

Interrupción legal del embarazo en Argentina *Causal Salud*



Andrea Berra, Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir
Bia Galli, Ipas



Fotos de portada: ©Pablo Cosgaya 2019

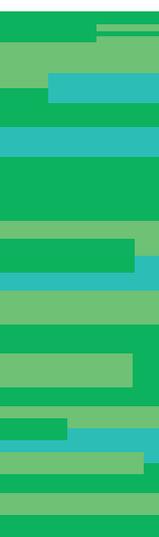


Contenido

Introducción	3
El aborto en Latinoamérica	4
Riesgo a la salud, derechos humanos y el concepto de causal salud	6
Consideraciones éticas para la aplicación de la causal salud	7
Jurisprudencia para la aplicación de la causal salud en Argentina	10
Criterios para interpretación de la causal salud en Argentina	11
Conclusiones	14



La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir e Ipas han colaborado en el desarrollo de este documento, dirigido a las y los profesionales que trabajan por el acceso al aborto legal y seguro en Argentina. Nuestro objetivo es colaborar con la comprensión teórica y legal de la causal salud para su práctica profesional, en consonancia con los tratados internacionales de protección de los derechos humanos.



La causal salud es una de las consideraciones legales para la ILE, incluida en las leyes sobre aborto de la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe. Esta causal se refiere a la posibilidad de interrupción cuándo el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer. No obstante, su aplicación en la práctica se enfrenta a una serie de barreras que impiden a miles de mujeres acceder a estos servicios de manera segura y oportuna.



Introducción

Los derechos humanos de las mujeres, niñas adolescentes, y personas con capacidad de gestar, y en particular los derechos sexuales y reproductivos, son asuntos impostergables para abordar en casi todos los países de la región Latinoamérica, donde el aborto es más restringido que en casi cualquier otra parte del mundo. En la región, el aborto es regulado por los Códigos Penales y en muchos países es tratado como un acto de posible criminalización, a pesar de que miles de mujeres recurren anualmente a procedimientos clandestinos, poniendo en riesgo su salud y su vida.

En Argentina, durante el 2018, se desencadenó un debate a nivel social y legislativo que puso en agenda al aborto como problema de salud pública. El proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo presentado por la Campaña Nacional por el Derecho al aborto Legal, Seguro y Gratuito en el Congreso de la Nación logró su tratamiento legislativo por ambas cámaras por primera vez después de seis intentos en años anteriores.

La “*marea verde*”, como se denomina al movimiento social desatado en las calles por múltiples colectivos y organizaciones de mujeres, feministas y profesionales de salud, pero primordialmente con la multitudinaria participación de jóvenes de todos los estratos sociales, escribe una historia sobre la lucha por el acceso al aborto legal y seguro en Argentina. El pañuelo verde es símbolo de que el aborto es un derecho a ser garantizado por el Estado, de la despenalización social del aborto, de que la sociedad está a favor del aborto legal y seguro, a favor de la vida de las mujeres y rotundamente en contra de los abortos clandestinos y las muertes de mujeres jóvenes por dicha causa.

Mientras la legalización del aborto en Argentina ha comenzado a ser discutida en el ámbito legislativo, se debe seguir avanzando en garantizar el acceso al aborto en el sistema de salud por las causales previstas en la normativa nacional vigente. Los órganos de protección de derechos humanos se han posicionado sobre el deber de los Estados de proteger el derecho a la salud y tomar medidas para reformar las

leyes restrictivas sobre el aborto y garantizar el acceso de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Desde el 1921, el acceso al aborto legal en Argentina se realiza a través de la interpretación del artículo # 86 del Código Penal, que despenaliza al aborto en tres causales:

- Violación
- Riesgo de vida de la persona gestante
- Riesgo de salud de la persona gestante

En este documento, nos centraremos en analizar qué se entiende por “**causal salud**” y cómo una mujer o persona con capacidad de gestar puede acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) por riesgo a su salud física, mental y/o social.

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir e Ipas han colaborado en el desarrollo de este documento, dirigido a las y los profesionales que trabajan por el acceso al aborto legal y seguro en Argentina. Nuestro objetivo es colaborar con la comprensión teórica y legal de la causal salud para su práctica profesional, en consonancia con los tratados internacionales de protección de los derechos humanos.

La causal salud es una de las consideraciones legales para la ILE, incluida en las leyes sobre aborto de la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe. Esta causal se refiere a la posibilidad de interrupción cuando el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer. No obstante, su aplicación en la práctica se enfrenta a una serie de barreras que impiden a miles de mujeres acceder a estos servicios de manera segura y oportuna.

El aborto en Latinoamérica

Las consecuencias del aborto para la salud de las mujeres dependen de la situación normativa y de las posibilidades de acceso a un aborto seguro, que existan en cada contexto social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como “*un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos*” (OMS, 2012). Por el contrario, se considera un aborto seguro cuando hay disponibilidad de tecnologías seguras que no ponen en riesgo la vida ni la salud de las mujeres, así como acceso a proveedores de servicios calificados y a servicios accesibles para las mujeres.

La OMS establece actualmente una graduación en esta definición y define al aborto como **seguro, menos seguro e inseguro**. La OMS y el Instituto Guttmacher (2018) estiman que de los 55,700,000 abortos anuales en el mundo, el 55% (30.6 millones) son **seguros**. Es decir, todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS. Casi un tercio, el 31% (17.1 millones) son considerados **menos seguros**, es decir aquellos realizados por personal cualificado, pero con un método poco seguro o desfasado o por el contrario con métodos seguros, pero en ausencia de personal con la capacidad clínica necesarias. El 14.4% son abortos **inseguros** (8 millones), los cuales pueden incluir la ingestión de sustancias cáusticas, inserción de cuerpos extraños o utilización de brebajes tradicionales, entre otros.

El número de muertes por complicaciones derivadas del aborto fue elevado en las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaron en condiciones inseguras. Las complicaciones derivadas de abortos inseguros pueden incluir al aborto incompleto, la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones.

Para Latinoamérica y el Caribe, la OMS estima que de los 6,420,000 abortos que se realizan cada año, 23.6% son seguros, 60% son menos seguros y 16.7% son inseguros. La tasa anual más alta de aborto entre 2010 y 2014 se registró en el Caribe, donde se estiman 59 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, seguida por América del Sur, donde la tasa es de 48. Siendo América del Norte quien presenta la tasa más baja en la región; 17 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva¹. Latinoamérica y el Caribe es la región del mundo donde hay más abortos inducidos, pero donde más abortos menos seguros se realizan. América del Sur es donde existe la mayor proporción de abortos “menos seguros” en todo el mundo, llegando al 63%.

Acerca del contexto legal, a nivel global la tendencia ha sido ampliar las leyes que permiten el aborto seguro y legal. Entre 1994 y 2014, las leyes disminuyeron su grado de restricción en al menos 30 países. Actualmente, más del 60% de la población mundial vive en países donde el aborto está permitido sin restricciones legales o por causales amplias (Center for Reproductive Rights, 2014). Pero en Latinoamérica, a pesar de esta tendencia a liberalizar las leyes en los últimos 20 años, más de un país ha cambiado sus leyes para restringir aún más la interrupción legal del embarazo (ILE). Hoy, más del 97% de las mujeres en edad fértil en esta región viven en países donde hay restricciones al aborto, o donde éste se prohíbe por completo (Center for Reproductive Rights 2014).

Donde el acceso al aborto está restringido, la práctica suele ser clandestina y realizada en condiciones menos seguras o inseguras. El número estimado de muertes relacionadas con el aborto en 2014 alcanzó a 44,000 mujeres. Al menos el 10% de las muertes maternas en Latinoamérica anualmente son el resultado de abortos inseguros y unas 760,000² mujeres en la región son tratadas anualmente por complicaciones derivadas de abortos inseguros (Guttmacher Institute, 2018).

En Argentina, se estima que el aborto inseguro es responsable del 18% de muertes maternas registradas anualmente y que cada año se realizan entre 370,000 y 520,000 abortos, es decir más de un aborto por cada dos nacimientos (Pantelides, 2009). Estadísticas oficiales indican que hay más de 50,000 egresos hospitalarios anuales por causas relacionadas con el aborto y por dos décadas, las complicaciones relacionadas con el aborto son el tercer motivo de egreso de las causas asociadas al embarazo, parto y puerperio a nivel de todo el país (OSSyR, 2014). Sin duda, el aborto inseguro es un problema de salud pública, ya que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Un estudio de Ipas (2013) llevado a cabo entre el 2011 y 2013 en Argentina, Bolivia y Brasil revela las diferentes maneras en que el poder punitivo del Estado genera daño en la autonomía reproductiva de las mujeres, poniéndolas en riesgo de detención y encarcelamiento, y obligando a las y los profesionales de la salud a tomar decisiones no éticas con respecto a sus pacientes. En Argentina, se identificaron 417 condenas por el delito al aborto durante el período de 1990 a 2008, en su mayoría contra mujeres que buscaban servicios de aborto. Este informe también reveló que muchos profesionales de la salud denuncian a las mujeres que sospechan de haberse practicado un aborto, aunque las leyes y normas vigentes típicamente no requieren eso.

1 <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

2 <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>

En Argentina, la jurisprudencia actual establece que una denuncia presentada por un prestador/a de servicios de salud en contra de una mujer por un aborto ilegal vulnera su derecho a la confidencialidad (secreto profesional) y su derecho a no autoincriminarse. Esta jurisprudencia, reafirmada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el 2010 (Caso Natividad Frías de 1966), ha contribuido a reducir el número de denuncias de mujeres en situación de aborto.

Riesgo a la salud, derechos humanos y el concepto de causal salud

La adecuada interpretación de la **causal salud** debe basarse en una visión integral del derecho a la salud, ajustándose a las normas de cada país y en el marco de los derechos humanos.

Es importante entender el contenido de las leyes que consagran la **causal salud** en su sentido literal, sin agregar calificaciones que obstaculicen el acceso de las mujeres a la ILE. La interpretación literal es un criterio que protege los derechos humanos de las mujeres. Cuando una norma exige un certificado para realizar una ILE, el certificado no puede entenderse como una autorización o negación de la ILE sino simplemente como un certificado del riesgo que la mujer corre. Este certificado puede ser un documento especial o bien, la propia historia clínica de la usuaria.

En caso de dudas, se debe adoptar la interpretación que mejor se ajuste con los derechos protegidos de acuerdo con el principio *pro homine*. Eso supone que la **causal salud** sea interpretada de la manera más amplia posible, para abarcar la mayor cantidad de situaciones fácticas, y que se fundamenta en el derecho a la salud que es interdependiente a otros derechos humanos de las mujeres, como el derecho a la autonomía y bienestar para determinar el proyecto de vida.

El riesgo a la salud es generalmente definido como la probabilidad que se produzca un daño a la salud como resultando de la continuación de un embarazo. Por lo tanto, la aplicación de la causal busca prevenir los daños en la salud y a la vida de la mujer asociados con la continuidad del embarazo y no implican que el daño se haya concretado, ni tampoco que exista riesgo inminente de muerte. Por lo tanto, puede existir el riesgo de morir, de enfermarse, de deterioro a la salud o el riesgo de afectación al bienestar para que se aplique la causal salud. Es importante evaluar en cada caso qué significa riesgo para la mujer y cuánto de ese riesgo ella está dispuesta a afrontar.

En las cadenas de los determinantes psicológicos y sociales de la salud, también deben de entrar los factores de riesgo asociados con los estereotipos de género que limitan las opciones para una persona embarazada. Por ejemplo, cuando no hay apertura y diálogo para negociar el uso del preservativo con su pareja, en caso de relaciones abusivas y violentas entre parejas, u otras que impiden a la persona tomar decisiones de manera democrática con respeto a los diferentes ámbitos de su vida, la mujer gestante podría acceder a la ILE bajo la causal salud. En la aplicación de la causal, el factor determinante debe ser la percepción individual de la mujer. Si la mujer decide continuar con el embarazo, el Estado debe garantizar la atención en salud y las condiciones materiales para que pueda llevarlo a término, por el contrario, si decide interrumpir ese embarazo el Estado también debe garantizar el acceso al aborto como un derecho.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos tienen carácter jurídico vinculante, son obligatorios para los Estados que se comprometen a respetar y llevar a cabo todos sus esfuerzos para garantizar su cumplimiento. El Estado tiene la obligación internacional de proteger los derechos humanos entre los cuales se encuentra el derecho a la salud. Eso implica que la/el proveedor/a de servicios de salud debe garantizar el acceso al aborto seguro como parte del derecho humano a la salud.

En consecuencia, para la aplicación de la **causal salud** es necesario organizar todas las estructuras del aparato gubernamental como el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud. Por lo tanto, los principios que deben guiar la aplicación de la **causal salud** se derivan del marco internacional de los derechos humanos y abarcan:

- **Respeto y protección:** abstenerse de obstaculizar directa o indirectamente el acceso a servicios de ILE y garantizar que terceros no lo obstaculicen.
- **Cumplimiento:** acceso efectivo a la ILE debido a la causal salud, con la adopción de medidas de garantía del derecho a la salud.
- **Igualdad y equidad:** todas las personas tienen los mismos derechos; adopción de medidas adecuadas para atender a las necesidades diferentes.
- **No discriminación:** todas las mujeres deben acceder a los servicios de ILE, y el personal de salud debe ser amparados por la causal salud o en cualquier otro supuesto para su libre ejercicio profesional con libertad de conciencia.

Consideraciones éticas para la aplicación de la causal salud

1. El respeto a la autonomía de la paciente y el consentimiento informado son primordiales. Se consideran a partir del ofrecimiento de la información completa, clara, veraz y oportuna sobre el riesgo particular que cada mujer corre en relación con el embarazo, para favorecer su decisión informada. En caso de pacientes en situación de discapacidad es importante proporcionar la información a través de medios empáticos, los cuales les permitan comprender la información o, en caso de un tomador de decisión sustituto, se debe atender a la alternativa que mejor se ajuste con el ejercicio de los derechos de la usuaria.

En cuanto a los menores de edad, se recomienda usar el concepto de evolución de las capacidades³ para que puedan adoptar decisiones autónomas. En cualquier escenario, la primera consideración será el interés superior de la menor, limitando la facultad de los padres de decidir por sus hijas a medida que su capacidad de decidir crece.

2. El principio de no maleficencia y beneficencia está basado en la obligación de evitar hacer daño y prevenirlo. En el ámbito de la ILE por la causal salud el daño debe ser evaluado con base en los conceptos de bienestar y salud, como parte del derecho al disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.

³ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 18 November 2002. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm#art5>

3. La Justicia es el concepto que se funda en el principio de equidad y sirve para impedir que el acceso a la ILE se vea limitado o negado por desigualdades según edad, etnia, nivel educativo o socio económico.

Las cuestiones de religión, moral o la objeción de conciencia (OC) no pueden ser usados por los profesionales de salud para la obstrucción del acceso a la ILE. Los principios paralelos de objetividad y no maleficencia obligan a estos profesionales a no imponer estas creencias a las mujeres que necesiten estos servicios, ni interferir en la decisión de las mujeres sobre su embarazo. La OC puede ejercerse dentro de ciertos límites y siempre que se respete el principio de no maleficencia teniendo en cuenta los siguientes deberes y obligaciones, según los estándares regionales de protección de los derechos humanos:

- La OC solo corresponde a las personas y no a las instituciones.
- La negación del servicio no puede poner en peligro la vida o la salud de las mujeres.
- Las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de ILE, poniendo a la disposición de las mujeres profesionales de salud que brindan servicios de ILE.

En el caso de la causal salud, por tratarse de una situación que implica un riesgo para la vida o la salud de las mujeres, el ejercicio de la OC tiene límites particulares:

- Cuando el riesgo para la salud o la vida de la mujer lo exija y se requiera la ILE de manera urgente, la OC no puede ser alegada.
- Cuando el procedimiento no sea urgente, los médicos que niegan el servicio deben derivar a la mujer a un médico o médica que provee servicios de ILE, para que reciba la atención en condiciones de respeto y de manera oportuna.
- La obligación de proporcionar a la mujer información clara, completa, veraz y oportuna sobre sus derechos no puede estar sujeta a la OC.
- Una vez que el riesgo para la vida o la salud de la mujer sea establecido por un/a profesional de salud debidamente capacitado, la usuaria debe tener acceso a la ILE sin lugar a la OC frente al riesgo que ya fue determinado.

4. La garantía del secreto profesional en los servicios es un deber ético que tiene especial relevancia, ya que las mujeres que no tienen garantizada la confidencialidad evitan buscar la atención oportuna en los servicios de salud y pueden recurrir a prácticas inseguras, poniendo su vida y su salud en peligro.

Cuando existe conflicto entre la obligación de denunciar y el deber de proteger la confidencialidad de la usuaria, se deben utilizar los tratados internacionales de derechos humanos por ser normas de mayor jerarquía frente aquellas que obligan a la denuncia para protección de los derechos humanos a la vida, salud, integridad personal, privacidad, entre otros.

Cabe mencionar que la denuncia por profesionales de salud que sospechan que una paciente ha tenido un aborto **no** es requerida en varios países, incluyendo Argentina. En todos los casos, se debe respetar la autonomía de la mujer independientemente de su edad o estado civil, en base al principio de la beneficencia.



Jurisprudencia para la aplicación

Foto: © Sara Gómez, Ipas 2008

de la causal salud en Argentina

La legislación argentina regula el aborto mediante un modelo de penalización con “permisos o indicaciones” que establece las situaciones en las que el aborto está permitido. La causal salud es aplicable cuando un embarazo aumenta la posibilidad de que ocurra un daño a la salud de la mujer o esta se vea afectada de manera negativa, *entendida la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (OMS, 1948). No obstante, el Código Penal no establece la gravedad del daño, por lo que los equipos de salud tienen el deber de proporcionar toda la información relacionada con la condición de salud y apoyar una toma de decisión informada sobre la continuación o no del embarazo.

A pesar de que el Código Penal (1921) ya tiene una existencia de casi 100 años, siguen generándose controversias y dificultades en el acceso de las mujeres a la ILE, contribuyendo así al incremento de los abortos inseguros y clandestinos. Es importante recordar que las causales para la ILE en Argentina son sostenidas por la Constitución Nacional, por los tratados de derechos humanos incorporados en su texto y por otras leyes nacionales que garantizan los derechos humanos (p.ej. el derecho a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad y a la no discriminación.) Esto significa que los derechos que tienen las mujeres en situaciones de ILE son derechos de orden constitucional y del derecho internacional de los derechos humanos (MSAL, 2010).

Algunos comités de derechos humanos han señalado que Argentina debe reconocer las dificultades y barreras que encuentran las mujeres en el acceso a ILE en el sistema de salud, y tomar las medidas necesarias para garantizar el acceso a estos servicios. En este sentido, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, (CEDAW) señaló en agosto de 2010 al Estado Argentino que “(...) revise la legislación vigente que penaliza el aborto, que tiene graves consecuencias para la salud y la vida de las mujeres. El Estado parte debe asegurarse de que la Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles, se aplique en todo el país de manera uniforme de modo que exista un acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir el embarazo”.

En la misma línea, el Comité de Derechos del Niño, recomendó al Estado argentino que “adopte medidas urgentes para reducir la mortalidad materna relacionadas con el aborto, en particular velando por que la profesión médica conozca y practique el aborto no punible, especialmente en el caso de las niñas y mujeres víctimas de violación, sin intervención de los tribunales y a petición de ellas. También recomendó que el Estado enmiende el artículo 86 del Código Penal en el ámbito nacional para prevenir las disparidades en la legislación provincial vigente y en la nueva en lo que respecta al aborto legal (...)”.

Por estas disparidades, y ante el contexto de desconocimiento o incertidumbre sobre el significado de regulación del aborto legal y de las barreras y/u obstrucciones para su aplicación, la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió una sentencia clave conocida como el fallo F. A. L. (CSJN, F.A.L, 2012), a través del cual queda reconocido el derecho de toda mujer embarazada como resultado de una violación a acceder a una ILE. La Corte afirmó que es *el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurren las circunstancias que habilitan una ILE, de poner a disposición de quién solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura* (CSJN, 2012).

Por lo tanto, este fallo ha sido esencial para iniciar el proceso de remover obstáculos legales y de accesibilidad a los servicios de ILE en el sistema de salud argentino. Adicionalmente, la Corte concluyó de forma contundente que ninguna cláusula de la Constitución o los tratados de derechos humanos suscriptos por el país impone la penalización absoluta del aborto, por lo tanto, la norma que define los supuestos de ILE es constitucional y convencional (Bergallo, 2017).

Asimismo, exhortó a las autoridades a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la ILE bajo las causales actuales y para la asistencia integral de las víctimas de violencia sexual. Las reacciones de las diferentes provincias y jurisdicciones al fallo F.,A.L. fueron variadas. Aunque la mera sanción de protocolos de atención no asegura en sí misma el acceso a la ILE, sí implica un paso normativo importante para que el acceso se posibilite, se estandaricen buenas prácticas y se unifiquen criterios sobre el tema en cuestión.

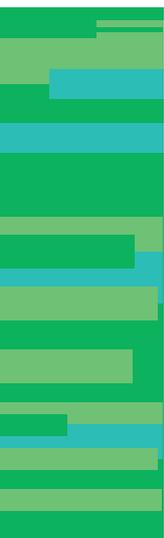
Criterios para interpretación de la causal salud en Argentina

En Argentina es una buena práctica que la decisión de interrumpir un embarazo dentro del marco normativo vigente sea precedida por una certificación de la causal, a través de un informe o registro en la historia clínica, completado por las y los profesionales de salud. Dicha certificación es un análisis de la situación particular de cada mujer o persona con capacidad de gestar, en base a la entrevista que se realiza con cada persona que solicita una ILE.

En esta entrevista, se solicita a la usuaria que explique las razones y/o motivos por los cuales se toma la decisión de interrumpir su embarazo, e incluye la evaluación de los riesgos que pueden afectar negativamente la salud integral de la mujer o persona con capacidad de gestar, si continuara de manera forzada con el embarazo. Es importante que las y los profesionales de salud tengan en cuenta que la determinación de los motivos, razones y riesgos debe orientarse por la definición amplia de salud, y que considera el proyecto de vida de la mujer embarazada y/o persona con capacidad de gestar como un factor posible de afectar el bienestar de esa persona.

Hay varias situaciones en las que se puede aplicar la causal salud. No hay categorías cerradas que agotan la pluralidad o la totalidad de situaciones. Esas situaciones pueden ser ampliadas a juicio del profesional y de acuerdo con la historia particular y las condiciones de vida de cada mujer que decide interrumpir su embarazo.

La aplicación de la causal salud por el profesional de salud para la ILE en Argentina no requiere la



constatación de una enfermedad física o mental. Es suficiente que se identifique que el estado de bienestar en que consiste el derecho a la salud se encuentra afectado y/o que la continuidad del proyecto de vida de la mujer y persona con capacidad de gestar se verá menoscabado por la continuación del embarazo.

- **Salud física**

La consideración del riesgo o afectación de la salud es un elemento clave para prevenir la enfermedad o el daño. Hay una variedad de condiciones médicas que tienen la potencialidad de afectar la salud de las mujeres embarazadas y causar complicaciones que pueden amenazar su vida⁴.

Se consideran entre los factores para determinación del riesgo:

- **Los factores de vulnerabilidad:** Son factores físicos que pueden condicionar la aparición de una afectación en la salud como las enfermedades genéticas crónicas o las malformaciones físicas, entre otros.
- **Los factores de precipitación:** Son factores relacionados a los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación normal que pueden agravar un proceso patológico en la mujer embarazada. Ejemplos incluyen complicaciones médicas del embarazo, una enfermedad que estaba controlada pero que se complica en el transcurso del embarazo, enfermedades adquiridas durante el embarazo que ponen riesgo a la salud de la mujer, algunas infecciones transmisibles, etc.
- **Los factores de consolidación:** Son factores que ocurren cuando la continuación de la gestación es incompatible con el tratamiento efectivo adecuado o razonable de una enfermedad concomitante con el embarazo, dando como resultado efectos crónicos en la salud de las mujeres. Forman parte de esos factores el acceso tardío a la ILE, la violencia de género y la violencia sexual que produce efectos crónicos en la salud de las mujeres.

- **Salud mental**

La salud mental como dimensión de la salud está reconocida en el derecho internacional de los derechos humanos y en la legislación de la mayoría de los países de la región, como es el caso de Argentina. La afectación a la salud mental se da en diversos grados y no implica una incapacidad absoluta o una enfermedad mental severa.

El concepto de trastorno mental se ha ampliado para incluir el dolor psicológico o el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal o la autoestima, por ejemplo, en caso de embarazo por violación o incesto, o cuando el feto tiene graves malformaciones, o en caso de una epidemia con afectaciones graves.

⁴ https://scholar.harvard.edu/files/viterna/files/libro_jocelyn_final.pdf

1. **Factores de vulnerabilidad:** Las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer una enfermedad mental. En parte, esto es debido a la vulnerabilidad social que resulta de los roles de género tradicionales. Esta realidad puede generar que las mujeres se enfrentan con un menor grado de autonomía, y que incrementa el riesgo a sufrir violencia basada en género, violencia sexual y embarazos no deseados o impuestos, entre otros. Estas situaciones pueden conllevar a problemas como depresión, ansiedad, estrés postraumático, abuso de alcohol, entre otras secuelas⁵
2. **Factores de precipitación:** Son factores que derivan de situaciones personales que pueden condicionar la aparición de una afectación a la salud mental, por ejemplo, sufrimiento por la muerte de una persona querida, terminación de una relación afectiva, pérdida del empleo, el embarazo no deseado, la negación de una ILE o el trastorno postraumático (p.ej. haber recibido un diagnóstico de malformación fetal, haber sufrido tortura, abuso físico psicológico o sexual, haber vivido en una situación de conflicto armado o ser obligada a continuar un embarazo en contra de su voluntad).
3. **Factores de consolidación:** Pueden ser los mismos que los factores de vulnerabilidad. Las condiciones socio culturales pueden ser relevantes en la consolidación de una enfermedad o trastorno mental. La continuación del embarazo puede perpetuar las condiciones que afectan el bienestar. Hay factores sociales que pueden profundizar la afectación de la salud y que deben ser consideradas categorías para la interrupción del embarazo por riesgo para la salud mental de la mujer.

- **Salud social**

La dimensión social de la salud es definida a partir de los determinantes subyacentes de la salud y abarca factores de bienestar material mínimos como el acceso a agua potable, buenas condiciones sanitarias, nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y el acceso a la educación y a la información.

El derecho a la salud en su dimensión social está asociado con el más alto estándar de salud física, mental y bienestar, e implica comprender los determinantes sociales de la salud: Pobreza - Exclusión Social y Marginación.

En un sentido amplio, los determinantes sociales de la salud son todos aquellos factores relacionados con el bienestar y con el proyecto de vida de una persona, como el número de hijos que desea, las condiciones de ejercicio de la maternidad, las condiciones laborales y la posibilidad o no de interrumpir un embarazo que representa riesgo para la salud.

1. **Factores de vulnerabilidad:** El contexto social en el que viven las mujeres determina su bienestar y su salud física y mental. Las tasas de desempleo y situaciones de discriminación contra la mujer tienen impacto en su decisión para continuar o no el embarazo y agravan las condiciones de su salud física y mental.

La discriminación afecta especialmente a las mujeres indígenas, rurales, migrantes, afrodescendientes, mujeres que viven con VIH-SIDA, en situación de discapacidad, mujeres privadas de libertad, entre otras.

⁵ https://www.researchgate.net/publication/318733233_Mental_Health_Consequences_and_Risk_Factors_of_Physical_Intimate_Partner_Violences

Los factores de vulnerabilidad que afectan a la salud en su dimensión social en general operan de manera sistémica o en cadena, perpetuando el ciclo de la pobreza. Al evaluar esos supuestos como condicionantes de riesgo es importante revisar cual es el proyecto de vida de cada mujer. Un factor importante es la discriminación laboral por el embarazo.

2. **Factores de precipitación:** Son factores relacionados a las circunstancias materiales (p.ej. vivienda o entorno laboral), factores de comportamiento (p.ej. consumo de drogas o tabaquismo), circunstancias psicosociales (p.ej. ausencia de soporte social) y falta de acceso a un sistema de salud, que pueden generar riesgos para la salud de las mujeres.
3. **Factores de consolidación:** Son factores sociales que la continuación del embarazo puede perpetuar o agudizar, afectando el bienestar de las mujeres. Entre ellos podemos mencionar: pobreza crónica, dificultades de acceso a un trabajo digno o de continuar con el proceso de educación.

Conclusiones

Para la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir e Ipas es prioritario fortalecer la capacidad de las y los profesionales de salud en la interpretación amplia de la causal salud en sus tres dimensiones: física, mental y social.

Consideramos de relevancia lo abordado en este documento para generar instancias de capacitación y reflexión tanto de las autoridades sanitarias como del personal de salud en general. De esta manera, propiciar la implementación de intervenciones y de políticas públicas que amplíen el acceso a servicios de interrupción legal del embarazo que contribuyan a reducir situaciones de negación de dicha práctica desde los efectores de salud y con ello, lograr disminuir el número de abortos inseguros en el país.

Los equipos de salud deben garantizar servicios respetuosos, basados en los derechos humanos y con perspectiva de género, incorporando fundamentos éticos y jurídicos que sustenten el acceso a servicios de salud reproductiva de alta calidad, de acuerdo con lo establecido en el marco jurídico argentino. En especial, se debe garantizar e incrementar el acceso de las personas con capacidad de gestar a servicios de aborto legal y seguro en toda la Argentina.



Foto: © Richard Lord 2006

Referencias bibliográficas

1. Asamblea del Milenio de las Naciones Unidas (2000): Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Naciones Unidas, Nueva York.
2. Asociación por los Derechos Civiles, Women´s Link Worldwide (2014): Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina, junio 2014.
3. Bergallo (2017): El aborto no punible después del caso F., A.L. de la Corte Suprema, en Abordajes en torno a los derechos sexuales y reproductivos. IPAF, FUSA, UP. Argentina.
4. Caballo, M; Amette, R; (2013): ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener? Aborto no punible, un año después del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en Vasallo, M. Peripecias en la lucha por el derecho al aborto, Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba, 2013.
5. Causal Salud, Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos Ana Cristina González Vélez (coordinación general). La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. 2008.
6. Center for Reproductive Rights (2014): Abortion Worldwide: Twenty Years of Reform. Accesible en <https://www.reproductiverights.org/document/abortion-worldwide-20-years-of-reform>
7. Código Penal de la Nación Argentina (1921). Libro Segundo Título I, Capítulo I.
8. Cook R. et al, Legal abortion for mental health indications. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 95, 185–190. Accesible en <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.ijgo.2006.07.002>
9. CSJN Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012): Caso “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Accesible en <http://www.csjn.gov.ar/expcon/documentos/cfal3/verfallos.jsp>
10. Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Belén do Pará (1993).
11. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979). Asamblea Nacional de Naciones Unidas.
12. ELA, CEDES, REDAAS, (2018): Las Cifras del Aborto en la Argentina, Accesible en: <http://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2018/03/El-aborto-en-cifras-CEDES-ELA-REDAAS-1.pdf>
13. Guttmacher Institute (2016): Abortion in Latin American and the Caribbean. USA. Guttmacher Institute.
14. Kane, G., Galli, B. y Skuster, P. (2013). Cuando el aborto es un crimen: La amenaza para mujeres vulnerables en América Latina (tercera edición) Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
15. Karolinski, A; Mercer, R; Micone, P; Ocampo, C; Salgado, P; Szulik, D, et al. (2015): Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la

- morbilidad materna grave. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 37 (4/5): 351-9.
16. MSAL Ministerio de Salud de la Nación (2015): Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud. Argentina.
 17. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva OSSyR (2014): Sala de Situación 3. Accesible en http://www.ossyr.org.ar/sala/sala_tres.asp
 18. OMS Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
 19. OMS-Guttmacher (2018), Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher. A Commission by The Lancet. The Lancet. mayo 2018.
 20. OMS (2012): Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud OMS. Montevideo, Uruguay.
 21. OPS/OMS (2003): Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna. Clasificación Estadísticas Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Washington C.D. (EEUU) p. 139-140.
 22. OPS (2011): Indicadores básicos 2010: situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2010. Washington DC. Estados Unidos. Accesible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Itemid
 23. ONU (2009). Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos.
 24. Pantelides, E; Mario, S; (2009): Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de Población (CEPAL)*, 87:95-120.
 25. Sundström, K; (1996): Abortion across social and cultural borders, presented at the Seminar on Sociocultural and political aspects of abortion from an anthropological perspective, marzo.
 26. Trivandrum, India, en Faúndes, A; Barzelatto, J; (2011): El drama del Aborto: en busca de un consenso. Paidós. Buenos Aires.
 27. Velez A.C., (2012) “The health exception”: a means of expanding access to legal abortion, *Reproductive Health Matters*. Accesible en: <https://www.researchgate.net/publication/233939161>
 28. World Health Organization (2012): Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Accesible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Full_Report_3984.pdf



© 2019 Ipas, Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir

Le invitamos a visitar a www.ipas.org y www.redsaluddecidir.org