete a una niña menor de edad a una situación de violencia y tortura. Después de 31 semanas le practicaron una cesárea porque el embarazo era inviable y con diagnóstico de anencefalia⁶.

A este respecto, el Comité CEDAW⁷ ha indicado que “[l]os Estados Partes deberían organizar más servicios de salud para que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva, incluido el aborto y la atención post-aborto”⁸. Asimismo, el Comité tiene dicho que “La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”⁹. Por su parte, el Comité contra la Tortura, y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes manifestó su preocupación por las restricciones al acceso al aborto, especialmente para las víctimas de violación, debido a la negativa de algunos médicos y clínicas de practicar intervenciones legales, alegando objeciones de conciencia. Y sostuvo que, de conformidad con la Guía técnica y de políticas de la Organización Mundial de la Salud sobre el aborto sin riesgos, el Estado parte debe garantizar que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida a las mujeres y niñas acceder a los servicios a los que legalmente tienen derecho y además que únicamente las mujeres y niñas necesitan. El Estado parte también debe aplicar un marco jurídico y/o de políticas que permita a las mujeres el acceso al aborto siempre que el procedimiento médico esté autorizado por la ley¹⁰.

El Comité CEDAW también ha afirmado que “[l]a rendición de cuentas de los sistemas de justicia se refiere también a la vigilancia de las acciones de los profesionales que actúan en ellos y su responsabilidad jurídica en caso de que violen la ley”¹¹. Esto es, sanciones a quienes obstaculizan ilegítimamente el acceso al aborto legal, poniendo en peligro el derecho a la vida de las mujeres, ya sea por acción u omisión.

⁶Ver información en <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10633-2016-06-11.html>

⁷Comité CEDAW, Informe sobre Belice, UN Doc. A/54/38/Rev., julio del 1999, parte 2, párrafo 56; Informe sobre República Dominicana, UN Doc. A/53/38/Rev. 1, julio del 1998, parte I, párrafo 337, entre otros.

⁸Comité CEDAW, Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con ocasión de la revisión del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994), más allá de 2014, Quincuagésimo séptimo período de sesiones, celebrado entre el 10 y 28 de febrero de 2014.

⁹CEDAW, Recomendación General N° 24, La mujer y la salud, 02/02/99

¹⁰CAT, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Polonia, CAT/C/POL/CO/5-6, 23 de diciembre de 2013, disponible en <http://bit.ly/1xpQJTi>

¹¹CEDAW, CEDAW/C/GC/33, cons. 143 de agosto de 2015.

Recomendaciones:

- El Estado argentino debe garantizar el acceso a los abortos legales en todas las jurisdicciones del país, apoyado por campañas de difusión pública para promover el mayor conocimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo en los casos previstos por la ley vigente.
- El Estado argentino debe monitorear el ejercicio de la objeción de conciencia y asegurar el cumplimiento de las obligaciones del derecho internacional de derechos humanos.

2.3 CRIMINALIZACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los obstáculos al aborto legal y la amenaza de criminalización empujan a las mujeres a acudir a abortos inseguros.

La penalización del aborto impacta negativamente en el acceso a los abortos legales. En un informe reciente, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud examinó el impacto que tienen las leyes que sancionan o restringen de algún modo el aborto, por ejemplo, cuando se sancionan determinadas conductas durante el embarazo, se limita el acceso los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, se niega información o no se brinda educación en materia de salud sexual y reproductiva. Señaló que tales restricciones suelen ser discriminatorias por naturaleza y violan el derecho a la salud, al limitar el acceso a bienes, servicios e información de calidad¹². Y que “[l]a penalización genera y perpetúa el estigma, limita la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información disponible en materia de salud sexual y reproductiva, les niega la plena participación en la sociedad y distorsiona las percepciones de los profesionales de salud, lo que a su vez puede dificultar el acceso de las mujeres a los servicios de atención a la salud”¹³.

En la Provincia de Tierra del Fuego, una joven en situación de gran vulnerabilidad y con una historia de violencia, fue procesada durante 6 años y finalmente fue absuelta por realizarse un aborto con una curandera en un barrio popular de la capital provincial. La falta de acceso al aborto legal la empujó a la clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y su vida, para luego además quedar expuesta a la persecución penal por haber ejercido lo que debió ser su derecho. Esto, a pesar de que la obligación mínima por parte de los estados bajo el CEDAW es despenalizar el aborto y asegurar que las mujeres puedan acceder a servicios de aborto a lo menos cuando su vida o salud están a riesgo o se trata de un embarazo producto de violación o incesto, o hay una malformación seria o grave del feto¹⁴.

Recientemente, tomó estado público otro caso que pone en evidencia la injerencia del derecho penal en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Belén¹⁵, una joven de 25 años de edad, estuvo privada de su libertad durante más de dos años en la Provincia de Tucumán, en el norte de Argentina, por haber sufrido un aborto espontáneo en un hospital público, tal como fue consignado en su historia clínica. Tanto médicos como policías violaron su derecho a la privacidad y la acusaron injustamente y la maltrataron. En la madrugada del 21 de marzo de 2014, fue a la guardia del Hospital de Clínicas Avellaneda en San Miguel de Tucumán por dolores abdominales. La derivaron al Servicio de Ginecología porque tenía abundante sangrado. Allí, los médicos le informaron que estaba teniendo un aborto espontáneo de un feto de aproximadamente 22 semanas. Belén desconocía estar embarazada. Luego de recibir tratos degradantes por parte del personal de salud, fue denunciada a la guardia policial, en clara violación del secreto profesional que ampara la relación médico-paciente¹⁶. Belén ingresó al hospital público pidiendo ayuda y fue presa por

¹²Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, Informe provisional sobre El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 de fecha 3 de Agosto de 2011, párr. 25

¹³Idem, Relator Salud ONU, 2011, párr. 17

¹⁴CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos tercero a séptimo combinados del Senegal, julio 2015, disponible en <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhskcAJS%2FU4wb%2BdlVicvG05Ry5rnmndcit06OLGkYHsU3p08Y2nyjS14GRZb9RgNHfNnt6G6Q7sYONIZZyGgQAJDzqdMWlrw3ZUyqdOC%2FwolZpYg9WWqlUG6msEoKqK8rcwg%3D%3D>; ver también CEDAW, Observaciones finales, : Perú, UN Doc. CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014), par. 36(a) (el Comité recomienda al estado que “[h]aga extensiva la legalización del aborto a los casos de violación, incesto o malformación fetal severa”); CEDAW, Observaciones finales: Chile, UN Doc. CEDAW/C/CHL/CO/5-6 (2012), par. 34 (“[E]l Comité lamenta profundamente que todas las recientes iniciativas parlamentarias encaminadas a despenalizar el aborto hayan fracasado en el Estado parte, incluso en los supuestos de riesgo para la salud o la vida de la madre, grave malformación del feto o violación.

¹⁵Por decisión de la víctima, se usa un seudónimo. Ver mayor información en <http://www.amnistia.org.ar/rau/argentina3>; <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10537-2016-04-29.html>; <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-298129-2016-04-29.html>

¹⁶El Comité CEDAW en su Observación General N° 24 y 33 advirtió sobre el vínculo entre el cumplimiento del derecho a la privacidad en materia de salud, el aborto, y la salud de las mujeres: “La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar

más de dos años. Primero la imputaron por aborto seguido de homicidio, que es una figura penal inexistente. El fiscal de la causa luego cambió la acusación por la de homicidio doblemente agravado por el vínculo y alevosía, que tiene una pena de hasta 25 años de encierro. Belén estuvo detenida en prisión preventiva por más de dos años. El 19 de abril de 2016 fue condenada a 8 años de prisión, en un proceso judicial en el que se vulneraron sus derechos desde el comienzo ya que en ningún momento fue escuchada.

El 12 de mayo de 2016 la justicia le denegó el pedido de excarcelación interpuesto por la defensa. El 15 de agosto la Corte Suprema de Justicia Provincial dispuso su libertad, entendiendo que no existen motivos para extender su privación de libertad. Sin embargo, se encuentra aún a estudio la revisión de la condena.

Sobre este caso, se refirió el pasado 15 de julio de 2016, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el marco de sus Observaciones Finales relativas a la Quinta Evaluación Periódica del país, referidas al estado de cumplimiento de las obligaciones asumidas en virtud del Pacto de Derechos Civiles y Políticos. Allí además de expresar su preocupación por la falta de implementación de abortos legales¹⁷, el Comité remite directamente al caso de “Belén”, y exhorta al Estado a “revisar el caso a la luz de los estándares internacionales en la materia, con miras a su inmediata liberación”¹⁸.

Unos años atrás, en 2012, en esa misma provincia una mujer (conocida como María Magdalena) llegó con un aborto espontáneo en curso al hospital. Las médicas hicieron entrar a la policía a la sala de parto. La operaron sin anestesia y, con la misma lógica que en el caso de Belén, la imputaron por aborto. Hoy la causa se encuentra a estudio de la Corte Suprema de Justicia de la Nación para investigar por la responsabilidad de violación del secreto profesional y la violencia a la que fue sometida.

Recomendaciones:

- El Estado argentino debe capacitar a los integrantes de los equipos de salud acerca del valor del secreto profesional en la atención de abortos espontáneos o provocados.
- El Estado argentino debe ofrecer atención médica post-aborto, que sea segura y accesible, independientemente de que se trate de un aborto legal o no.

2.4 CIFRAS ESTIMATIVAS SOBRE ABORTOS CLANDESTINOS

Se calcula que en Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año¹⁹. En los hospitales públicos de todo el país se registran 53.000 internaciones por abortos al año²⁰. Del total, alrededor del 15% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años, y alrededor del 50% a mujeres de entre 20 y 29 años.

Recomendación:

- El Estado argentino debe adoptar las medidas necesarias para garantizar que los casos de aborto no punible sean realizados dentro del sistema de salud público.

2.5 FALTA DE ACCESO A ABORTOS MEDICAMENTOSOS

La mifeprestona y el misoprostol son los fármacos aprobados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como ‘medicamentos esenciales’ para la realización de abortos medicamentosos. Entre sus indicaciones se

negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física”. Y avanzó sobre el rol que le cabe a la justicia ante estos supuestos, al entender que “la rendición de cuentas de los sistemas de justicia se refiere también a la vigilancia de las acciones de los profesionales que actúan en ellos y su responsabilidad jurídica en caso de que violen la ley.”. Esto es, sanciones a quienes obstaculizan o violan los espacios de confidencialidad de las mujeres, poniendo en peligro el derecho a la vida de las mujeres, ya sea por acción u omisión

¹⁷ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, Párrafo 11 CCPR/C/ARG/CO/5, 15 de julio de 2016.

¹⁸ONU, Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, Párrafo 11 CCPR/C/ARG/CO/5). El resaltado nos pertenece.

encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2012)²¹. En caso de no disponerse de mifepristona, la OMS sugiere el uso exclusivo de misoprostol. El Ministerio de Salud de la Nación, en varios documentos, ha reconocido el tratamiento medicamentoso del aborto con misoprostol²², sin embargo no garantiza su acceso.

En Argentina la producción y comercialización de la mifepristona no está autorizada, mientras que sí se produce y comercializa misoprostol. Según los registros de la Administración Nacional de Medicamentos (ANMAT), en la Argentina los únicos laboratorios que trabajan el misoprostol son Beta S.A. y Domínguez S.S. el primero produce Oxaprost, recetado para dolores reumáticos. El segundo produce Misop 25, de uso hospitalario exclusivo. Por lo que en la práctica, las mujeres que quieren acceder a un aborto legal no cuentan con la opción medicamentosa.

El misoprostol no está incluido en el Plan Médico Obligatorio que obliga también a las obras sociales y prestadoras privadas de salud a proveer del medicamento. En este sentido, recientemente el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), las Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto y la Secretaría de Género de Nuevo Encuentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires solicitaron a la ANMAT que “se levanten las restricciones a la comercialización de las pastillas de misoprostol que no estén basadas en razones de salud y se asegure el mayor acceso posible, de acuerdo con los estándares internacionales de derechos humanos”²³.

Recomendaciones:

- El Estado argentino debe garantizar el acceso al misoprostol para uso obstétrico en el caso de mujeres que tiene derecho al aborto legal;
- El Estado argentino debe incluir el misoprostol en el Plan Médico Obligatorio que deben cumplir las obras sociales y prestadoras privadas de salud.

2.6 ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA

Durante los últimos 30 años, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa de mortalidad materno-infantil han representado un tercio del total de esas muertes²⁴. Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que el 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros²⁵.

Si bien la Argentina tiene una tasa de fecundidad baja, las mujeres están expuestas a riesgos desproporcionados al quedar embarazadas: en 2014, de acuerdo a las Estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, 290 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas al embarazo²⁶. En 2013 las muertes ascendieron a 243²⁷ y en 2012 a 258. Pero este es tan solo un número representativo. Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas²⁸ representan un cuarto de las muertes maternas²⁹. Esto sugiere, entre otras cosas, que posiblemente muchas mujeres no accedieron a la información, a la oportunidad o a la decisión de interrumpir su embarazo basados en la causal salud.

²¹ Ver Guía de la OMS “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, de 2012 (2ª Edición) disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

²² Ver “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” (2010), disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf>; Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto (Abril 2014), disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>; “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” (2015), disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-Protocolo_ILE_sl.pdf;

²³ CELS, “Misoprostol: solicitamos a la ANMAT que lo reconozca como medicamento obstétrico y garantice su acceso”, 22/09/2016, disponible en: <http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2130>

²⁴ Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010. www.deis.gov.ar, acceso 29 de marzo de 2012.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010. www.deis.gov.ar, acceso 29 de marzo de 2012

²⁵ Aumentaron con respecto a 2013 (243) y 2012 (258).

²⁶ DEIS, 2014.

²⁷ Mujeres que mueren por patologías que se agravan a consecuencia del embarazo, parto o puerperio.

²⁸ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013. Las muertes maternas indirectas son aquellas en las cuales las mujeres ya presentan una patología, que se ve agudizada por el embarazo. De haber sido prevenidas e informadas respecto de los riesgos de llevar adelante el embarazo y de haber podido evaluar la opción de acceder a un aborto seguro, esas muertes podrían haber sido evitadas.

Argentina ha reconocido que “la mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción”³⁰, por lo que incluso sus cifras oficiales no representan el total de mujeres y niñas que han perdido la vida.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM5) a los que el Estado argentino se comprometió con la comunidad internacional, establecían una disminución de la tasa de mortalidad materna de 52 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (1990) a 13 por 100.000 en 2015. Los últimos datos oficiales en 2013 muestran que la razón de mortalidad materna de 32 muertes por cada 100.000 (2013) por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio³¹. De acuerdo con las cifras presentadas en el informe de UNICEF en 2015³², la Argentina redujo un 17,5% la tasa de muerte materna. La tendencia de reducción fue del 18% entre 1990 y 2015, en vez de una reducción del 75% como se había comprometido.

Asimismo, las desigualdades que reflejan los índices de mortalidad materna al interior del país son ilustrativas de la discriminación múltiple que viven mujeres por fuera de los centros urbanos en mejor situación. Hay provincias que duplican o triplican la razón nacional. En la actualidad, el aborto continúa siendo la principal causa de mortalidad materna en más de la mitad de las provincias del país. Las complicaciones por aborto inseguro son la primera causa individual de mortalidad materna en 17 de las 24 provincias. En las dos provincias donde la primer causa de muerte son las “otras obstétricas directas”, el aborto sigue siendo la segunda causa³³. Esta situación indica que las mujeres que viven en provincias como Formosa o Chaco están expuestas a un riesgo desproporcionado cuando se comparan los riesgos de las mujeres de jurisdicciones como la de Ciudad de Buenos Aires, Córdoba o provincia de Buenos Aires.

Por otra parte, no se está llevando a cabo un adecuado sistema de vigilancia activa de las muertes maternas. Se han hecho algunos esfuerzos por estimar las muertes maternas en función de la información disponible, a través del Sistema de Estadísticas Vitales —que sin embargo, no permite obtener información en “tiempo real”³⁴—, y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)³⁵ —pero recién en 2007 fueron incluidas las defunciones entre los eventos de notificación obligatoria. Se han previsto comisiones de vigilancia y análisis de la mortalidad materna a nivel hospitalario, provincial y nacional³⁶ pero su funcionamiento es cuanto menos errático. La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbi-mortalidad Materna sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular³⁷; de hecho el único informe disponible³⁸ online sobre la Comisión data de ese año³⁹. Los profesionales de la salud que integran estas comisiones no han recibido una capacitación especial ni suelen tener tiempo institucional protegido para llevar a cabo la tarea⁴⁰.

Recomendación:

- El Estado argentino debe adoptar iniciativas y programas específicos para reducir los elevados índices de mortalidad materna como consecuencia de abortos inseguros, incluyendo capacitaciones dirigidas a todos los efectores del sistema de salud.

2.7 INFORMACIÓN SOBRE LA PRÁCTICA DE ABORTOS LEGALES

El sistema de registro oficial nacional no da cuenta de todos los abortos legales que se proveen hoy en el país. Estas omisiones y carencias del sistema de registro federal impactan en la calidad de la gestión de las políticas sanitarias necesarias para garantizar el acceso al aborto legal en la medida que no permiten contar

³⁰ *Idem*

³¹ DEIS, 2014

³² http://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_ODM_actualiza.pdf

³³ Romero, Ábalos, & Ramos, 2013

³⁴ El lapso transcurrido entre la ocurrencia de los hechos y su comunicación oscila entre nueve meses y un año

³⁵ Es la recolección permanente y sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento, análisis, y su oportuna utilización para observar cambios en la tendencia o distribución de los problemas de salud y para que quienes deben tomar decisiones de intervención (Ortiz & Esandi, 2010).

³⁶ La Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbi-mortalidad Materna fue creada en 2002 (Resolución N° 672, Ministerio de Salud de la Nación). Previamente existía otra Comisión instaurada en 1996. La nueva Comisión sesionó por primera vez en 2005 y desde entonces ha funcionado de modo irregular Ortiz & Esandi, 2010.

³⁷ Ortiz & Esandi, 2010.

³⁸ Al 25 de febrero de 2015.

³⁹ Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/promin/> (accedido 15 de febrero de 2015).

⁴⁰ Ortiz & Esandi, 2010.

con información adecuada sobre la demanda potencial, real, y efectiva; los insumos y los recursos humanos necesarios; las barreras y obstrucciones en la prestación de servicios; o problemas y estándares de calidad de los mismos.

Además los registros sanitarios elaborados hoy en día padecen también de las limitaciones que emergen de su falta de cobertura de ciertos ámbitos de los sistemas de salud, ya que casi todos los datos sanitarios disponibles, se producen sobre el sistema público de salud, dejando afuera de la estadística los datos de los demás subsistemas que pueden presentar características muy diferentes e incluso llegar a alterar la media estadística.

El Ministerio de Salud de la Nación en el informe anual de servicios de salud sexual y reproductiva, que releva el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en todas las provincias, cuenta con datos sobre el número y procedencia de las prestaciones de aborto legal que fueron reportadas por los sistemas de salud locales. Según el Informe de Gestión de 2013, 14 provincias reportaron datos sobre aborto legal, de las cuales 12 realizaron las prácticas; otras cuatro derivaron a otras jurisdicciones cuando identificaron casos que encuadraban dentro de las causales de aborto legal⁴¹.

Al menos 18 provincias reportaron contar con al menos un efector que presta servicios de aborto legal, seis de ellas reportaron mejoras en la implementación de los procesos de atención y ocho provincias informaron problemas de acceso a insumos para la realización de las prácticas y otro tipo de obstáculos para la prestación de servicios de aborto legal.

Otras tres provincias refirieron no contar con servicios de aborto legal a nivel local y las restantes no brindaron información sobre este punto.

De acuerdo con el informe, un total de 374 efectores a nivel nacional cuentan con servicios de aborto legal. En las 18 provincias que brindaron datos, y entre todas las provincias se reportó la realización de “más de 1500 prestaciones de aborto no punibles”.

La información epidemiológica de una población es fundamental para la planificación y la evaluación del funcionamiento del sistema de salud. Especialmente, la información es clave para segmentos específicos de la población que requieren prestaciones sanitarias particulares. En esos casos, la identificación de la magnitud de la demanda y las características tanto de la población como de los servicios disponibles y demandados se convierte en la herramienta esencial para diseñar y mejorar las políticas públicas de salud.

Recomendación:

- El Estado argentino debe tomar las medidas necesarias para implementar un sistema de registro de los abortos practicados de acuerdo con las normas legales, que obligue a todas las jurisdicciones del país a informar.

2.8 SITUACIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES

La situación de niñas y adolescentes no escapa a esta realidad. La población adolescente actual es la más numerosa de la historia (dividendo demográfico)⁴².

En Argentina, una de cada seis mujeres tiene su primer hijo/a antes de los 19 años de edad⁴³. La edad promedio del primer embarazo: 16,6 años⁴⁴. El porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% desde 1990. Sin embargo, es necesario dar cuenta de la desigualdad entre las provincias argentinas ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y

⁴¹Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Informe de gestión anual, año 2013. Informe provincias. Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ARG/INT_CEDAW_ADR_ARG_19577_O.pdf

⁴²UNFPA, 2013.

⁴³Brizuela *et al*, 2014.

⁴⁴Brizuela *et al*, 2014.

Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%⁴⁵. El 12,8% de las muertes maternas ocurren en mujeres de 15 a 19 años⁴⁶.

Existen muchas resistencias por parte de las provincias para implementar la Ley de Educación Sexual —ley nacional N° 26.150 que estableció el derecho de todos los educandos a recibir educación sexual integral y creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral—, sancionada en 2006⁴⁷.

Hasta 2015 únicamente en ocho provincias se sancionaron leyes de educación sexual⁴⁸ y otras dos emitieron resoluciones locales estableciendo la implementación del Programa Nacional⁴⁹. Sin embargo, incluso en estas jurisdicciones, existe resistencia a la integración curricular y la distribución de materiales y herramientas de trabajo no fue lo suficientemente efectiva y no tuvo la difusión necesaria. Entre los desafíos está la inseguridad que sienten los equipos docentes a la hora de instalar los contenidos de la educación sexual integral en las aulas, la dificultad y el temor en el diálogo con las familias, la falta de compromiso de docentes y sectores directivos con el tema y las dificultades institucionales de implementación⁵⁰.

Se ha subrayado con preocupación el enfoque de algunos materiales creados a nivel local, dado que pueden resultar más restrictivos que los incluidos a nivel nacional. Un ejemplo es la cartilla de educación sexual de la provincia de Salta, que fue desarrollada por el gobierno provincial en conjunto con organizaciones conservadoras e incluye contenidos inexactos, en algunos casos, y groseramente incorrectos en otros⁵¹.

Una encuesta llevada adelante por UNICEF⁵² indicó que la gran mayoría de los/las estudiantes entrevistados/as que “recibieron educación sexual señalan que los temas y contenidos tratados estaban estrechamente relacionados con los aspectos biológicos de la sexualidad. Algunos de los temas mencionados fueron, el aparato reproductor masculino y femenino, la concepción y el embarazo, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, particularmente HIV, y prevención”. Y agregó, “La gran mayoría de los/las alumnos/as que había recibido educación sexual se mostró insatisfecha con el tipo de educación obtenida. Particularmente se señaló la escasez de información y la forma inadecuada de transmitirla”⁵³.

Pese a que en Argentina los niños, niñas y adolescentes tienen legalmente derecho a acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva a partir de los 14 años de edad, sin el consentimiento de sus padres, en la práctica existen dificultades para garantizar espacios confidenciales, seguros y de calidad para adolescentes que buscan asesoramiento y atención⁵⁴. Adicionalmente, existe un alto grado de discrecionalidad por parte de los servicios de salud y una falta de orientación programática clara que uniformice la conducta de los profesionales. Hay discordancia en los criterios utilizados al interior de cada

⁴⁵UNICEF, Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población”, Julio 2013 [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf]. El Informe se basa en datos del Min. de Salud de la Nación, “Estadísticas Vitales. Información Básica – Año 2012”, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Serie 5, Número 56, Diciembre 2013 [<http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro56.pdf>], 2011, pág. 2.

⁴⁶Brizuela *et al*, 2014.

⁴⁷Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N°2.110/06), Chaco (Ley N°5.811/06), Entre Ríos (Ley Provincial N°9.501/03, incluye educación sexual al adherir al PNSSYP), La Rioja (Ley N°8.431/08 de adhesión a la Ley Nacional), Buenos Aires (Ley N°14.744/15 en cumplimiento de la Ley Nacional), Río Negro (Ley N°4.339/09 de adhesión a Ley Nacional), Santa Cruz (Ley N°3043/09 de adhesión a Ley Nacional), Misiones (Ley VI - N°129/09 estableciendo obligatoriedad en línea con Ley Nacional). Ver, acerca de las dificultades de implementación a nivel local en la provincia de San Juan, Rojas, Fabián “Educación Sexual Integral. Tiempo de correr el velo”, Revista de la Universidad Nacional de San Juan, Año IX, N°56, Marzo 2012 [http://www.revista.unsj.edu.ar/revista56/imagenes/launiversidad_56.pdf]

⁴⁸UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”, disponible en

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_consulta_cualitativa_programa_educacion_sexual_en_argentina.pdf. “Si bien [los/as entrevistados/as] contaban con cierta información, ésta era extremadamente escasa y vaga. Es decir, la mayoría desconocía totalmente los objetivos de la ley y su alcance. Varios/as señalaron sólo conocer que se trataba de “una ley polémica por la oposición de la iglesia”.

⁴⁹Formosa (Resolución N°2.181/12 de adhesión al Programa ESI. Resolución N° 5.249/14 establece su obligatoriedad en todas las instituciones educativas de la Provincia página), La Pampa (Resolución N°814/10 de creación del Programa Provincial de Educación Sexual, en línea con lo establecido por la Ley Nacional).

⁵⁰UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”, disponible en

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_consulta_cualitativa_programa_educacion_sexual_en_argentina.pdf. “Si bien [los/as entrevistados/as] contaban con cierta información, ésta era extremadamente escasa y vaga. Es decir, la mayoría desconocía totalmente los objetivos de la ley y su alcance. Varios/as señalaron sólo conocer que se trataba de “una ley polémica por la oposición de la iglesia”.

⁵¹Por otro lado, y en todas ellas la aplicación es similar a lo reportado por el programa nacional. Algunas provincias desarrollaron un programa curricular para todos los grados, otras sólo para la educación de nivel secundario. La creación de material local para la enseñanza se vio promovida en los últimos dos años, pero su distribución y utilización es todavía incipiente.

⁵²UNICEF, Informe “Consulta cualitativa: Programa Nacional de Educación Sexual Integral”, disponible en

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_consulta_cualitativa_programa_educacion_sexual_en_argentina.pdf

⁵³*Ibidem*.

⁵⁴Una investigación realizada en las provincias de Córdoba, Tucumán, Formosa, Santa Fe y Misiones, muestra la heterogeneidad y/o ausencia de marco jurídico que brinde directivas claras al personal de salud sobre estos temas, así como protocolos de atención.

programa provincial o municipal, por ejemplo a partir de qué edad se ofrecen MAC y en qué condiciones⁵⁵. En este sentido es preciso garantizar servicios amigables de salud y de salud sexual y reproductiva preventivos, integrales, de calidad y confidenciales. Poder acceder al aborto legal y a prevención de ITS y sida. Por lo demás, es preciso que se garantice la participación de los y las adolescentes y jóvenes en los temas que los conciernen. Así lo ha sostenido, entre otros, el Comité de Derechos Del Niño, al instar a los Estados a garantizar "...que las niñas y adolescentes tengan acceso libre y oportuno a los anticonceptivos de urgencia y cree mayor conciencia entre las mujeres y las niñas sobre su derecho a estos anticonceptivos, particularmente en los casos de violación"⁵⁶.

Recomendaciones:

- El Estado debe garantizar la implementación de la ley de educación sexual integral en todo el territorio argentino.
- El Estado debe garantizar el acceso a información y servicios amigables de salud y de salud sexual y reproductiva preventivos, integrales, de calidad y confidenciales para niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

2.9 ACCESO Y PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN

Las mujeres y niñas siguen enfrentándose a obstáculos para acceder a información y servicios relativos a sus derechos y salud sexuales y reproductivos en Argentina.

Para acceder efectivamente a la salud sexual y reproductiva, las personas deben tener acceso a información veraz, oportuna y científica sobre métodos anticonceptivos, modernos y empoderados para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Las personas deben contar con información para definir si y cuando decidan tener hijos así como para conocer sobre los servicios disponibles para acceder a un parto sin riesgos así como para acceder a la interrupción legal del embarazo en condiciones seguras y saludables.

En lo que respecta al aborto legal, la importancia del acceso, la producción y el registro de información relativa al acceso a los abortos legales radica no solo en la necesidad de incrementar la visibilidad del aborto legal y seguro, mediante un registro de los casos; sino también en la de evaluar el diseño de políticas públicas en general y en materia de salud sexual y reproductiva y de garantizar el acceso al aborto legal; establecer un diagnóstico sobre la demanda potencial, real, y efectiva del aborto legal, así como también para, revisar y optimizar las medidas de estado adoptadas de manera de perfeccionar la provisión del servicio, para asignar el presupuesto necesario (recursos e insumos), para definir los criterios y desplegar esfuerzos adecuados para enfrentar barreras y obstrucciones en la prestación de servicios⁵⁷.

Por su composición federal, en Argentina, el estado federal y los estados provinciales son quienes participan de la producción de información oficial sobre el sistema de salud a través de distintos sistemas registrales para la recopilación y sistematización de datos sanitarios. Sin embargo, en Argentina, tal como hemos referido, no existe un registro de datos sobre Interrupción legal del embarazo: no se conoce el número de abortos legales realizados, no existen indicadores de desempeño acerca de su provisión por el sistema de salud. Estas falencias de registro tornan invisibles las grandes desigualdades e injusticias que caracterizan las condiciones de acceso al aborto legal a nivel sub-nacional y entre los subsistemas público y privado de salud del país.

Recomendaciones:

- El Estado argentino debe garantizar el acceso a la información en salud sexual y reproductiva que permita a mujeres y niñas tomar decisiones informadas sobre su vida y su cuerpo
- El Estado debe crear un sistema de registro sobre abortos legales en todas las jurisdicciones del país, por causales y métodos aplicados; que asimismo incluyan indicadores de desempeño acerca de su provisión por el sistema de salud.

⁵⁵CONDERS, Monitoreo Social y Exigibilidad sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina. Informe Nacional 2010, diciembre 2010, pág. 23

⁵⁶CDN, Recomendaciones Estado de Costa Rica, párr. 63, 3 de agosto de 2011.

⁵⁷MESECVI, Guía práctica para el sistema de indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará, OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/II.6.15.

3. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

El 3 de junio de 2015, tuvo lugar en el país una multitudinaria movilización bajo la consigna “Ni Una Menos”, por la situación de violencia contra las mujeres y los femicidios en el país y la falta de políticas públicas para atender esta situación.

En Argentina, desde 2009 se encuentra vigente la ley 26.485 para Eliminar y Prevenir la Violencia contra la Mujer. Sin embargo, por años su falta de regulación y asignación de presupuesto impidió que fuera implementada.

En julio de 2016 fue presentado un nuevo Plan Nacional Integral de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres para el período 2017-2019. Parte de la estrategia vertebral de un Plan de Acción es la de construir mecanismos de articulación institucional e inter-ministerial y con alcance federal. La clara identificación de funciones y responsabilidades asumidas por las distintas instituciones, como herramienta para la rendición de cuentas, es indispensable para alcanzar los objetivos propuestos en el Plan Nacional.

Por otro lado, el Plan se compromete a producir información estadística oficial sobre violencia de género la que permitirá diseñar e impulsar políticas públicas razonadas y efectivas que busquen prevenir y combatir la violencia de género. Las bases hoy disponibles parten de la iniciativa de la sociedad civil y algunas otras fuentes oficiales que no ofrecen un Registro completo y unificado de femicidios en el país. Las cifras de la sociedad civil, por ejemplo, hoy alertan sobre la identificación de al menos 277 Femicidios y 29 Femicidios “Vinculados” de hombres y niños en 2014⁵⁸.

En Octubre de 2015, fue asesinada la activista por los derechos humanos de las personas LGBTTI Amancay Diana Sacayán⁵⁹. Su muerte tuvo lugar a tan sólo un mes de que otras dos mujeres trans - Marcela Chocobar y Coty Olmos - aparecieran sin vida en Santa Fe y Santa Cruz, tal como denunciaron la FALGBT y la CHA.

Preocupa que el Plan Nacional tenga metas demasiado genéricas y amplias, con indicadores de medición poco estratégicos que, en muchos casos, no reflejan el logro de los objetivos propuestos. Por ejemplo, en el caso de salud sexual y reproductiva, el indicador a alcanzar para lograr el objetivo de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es la existencia de un Protocolo de atención de la interrupción legal del embarazo, cuando, como tuvimos oportunidad de repasar en el apartado anterior, los desafíos en Argentina no están sujetos a los marcos legales sino a su ejecución.

Por último, si bien los jóvenes son una de las poblaciones atravesadas por la violencia, incluyendo también la capacidad de los jóvenes para disfrutar sus derechos sexuales y derechos reproductivos, para la elaboración del Plan Nacional no se han promovido instancias de participación específicas, por lo cual, su perspectiva ha sido invisibilizada en las diferentes medidas propuestas.

Recomendaciones:

- El Estado argentino debe asignar un rol especializado y jerarquizado al Consejo Nacional de la Mujer que sea parte de una política prioritaria y trasversal a través de todas sus agencias del Estado, con recursos humanos, financieros e institucionales, con una mirada integradora de todas las formas de manifestación de la violencia contra la mujer (no solo en el plano doméstico e interpersonal) y con alcance federal.
- El Estado argentino debe asimismo garantizar y otorgar, tal como está establecido en la ley 26485,

⁵⁸Ante la ausencia de estadísticas oficiales sobre Femicidios en Argentina la Asociación Civil La Casa del Encuentro desde el año 2008 produce informes de Femicidios en Argentina. Ver, La Casa del Encuentro en: <http://www.lacasadelencuentro.org/femicidios.html>

⁵⁹<http://www.amnistia.org.ar/noticias-y-documentos/archivo-de-noticias/argentina-129>

las medidas de detección precoz y protección a favor de las víctimas en riesgo, y, además, cumplir plenamente con su obligación de proveer servicios de apoyo psico-social y legal, acceso a la justicia y reparación.

ANEXO: DOCUMENTOS DE AMNISTÍA INTERNACIONAL

- *Argentina - Información de Amnistía Internacional para el Examen Periódico Universal de la ONU. 30 abril de 2012* (AMR 13/003/2012) <http://www.amnesty.org/es/library/info/AMR13/003/2012/es>

- *Informe Anual 2014, Capítulo Argentina*

<https://www.amnesty.org/es/documents/document/?indexNumber=pol10%2f0001%2f2015&language=es>

- *Amnistía Internacional, “El Estado como ‘aparato reproductor’ de la violencia contra las mujeres”* (2016), http://www.amnistia.org.ar/sites/all/themes/template_ai/DerechosSexuales.pdf

- *Amnistía Internacional, “Nunca me vieron como una persona, a mí me vieron como una incubadora”*, (2016), http://www.amnistia.org.ar/sites/all/themes/template_ai/violenciainstitucional.pdf

- *Amnistía Internacional, posición de Amnistía Internacional sobre la Reforma al Código Civil de 2013*, en <http://www.amnistia.org.ar/noticias-y-documentos/archivo-de-noticias/reforma-del-c%C3%B3digo-civil>

- *Amnistía Internacional, Garantía de acceso al aborto legal en la provincia de Entre Ríos*, en <http://www.amnistia.org.ar/abortolegalenentrieros>

- *Amnistía Internacional, Garantía de acceso al aborto legal en la provincia de Salta*, en <http://www.amnistia.org.ar/abortolegalensalta>

- *Tenemos Derechos, Estrategias para exigir el aborto legal en todo el país*,

en <http://www.amnistia.org.ar/noticias-y-documentos/archivo-de-noticias/argentina-135>

- *Deudas en materia de Salud Sexual y Reproductiva*, en

<http://compromisopublico.com.ar/petitorio/garantizar-el-derecho-a-la-salud-de-mujeres-y-ninas/>

Acciones Urgentes

- *Argentina: Condenada a 8 años de prisión por haber sufrido un aborto espontáneo*, Junio 2016, <http://www.amnistia.org.ar/rau/argentina3>

- *Argentina: Se niega el aborto a una sobreviviente de violación en Argentina*. 11 octubre 2012 (AMR 13/006/2012) <http://www.amnesty.org/es/library/info/AMR13/006/2012/es>

**AMNISTÍA INTERNACIONAL
ES UN MOVIMIENTO
GLOBAL DE DERECHOS
HUMANOS. LAS
INJUSTICIAS QUE AFECTAN
A UNA SOLA PERSONA NOS
AFECTAN A TODAS Y A
TODOS.**

CONTÁCTANOS



info@amnesty.org



+44 (0)20 7413 5500

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN



www.facebook.com/AmnestyGlobal



[@AmnestyOnline](https://twitter.com/AmnestyOnline)

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



ARGENTINA

INFORME PARA EL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER DE LAS NACIONES UNIDAS

65ª SESIÓN, 24 OCTUBRE-18 NOVIEMBRE DE 2016

Siguiendo a la presentación en marzo de 2016 de un resumen de los principales asuntos de preocupación sobre Argentina documentados por Amnistía Internacional, la organización desea compartir el siguiente informe actualizado con el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (el Comité), previo al examen del séptimo informe periódico de Argentina.

En este informe Amnistía Internacional se refiere a preocupaciones con relación a la salud sexual y reproductiva y violencia contra la mujer.

Índice: AMR 13/4898/2016

Septiembre de 2016

Idioma: Español

amnesty.org

AMNISTÍA
INTERNACIONAL

