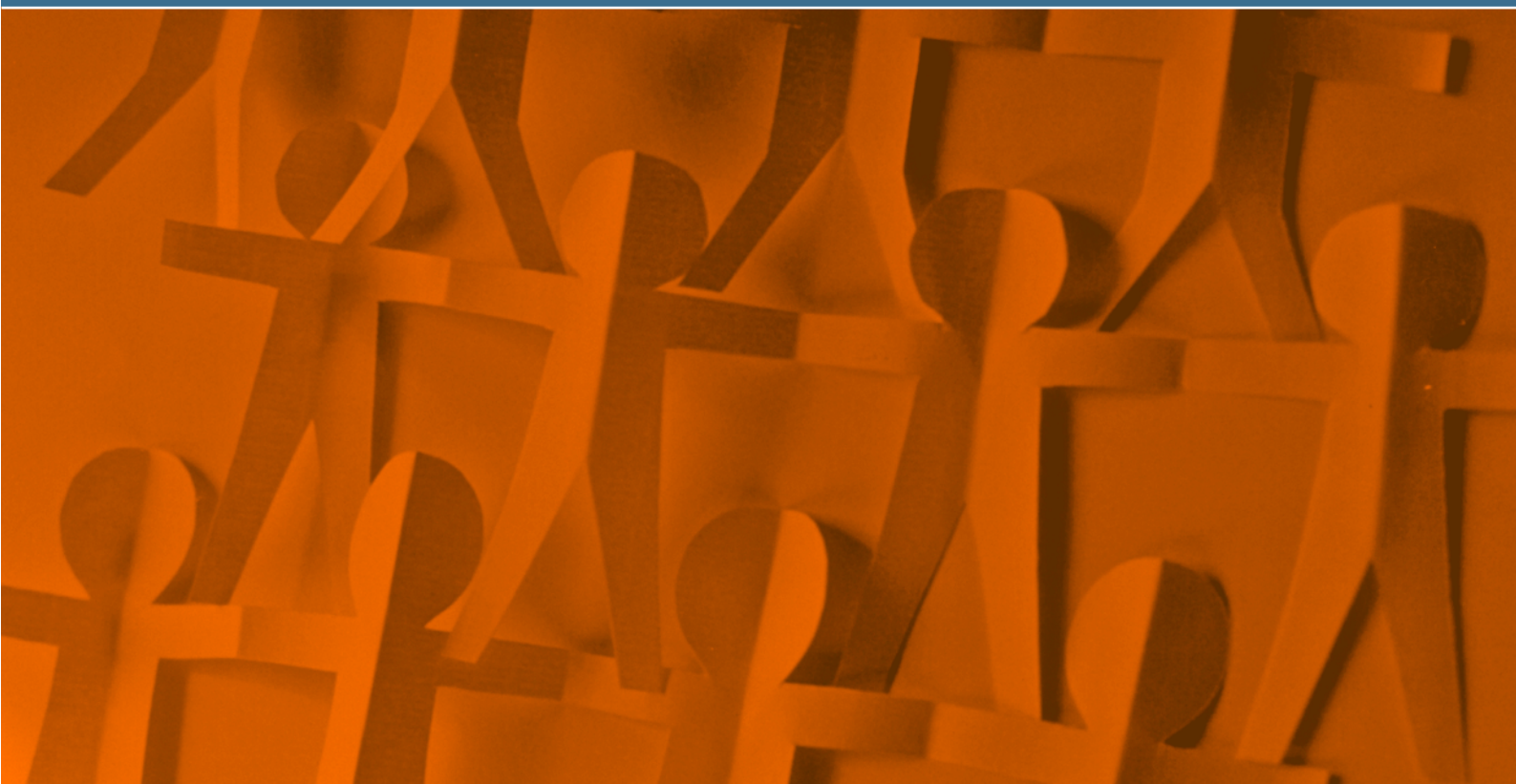


El aborto en la Argentina

Nina Zamberlin



- | | |
|----|------------------------|
| 1. | Situación legal |
| 2. | La práctica del aborto |
| 3. | Incidencia del aborto |
| 4. | La atención posaborto |
| 5. | Nudos críticos |

Situación legal

Al igual que en la mayoría de los países de América latina, excepto Puerto Rico, Cuba y Guyana, en la Argentina el aborto está legalmente restringido. El Código Penal lo tipifica como un delito contra la vida y la persona, y establece reclusión o prisión para quien lo efectúa y para la mujer que se causara o consintiera esa práctica. El artículo 86 establece dos excepciones en las que el aborto no es punible: 1) si el aborto “se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”, y 2) “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para realizar el aborto”¹.

Desde 1984 se han presentado en el Congreso de la Nación, cerca de 30 proyectos de ley para despenalizar el aborto totalmente o sólo en algunas circunstancias y para regular el procedimiento de aborto no punible. Ninguno de ellos ha sido tratado en el recinto hasta la fecha.

En julio de 2006, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos dio a conocer una propuesta de reforma del Código Penal elaborada por una comisión de expertos, en la que se considera “no punible a la mujer cuando el aborto se practicare con su consentimiento y dentro de los tres meses desde la concepción, siempre que las circunstancias lo hicieran excusables”². Este anteproyecto nunca llegó al Congreso, ya que fue retirado por el Poder Ejecutivo.

El aborto no punible

A pesar de los casos en que el aborto no es punible, raras veces las mujeres en esas situaciones pueden acceder a un aborto legal y seguro. Con frecuencia los profesionales de las instituciones de salud exigen una autorización judicial para proceder a interrumpir el embarazo, debido al temor a ser procesados por el delito de aborto o por mala praxis; otras veces se niegan a realizar el procedimiento. A su vez, algunos jueces

consideran improcedente esta solicitud, alegando que no están facultados a autorizar la práctica, pues el Código Penal es claro al respecto. En consecuencia, salvo escasas excepciones, rige una prohibición total del aborto, inclusive para los casos que están permitidos por la ley^{3,4}.

El requisito de autorización judicial para un aborto legal no está previsto en la ley y su exigencia puede impedir el goce del derecho a la salud y a la autonomía. Este requerimiento afecta especialmente a las mujeres pobres y provoca una discriminación por condición social, ya que las mujeres de mayores recursos pueden acceder a un aborto seguro en clínicas privadas o pueden asumir el costo de recurrir a la justicia. Por todo esto, la negativa del personal médico a practicar abortos no punibles vulnera los derechos más fundamentales de las mujeres, como el derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autonomía personal y a no sufrir discriminación⁵.

En el año 2000, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas señaló, en respuesta al informe periódico presentado por la Argentina⁶, “Preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite”. El Comité recomendó la eliminación de todos los obstáculos al aborto cuando éste no está penalizado por la ley y la modificación de la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación⁷.

En los últimos años, diferentes juzgados e incluso la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires han emitido fallos en casos de mujeres con indicación médica para realizarse un aborto terapéutico, o en casos de mujeres incapaces embarazadas luego de una violación, que remarcan la no punibilidad de estos abortos y consideran suficiente la indicación médica⁸. También cabe resaltar un dictamen de la Procuradora General de la Ciudad de Buenos Aires del año 2004 en el que, ante el pedido de autorización de un hospital para realizar un aborto a una mujer cuyo embarazo implicaba un riesgo para su vida, enfatizaba la responsabilidad profesional de los médicos y del Estado frente a las posibles consecuencias para la vida de la

mujer si no se le realizaba el aborto⁹.

Si bien el Código Penal contempla dos supuestos diferentes -el peligro para la vida y el peligro para la salud de la mujer- en la práctica la indicación médica para un aborto terapéutico suele limitarse casi exclusivamente a situaciones en las que el embarazo compromete seriamente la vida de la mujer. En este sentido, es preciso destacar el fallo sin precedentes de una jueza de menores de primera instancia de la Ciudad de Mar del Plata que autorizó la realización de un aborto a una niña de 14 años violada por su padrastro, aplicando el inciso 1° del artículo 86 del Código Penal. La jueza se basó en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencias”*, y autorizó la práctica a fin de evitar el riesgo para la salud psíquica y física de la niña. A su vez, el tribunal de segunda instancia confirmó el fallo de primera instancia y además consideró que el caso también se encuadraba en el inciso 2° por tratarse de un embarazo producto de una violación. Según el constitucionalista Andrés Gil Domínguez, “el fallo nos dice que el inciso 2° del artículo 86 es para cualquier mujer que ha sido violada, y no únicamente para aquellas que tengan una discapacidad mental”¹⁰. A raíz de las sucesivas apelaciones de la Defensora de Menores, el caso llegó a la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires, pero dado que la niña abortó espontáneamente se dio por cerrado.

En virtud de los obstáculos en el cumplimiento del Código Penal y las dilaciones a las que son sujetas las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo en las situaciones consideradas no punibles, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministros de Salud de las provincias señalaron la necesidad de “garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los hospitales públicos dando cumplimiento a lo estipulado en el código penal”¹¹ y asumieron el compromiso de elaborar una reglamentación para que se atendieran en esas instituciones los abortos no punibles según el Código Penal, como una práctica médica habitual que no requiere autorización judicial¹². El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires fue el primero en emitir una resolución al respecto (Resolución N° 304 del 29-1-07) que establece que la interrupción del embarazo en los

casos contemplados en los incisos 1° y 2° del artículo 86 del Código Penal no se requiere autorización judicial, y dispone un protocolo de procedimiento para las instituciones de salud. En el caso de riesgo para la vida o la salud de la mujer, el riesgo debe ser “fehacientemente diagnosticado” por un equipo interdisciplinario. A los fines del diagnóstico debe considerarse la salud *“el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias”*. El equipo interdisciplinario deberá expedirse en un plazo de no más de cinco días. Para realizar la práctica se requiere el consentimiento informado de la mujer, y, si es menor de edad, de sus representantes legales. Una vez expresado el consentimiento, el aborto debe realizarse dentro de los tres días siguientes. Cuando se trata de una mujer incapaz embarazada como producto de una violación, se exige el consentimiento informado de su representante legal, la declaración de insania, y la denuncia judicial o policial de la violación.

Compromisos internacionales asumidos por la Argentina

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) (El Cairo, 1994) la Argentina y otros 178 países reconocieron que el aborto inseguro constituye uno de los principales problemas de salud pública, y se comprometieron a disminuir su incidencia a través de la expansión y el mejoramiento de los servicios de planificación familiar. Además, se acordó que cuando el aborto no fuera contrario a la ley debe ser realizado sin riesgos, mientras que si el aborto no estuviera permitido, se debe proveer atención posaborto de calidad, con consejería anticonceptiva para evitar su repetencia. Nuestro país también ratificó la plataforma de la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, donde se convalidó lo expresado en El Cairo, y se instó a los gobiernos a revisar las leyes que penalizan a las mujeres que se han sometido a abortos ilegales.

Los acuerdos de El Cairo y Beijing fueron reafirmados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en las reuniones de revisión realizadas en 1999 (Cairo+5) y 2000 (Beijing+5), donde una vez más se llamó a *“reconocer y encarar el impacto de los abortos inseguros sobre la salud como una gran preocupación de salud pública, reduciendo el*

número de embarazos no deseados por medio de provisión de consejería, información y servicios de planificación familiar y garantizando que los servicios de salud tengan la capacidad de atender las complicaciones de los abortos inseguros” (Naciones Unidas, 1999).

Hay evidencia que demuestra que el aborto con medicamentos ha contribuido a disminuir las complicaciones de los abortos inseguros^{19,20}, aunque su utilización incorrecta, como el empleo de altas dosis en embarazos avanzados, puede generar graves consecuencias^{21,22,23}.

2

La práctica del aborto

En la Argentina existe un mercado de servicios de aborto extendido, diversificado y segmentado. En él coexisten procedimientos de muy diverso tipo, y la calidad y seguridad de los procedimientos están estrechamente asociadas a la capacidad económica de la mujer. Los sectores medios y altos acceden a abortos clandestinos realizados por médicos en consultorios o clínicas privadas, donde se practican abortos por aspiración o legrados y se cuenta con todos los medios necesarios para garantizar su asepsia y seguridad (ecografía, quirófano, material descartable, anestesista). Las mujeres de sectores pobres recurren con frecuencia a prácticas riesgosas, como la autocolocación de sondas o tallos de perejil, prácticas de personas no idóneas, o a la ingesta/aplicación de diferentes sustancias.

Al igual que en otros países de la región, la práctica del aborto ha variado en los últimos años a partir de la utilización del misoprostol para interrumpir el embarazo^{13,14}. Esta droga es una prostaglandina utilizada en gastroenterología y se encuentra disponible en más de ochenta países del mundo¹⁵. Por su capacidad para provocar contracciones uterinas comenzó a ser utilizada para una variedad de indicaciones en ginecología y obstetricia, que incluyen la inducción del trabajo de parto, la maduración cervical, el aborto en el primer trimestre, el tratamiento de la hemorragia posparto, la evacuación de huevo muerto y retenido, etc.^{16,17,18}.

El misoprostol está incluido en la Lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud, en el que se especifican los medicamentos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud que incluye los medicamentos más eficaces, seguros y eficientes para las enfermedades prioritarias.

3

Incidencia del aborto

Por tratarse de una práctica clandestina no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en la Argentina. Las estimaciones recientes indican que ocurren 460.000 abortos inducidos por año^{24,25}. La única información disponible es el número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto en los establecimientos públicos del país²⁶ -en la que no se distingue entre abortos espontáneos y provocados- y representa sólo una fracción del total de los abortos que ocurren anualmente.

En el año 2000²⁷ se registraron 78.894 hospitalizaciones por aborto en todo el país, 15% de las cuales correspondieron a mujeres de menos de 20 años, y 50% a mujeres de entre 20 y 29 años. La distribución geográfica muestra que los valores más altos se presentan en la provincia de La Rioja, donde en 12 de los 18 departamentos provinciales se registraron entre 18 y 44 egresos por aborto por cada 100 nacidos vivos^{28,29}.

Entre 1995 y 2000 las internaciones por aborto aumentaron un 46%³⁰. Este aumento podría estar relacionado con varias situaciones. En primer lugar, la crisis económica podría haber llevado a más mujeres a interrumpir el embarazo en condiciones riesgosas. En segundo lugar, el desempleo y la precarización laboral incidieron para que amplios sectores de la población perdieran su cobertura social, forzándolos a recurrir al sector público. Finalmente, la disponibilidad y el acceso al misoprostol también podrían estar explicando este aumento. Si bien su uso resulta en una menor incidencia de abortos infectados y complicaciones, el hecho de que las mujeres lo utilizan sin asesoramiento médico, ignorando la dosis apropiada y sin estar seguras de qué es considerado “normal” dentro de los efectos que produce, hace

que recurran a los hospitales una vez comenzado el sangrado³¹.

Cada año alrededor de 100 mujeres mueren por complicaciones de abortos inseguros en la Argentina y estas complicaciones representan la primera causa de mortalidad materna³². Estas muertes se deben a la utilización de procedimientos inseguros y a la demora en la búsqueda de atención médica debido a problemas de transporte, pero también a la clandestinidad legal, social y familiar en las que se realiza la práctica. A estas razones además, debe agregarse la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud para dar una respuesta oportuna y efectiva a las mujeres que acuden a ellos^{33,34}.

4 La atención posaborto

Más allá del carácter legal o ilegal del aborto, los servicios de salud deben atender a las mujeres que presentan complicaciones de abortos inseguros, y hacer todo lo que esté a su alcance para preservar su salud y su vida. Para estas mujeres el acceso a la atención médica y su calidad pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte.

Con frecuencia las mujeres con complicaciones de abortos reciben un trato deficiente, caracterizado por la crítica, la amenaza y la falta de sensibilidad. Existen testimonios de mujeres en situación de aborto que denotan crueldad, falta de respeto y trato humillante por parte del personal de salud. Cuestiones claves como la consejería anticonceptiva no están generalizadas en los servicios y una alta proporción de mujeres son dadas de alta sin haber recibido consejería y la indicación/provisión de un método anticonceptivo³⁶.

La aspiración manual endouterina (AMEU) es una técnica sencilla, rápida y segura que se utiliza desde hace treinta años en muchos países para el tratamiento del aborto incompleto, en mujeres que tuvieron un aborto espontáneo o provocado y que presentan restos dentro del útero. Tiene numerosas ventajas en términos de eficacia y seguridad, en comparación al legrado uterino instrumental. Actualmente, la AMEU es la primera

opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y avalada por la Organización Mundial de la Salud^{37,38}. Por motivos operativos, de formación, e ideológicos es muy poco utilizado en nuestro país como recurso para el tratamiento de los abortos incompletos en el ámbito público³⁹.

En los últimos años las autoridades sanitarias nacionales y provinciales han acordado la necesidad de mejorar la atención posaborto para “garantizar que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos”⁴⁰.

El Plan Federal de Salud elaborado por el Consejo Federal de Salud para el período 2004-2007 también incluye metas respecto de la atención posaborto:

- Lograr en cuatro años reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto de los valores del año 2000-2001.
- Lograr al 2007 que al menos el 60% de las mujeres en situación de posparto y posaborto sean referidas a los programas de salud sexual y procreación responsable de cada jurisdicción provincial.
- Lograr en cuatro años que en todas las jurisdicciones se apliquen las normas, en estudio, para el tratamiento posaborto y violencia.

Por último, en el año 2005 el Ministerio de Salud de la Nación elaboró la “Guía para el manejo del aborto incompleto”⁴¹, que reúne una serie de pautas para los profesionales que intervienen en la atención. Este documento recomienda la técnica de la AMEU, enfatizando el trato humanizado, la confidencialidad y una actitud libre de prejuicios, así como la importancia de la consejería anticonceptiva posaborto.

5 Nudos críticos

Este breve diagnóstico de la situación del aborto en la Argentina revela la necesidad de abordar

cuestiones legales, sociales, económicas, políticas e institucionales para prevenir el aborto en todas las situaciones que sea posible, y para garantizar que la mujer que decide interrumpir su embarazo lo haga sin poner en riesgo su salud y su vida ni vulnerar sus derechos y dignidad. Para esto se deberán abordar, indefectiblemente, cuestiones como:

Disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios integrales de salud reproductiva

- Cobertura y accesibilidad de los métodos anticonceptivos.
- Información y acceso oportuno a la anticoncepción hormonal de emergencia.
- Educación sexual desde edad temprana.
- Políticas contra la violencia sexual.

Mejoramiento de la calidad de la atención en el posaborto

- Enmarcar la atención posaborto en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud.
- Fomentar la comunicación entre las mujeres y el equipo de salud basada en el respeto y el trato libre de prejuicios.
- Respetar la confidencialidad de las mujeres y atenerse al secreto profesional para no efectuar la denuncia policial.
- Incorporar la técnica de AMEU para el tratamiento del aborto incompleto como una alternativa al legrado tradicional.
- Proveer consejería en salud reproductiva y métodos anticonceptivos a todas las mujeres que se internan por aborto.

Disponibilidad de misoprostol

- Ante la evidencia y la experiencia internacional sobre los beneficios del uso del misoprostol en ginecología y obstetricia, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) debe aprobar este uso.
- El misoprostol ha transformado sustancialmente la práctica del aborto en el mundo. No cabe duda de que en los contextos donde el aborto es ilegal representa una opción de autoinducción relativamente segura que debe garantizarse.

Garantizar el acceso a los abortos no punibles

- Elaborar normas o protocolos que reglamenten y especifiquen los deberes de los profesionales de la salud frente a abortos no punibles.
- Destacar la improcedencia del requisito de autorización judicial y enfatizar la responsabilidad profesional y obligación de los médicos de atender a las mujeres en casos de aborto no punible.
- Interpretar sin restricciones el aborto terapéutico. El riesgo para la salud de la mujer, una de las causales de despenalización vigentes, debe ser interpretado según la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: *“Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Esto implica que todo peligro es considerado, y que el aborto no es punible cuando existe un riesgo para la salud física o psíquica.
- Asegurar la atención de los abortos terapéuticos. El Estado debe garantizar los recursos necesarios para resguardar el derecho de las mujeres a acceder a un aborto seguro en los casos no punibles. Por lo tanto, los hospitales públicos deben realizar la interrupción del embarazo y, si no lo hacen, asumir las consecuencias del incumplimiento de lo establecido en el Código Penal.

Reforma legal

- La penalización del aborto no evita ni disminuye su práctica sino que genera graves riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Por lo tanto, el sistema que penaliza el aborto es sumamente ineficiente, ya que termina dañando el bien que pretende proteger. Asimismo, discrimina a las mujeres pobres que son quienes sufren las consecuencias de los abortos inseguros.
- Los legisladores deben tomar conciencia de la magnitud del aborto inseguro y de sus consecuencias y de las formas en que su penalización vulnera los derechos humanos de las mujeres a la vida, la salud y la autonomía.
- La evidencia mundial demuestra que el acceso al aborto legal y seguro mejora sustancialmente la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Referencias

- 1 Código Penal, Libro Segundo, Título I, capítulo I.
- 2 Comisión para la Elaboración del Proyecto de ley de Reforma y Actualización Integral del Código Penal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
http://www.jus.gov.ar/guia/content_codigo_penal.htm
- 3 Motta, C. y Rodríguez, M.: *Mujer y justicia: el caso argentino*, Buenos Aires, Banco Mundial, 2001.
- 4 Chiarotti, S.: "El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina", en S. Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires, Paidós, 2006.
- 5 Observatorio Argentino de Bioética: Aborto por motivos terapéuticos: artículo 86 inciso 1 del Código Penal Argentino, Buenos Aires, CEDES y FLACSO- Argentina, 2006.
- 6 Tercer informe periódico (CCPR/C/ARG/98/3).
- 7 Comité de Derechos Humanos, "Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina 3/11/2000", documento UN CCPR/CO/70/ARG, pár. 14.
- 8 Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, fallos: C. P. d. P., A. K (27/06/05) y R.,L.M, (31/07/06).
- 9 Dictamen PG N° 26433/04.
- 10 Diario *Página 12*, 5 de mayo de 2007.
- 11 "Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna", Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Nación, 6 de octubre de 2004. www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/publicaciones.htm
- 12 El 23 de agosto de 2006, la mayoría de los ministros provinciales de Salud convocados por el Ministerio de Salud de la Nación en la reunión del COFESA (Consejo Federal de Salud) firmaron un compromiso en el que se ratificó que el derecho a la atención médica debía ser garantizado por el Estado, propendiendo a asegurar la provisión y el acceso a los servicios de salud de toda la población y asegurando la igualdad de oportunidades.
- 13 Human Rights Watch: *Decisión prohibida. Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en la Argentina*, vol.17, N° 1 (B), junio de 2005.
- 14 Vázquez, S.; Gutiérrez, M. A. y Spaccavento, D.: "Riesgos en salud reproductiva. Uso indebido del misoprostol en adolescentes embarazadas", informe para la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.
- 15 http://www.gynuity.org/documents/miso_approval_2005_map_revised_207.pdf
- 16 Faúndes, A.; Cecatti, J.; Conde Agudelo, A.; Escobedo, J.; Rizzi, R.; Távora, L.; y Velazco, A.: *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología*, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <http://www.despenalizacion.org.ar/publicaciones.html>
- 17 Blanchard, K.; Clark, S.; Winikoff, B.; Gaines, G.; Kabani, G. y Shannon C.: "Misoprostol for women's health: A review", en American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 99, N° 2, 2002.
- 18 Creinin, M. D.; Schwartz, J. L.; Guido, R. S. y Pymay, H. C.: "Early Pregnancy Failure-Current Management Concepts", en *Obstetrical and Gynecological Survey*, vol. 56, N° 2, 2001.
- 19 Faundes, A.; Santos, L.C.; Carvalho, M. y Gras, C.: "Postabortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol", en *Advances in Contraception* vol. 12, 1996.
- 20 Lafaurie, M. et al.: *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*, México D.F., IPAS y Population Council.
- 21 Coelho, H.L.; Teixeira, A. C.; Santos, A. P.; Forte, E. B.; Moraes, S. M.; La Vecchia, C. et al.: "Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil", en *Lancet*, vol. 341, 1993.
- 22 www.misoprostol.org
- 23 World Health Organization: *Frequently asked questions about medical abortion. Conclusions of an International consensus conference on medical abortion in early first trimester*, Bellagio, Italy, Ginebra, 2006
- 24 Pantelides, E.; Mario, S.; Fernández, S.; Manzelli, H.; Gianni, C. y Gaudio, M.: "Estimación de la magnitud del aborto inducido", informe preliminar presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2006.
- 25 El valor resulta del cálculo de estimación del aborto inducido por medio del método de los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto (Singh, S. y Wulf. D.: "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", en International Family Planning Perspectives, número especial, 1994) y es también el valor promedio del rango estimado por el método residual (Bongaarts, J.: "A framework for the analysis of the proximate determinants of fertility" en Population and Development Review, vol. 4, N° 1, 1978.
- 26 En el año 2000 reportó datos sólo el 40% de los 3.318 establecimientos con internación correspondientes a todos los subsectores.
- 27 Último año para el cual este dato está disponible.
- 28 Ya que el total de embarazos es un número desconocido se toma el número de nacidos vivos como proxy de número de embarazos.
- 29 Insua, I.: "Morbilidad materna severa en la Argentina: prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y consecuencias adversas del aborto", informe presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2007 (mimeo)
- 30 El aumento de 46% corresponde al promedio nacional. En algunas provincias el aumento de los egresos por aborto entre 1995 y 2000 triplica el promedio nacional: Provincia de Buenos Aires 70%, La Rioja 143%, Misiones 62%, San Luis 148% y Santa Cruz 69%.
- 31 Faúndes, A.; Cecatti, J.; Conde Agudelo, A.; Escobedo, J.; Rizzi, R.; Távora, L.; y Velazco, A. (2007) *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología*. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: http://www.sogvzla.org/FTP/SGOV/online/2007/FLASOG_M.PDF
- 32 La tasa de mortalidad materna es de 3,9 por 10.000 nacidos vivos (2005). El 32% de estas muertes se debe a complicaciones de abortos.
- 33 Faúndes, A. y Barzelatto, J.: "El drama del aborto. En busca de un consenso", Bogotá, Tercer Mundo, 2005.
- 34 Ramos, S.; Romero, M.; Karolinski, A.; Mercer, R.; Insua, I.; del Río Fortuna, C. et al.: Para que cada muerte materna importe, Buenos Aires, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004. Disponible en www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html.
- 35 Chiarotti, S.; García Jurado, M; Aucía, A. y Armichiardi, S.: Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre la atención en salud reproductiva en hospitales públicos. INSEGNAR/CLADEM, 2003.
- 36 Un estudio en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires mostró que 55% de las mujeres internadas por aborto no recibió información sobre métodos anticonceptivos antes del alta (Romero, M.; Zamberlin, N. y Gianni, M. C.: "La calidad de la atención en las complicaciones de aborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos". Trabajo presentado en el 11 mo Congreso Mundial de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil, 2006).
- 37 Organización Mundial de la Salud (OMS) *Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*, 2003, Disponible en <http://espanol.iwhc.org/docUploads/WHO%20Guidance%20en%20Espa%C3%B1ol.pdf>
- 38 Grupo de Trabajo FIGO/OMS "Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y ginecólogos" Relatorio Final, CEMICAMP, Campinas, Sao Paulo, Brasil, 2-5 de marzo de 1997 (mimeo)
- 39 Domínguez, A. et al.: "Situación de la salud y el aborto en Argentina", informe presentado en el marco del programa 2002-2004 de los Derechos Sexuales y Reproductivos, DAWN (Development Alternatives for Women), 2004. Disponible en: <http://www.dawnnet.org/publications/2007pub/SRRH/argentina.pdf>
- 40 "Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna" Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Nación, 6 de octubre de 2004.
- 41 www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/publicaciones.htm
- 42 www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/publicaciones.htm

