



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



FLACSO
ARGENTINA

Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER SOBRE EL ABORTO EN LATINOAMÉRICA

Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Abortion policy in transition: from pre and post abortion counseling to legal interruptions of pregnancy at Metropolitan Area of Buenos Aires

Polítiques públiques d'avortament en transició: de les conselleries pre i post avortament a la interrupció legal de l'embaràs a l'Àrea Metropolitana de Buenos Aires

SANDRA FERNÁNDEZ VÁZQUEZ *

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Sandra Fernández Vázquez, Licenciada y Magister en Ciencia Política y de la Administración. Doctora (C) en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)/ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Argentina. E-mail: sandrasalo.fernandez@gmail.com.

Resumen

En este artículo, analizamos la transición desde el modelo de consejerías pre y post aborto hacia la implementación de las interrupciones legales del embarazo (ILE) en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Mientras el primer modelo se enmarca en el paradigma de la reducción de riesgos y daños, la implementación de las interrupciones legales del embarazo ressignifica como un derecho las causales de no punibilidad contempladas en el Código Penal argentino de 1921, a saber: la causal violación y la causal salud. En este trabajo, analizamos en qué contexto se produce esta transición, cuáles han sido los factores que han contribuido y qué diferencias supone este cambio de modelo.

Palabras clave: políticas de aborto; consejerías pre y post aborto; interrupciones legales del embarazo; reducción de riesgos y daños; aborto medicamentoso; misoprostol.

Abstract

In this paper, we analyze the transition from pre and post abortion-counseling model to the implementation of legal interruptions of pregnancy (ILE, for its Spanish initials) in the Metropolitan Area of Buenos Aires. Whereas the first model is framed in the paradigm of risk and harm reduction, the implementation of legal interruptions of pregnancy resignifies as a right the cases of non-punishable abortion included at the Argentine Penal Code of 1921, namely: cases of rape and cases of maternal health or life risk. In this paper, we analyze in which context this transition takes place, which factors have contributed and what differences this change of model implies.

Keywords: policy abortion; pre and post abortion-counseling; legal interruptions of pregnancy; risk and harm reduction; medical abortion; misoprostol.

Resum

En aquest article analitzem la transició des del model de conselleries pre i post avortament cap a la implementació de la interrupció legal de l'embaràs (ILE) a l'Àrea Metropolitana de Buenos Aires. Mentre el primer model s'emmarca en el paradigma de la reducció de riscos i danys, la implementació de la interrupció legal de l'embaràs estableix com un dret els supòsits de no punibilitat contemplades en el Codi Penal argentí de 1921, a saber: el supòsit de violació i el supòsit de salut. En aquest treball, analitzem en quin context es produeix aquesta transició, quins han estat els factors que hi han contribuït i quines diferències suposa aquest canvi de model.

Paraules clau: polítiques d'avortament; conselleries pre i post avortament; interrupció legal de l'embaràs; reducció de riscos i danys; avortament farmacològic; misoprostol.

1. Introducción

En Argentina, el Código Penal (en adelante, CPA) de 1921 tipifica el aborto como un delito contra las personas y prevé penas de prisión, tanto para quien ejecuta la práctica como para la mujer que la consiente¹. A pesar de esta tipificación, contempla dos *causales* de no punibilidad, a saber: 1) “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”² y 2) “si 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”³. Durante gran parte del siglo XX, el articulado del CPA referente al aborto llevó a una interpretación prohibicionista, es decir, a pesar de que este texto jurídico permitía el aborto en ciertas circunstancias, la prohibición total de la práctica se institucionalizó como una norma informal⁴.

Desde 1921 hasta la inauguración del reciente periodo democrático en 1983, hubo algunas modificaciones en el estatus legal del aborto en Argentina. En 1968, se aprobó el decreto 17.567⁵ bajo el gobierno de facto de Juan Carlos Onganía. Ese decreto modificaba los incisos del artículo 86 del CPA de 1921, en los que se incluyen las causales de no punibilidad. Las modificaciones introducidas fueron: 1) requería que el “peligro para la vida o la salud de la madre” del primer inciso fuese de gravedad; 2) eliminaba la apostilla “o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” del segundo inciso; 3) exigía que se hubiese iniciado una acción judicial en el caso de violación; y 4) solicitaba el consentimiento del representante legal cuando la víctima de la violación fuese una menor o una mujer idiota o demente⁶. A partir de 1983, debido a la derogación de las leyes vigentes durante la última dictadura, el texto original del CPA de 1921 vuelve a tener vigencia.

¹ Código Penal argentino (1921), artículos 85, 87 y 88. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15> (fecha de consulta: 30/10/2017).

² *Ibid.*, artículo 86, inciso 2.

³ *Ibid.*, artículo 86, inciso 1.

⁴ BERGALLO, P.: “The struggle against informal rules on abortion in Argentina” en COOK, R., ERDMAN, J. Y DICKENS, B. (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective. Cases and Controversies*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2014.

⁵ Decreto ley 17.567. Boletín 12/01/1968. Dejó de estar vigente en 1973 a partir de la sanción de la ley 20.509 y recuperó su vigencia en 1976, cuando, durante la última dictadura Argentina (1976-1983), se recupera la legislación del Onganiato a través de la ley 21.338.

⁶ BERGALLO, P.; RAMON MICHEL, A.: “El aborto no punible en el derecho argentino”, Hoja Informativa, nº9. 2009. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/09_bergallo_michel.pdf.

En este contexto legal restrictivo, se produce un avance en 2012, a través de un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante, CSJN): el fallo F., A. L. s/medida autosatisfactiva, en el que la CSJN se pronuncia en abstracto sobre las causales de no punibilidad contenidas en el artículo 86 del CPA. En ese fallo, la Corte señala que el aborto es legal en Argentina cuando exista riesgo para la salud o la vida de la mujer gestante y en todos los casos de violación; prohíbe la judicialización de los casos de aborto no punible (ANP) y la obstaculización por parte de los servicios de salud; e insta a las provincias a dictar protocolos para garantizar el acceso a los abortos legales⁷.

La segunda década del siglo XXI, que comenzó con el fallo F.A.L., se ha caracterizado por una mayor accesibilidad a los abortos legales. Además del pronunciamiento de la CSJN en 2012, otros factores han contribuido a esta mayor accesibilidad, a saber: 1) la disponibilidad de misoprostol en Argentina (y en general, en América Latina), así como un mayor conocimiento sobre su uso abortivo; 2) la introducción en el ámbito de los servicios de salud pública de iniciativas encaminadas a garantizar el acceso a los abortos seguros bajo el paradigma de la reducción de riesgos y daños, en el caso de Argentina, las consejerías pre y post aborto⁸; 3) la mayor organización de los/las profesionales de la salud que garantizan el acceso a este derecho; y 4) la publicación en 2015 del *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*⁹ por parte del Ministerio de Salud de la Nación, que además de retomar el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), definida por el principio de integralidad y no como ausencia de enfermedad, propone un giro semántico al reconceptualizar los abortos *no punibles* (ANP) como interrupciones *legales* del embarazo (ILE).

Como se sugirió en el párrafo anterior, la popularidad y disponibilidad del misoprostol y del aborto medicamentoso como práctica, así como la difusión de información sobre el uso abortivo de este fármaco, han transformado el acceso a los abortos seguros en Argentina y en la región. Asimismo, ha brindado a los/las profesionales de la salud una herramienta para reducir la

⁷ Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012), Fallo F. A. L., F259 XLVI disponible en <http://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>.

⁸ Si bien son identificadas como dos estrategias diferentes, las consejerías pre y post aborto han sido un antecedente necesario a la implementación de las interrupciones legales del embarazo bajo la causal salud integral.

⁹ Ministerio de Salud de Nación, Argentina, "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo", 2015. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf (Fecha de consulta: 4/11/17).

morbimortalidad de las gestantes en un país en el que, según estimaciones de Mario y Pantelides¹⁰, se producen entre 371.965 y 522.000 abortos al año¹¹.

En este artículo, analizamos la transición desde el modelo de consejerías pre y post aborto, basado en el modelo de reducción de riesgos y daños que identifica el aborto como un problema de salud pública, a la implementación de las interrupciones legales del embarazo, en el que los/las profesionales de la salud que garantizan el acceso al aborto, lo hacen enmarcando la práctica en las causales contempladas en el CPA. En este sentido, el año 2015, en el que se conforma la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decir y el Ministerio de Salud de Nación publica el Protocolo mencionado, es un año bisagra.

El artículo se estructura en dos partes: en la primera, tras una breve descripción metodológica, se analizan las consejerías pre y post aborto y la implementación de las interrupciones legales del embarazo a partir de la literatura sobre políticas públicas; en la segunda parte, se describe la transición de un modelo a otro, se indaga sobre los factores que han permitido esta transición y sobre las transformaciones que ha generado ésta.

2. Metodología

Este artículo es producto de mi investigación de doctorado. A través de un modelo de investigación cualitativa, analizo las políticas públicas en materia de aborto que se han implementado en el Área Metropolitana de Buenos Aires entre 2007 y 2017. Las técnicas de recolección de datos han sido: 1) análisis de documentos (leyes, decretos, ordenanzas, guías médicas del Ministerio de Salud de la Nación y otros documentos institucionales); 2) entrevistas en profundidad a profesionales de la salud que actúan como implementadores de las políticas de aborto; 3) observaciones no participantes de los espacios de salud en los que se desempeñan algunos/as de los/las profesionales entrevistados/as, en los casos en los que la entrevista se realizó en el servicio.

¹⁰ MARIO, S.; PANTELIDES, A.: "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", *CEPAL, Notas de Población*, 87: 95-120, 2009.

¹¹ No contamos con cifras oficiales, dado que no existe un registro que discrimine entre abortos inducidos y espontáneos, y tampoco estadísticas a nivel nacional de la práctica. Por lo tanto, esta estimación, calculada mediante el método residual y el método por egresos hospitalarios, es la cifra que suele repetirse para mostrar la magnitud del aborto en Argentina. Para más información sobre estas estimaciones, ver Mario y Pantelides, *op. cit.*

La selección de los/las entrevistados se llevó a cabo mediante un muestreo intencional o de conveniencia, en el que el criterio de selección fue que se tratase de profesionales de la salud que estuviesen realizando consejerías en aborto y/o garantizando el acceso a las interrupciones legales del embarazo. Se realizaron veintitrés entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud, una entrevista grupal a un equipo de salud y una entrevista a una funcionaria del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las entrevistas se realizaron entre enero de 2015 y junio de 2017. En todas las entrevistas se leyó una hoja de consentimiento informado, los/las entrevistados/as prestaron consentimiento a la realización y registro de audio de la misma, excepto en un caso¹², y se asumió el compromiso de garantizar la confidencialidad de los/las entrevistados/as así como sus pertenencias institucionales.

3. Políticas públicas de aborto en un contexto de legalidad restrictiva

¿Se puede hablar de políticas públicas de aborto en un Estado en el que la práctica está penalizada?
¿A quién corresponde el diseño, la planificación y la implementación de una política pública? Si partimos de una definición de política pública en la que el *policy making* es una prerrogativa exclusiva de la élite política¹³, la respuesta a la primera pregunta podría ser negativa. Sin embargo, no sólo debemos entender a las políticas públicas como las acciones y las omisiones del Estado, sino también a éste como una arena de negociación¹⁴, en la que los diferentes actores, entre ellos la burocracia estatal, construyen sentidos, significados y sus acciones tienen efectos sobre la política. Oszlak y O'Donnell definen las políticas públicas como:

*“un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil. De dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa [...]”*¹⁵.

¹² En este caso, la entrevistada accedió a mantener una conversación informal, pero no firmó el consentimiento informado ni permitió la grabación de la misma.

¹³ HOPPE, R. “Heuristics for practitioners of policy design: Rules-of-thumb for structuring unstructured problems”. *Public Policy and Administration*, 2017, 0(0), 1-25.

¹⁴ OSZLAK, O.; O'DONNELL, G.A., *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1981.

¹⁵ *Ibid.*, p.14.

La literatura sobre políticas públicas ha construido modelos analíticos en los que éstas son presentadas de un modo lineal, caracterizadas por la sucesión de etapas, como el “ciclo de la política pública”¹⁶, y el verticalismo, como el modelo *top down*¹⁷. Estos modelos obvian o subestiman la injerencia de las burocracias estatales, quienes, en última instancia, están frente a los/las beneficiarios de esas políticas. En algunos casos, las acciones de los/las implementadores/as que se distancian de los objetivos definidos en la formulación de la política pública son calificadas como “distorsiones”¹⁸. Sin embargo, otros modelos, como el modelo *bottom up*, identifican que las burocracias estatales pueden tener objetivos propios y desarrollar estrategias que reconduzcan la política hacia la consecución de estos¹⁹. Oszlak y O'Donnell señalan que estas distorsiones, que ellos denominan “conflicto de políticas”, se producen cuando existen unidades dentro del aparato estatal con un grado variable de autonomía y de influencia sobre el proceso de la política pública²⁰. En este sentido, los/las profesionales de la salud, como muestran los trabajos de Crojethovic sobre la informalidad en el ámbito de la salud en Argentina²¹, gozan de un elevado nivel de autonomía.

En un trabajo previo, propuse un concepto para referir a aquellas políticas que surgen en los ámbitos en los que no existe una planificación y regulación concisa que imponga lineamientos a quienes cumplen el rol de la implementación. Este concepto, las políticas difusas²², pone el acento en el rol de las burocracias estatales en la construcción de políticas públicas que emanan desde abajo y que contribuyen a imprimir una determinada direccionalidad del Estado en esa materia, aun cuando, desde la élite política, no haya surgido una planificación o regulación precisa.

En lo que respecta a las políticas públicas de aborto durante la última década en el Área Metropolitana de Buenos Aires, los/las profesionales de la salud han tenido un rol destacable.

¹⁶ MENY, I.; THOENIG, J.C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ed. Ariel SA, 1992.

¹⁷ Una descripción de las principales de este modelo se puede encontrar en: SABATIER, P.A. “Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis”. *Journal of Public Policy*, 1986, vol. 6, no 1, p. 21-48.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ OSZLAK, O.; O'DONNELL, G.A. *Op. cit.*, p. 14.

²¹ CROJETHOVIC, M. *Desde abajo, la construcción de políticas públicas en salud. Hacia una definición de la informalidad*. Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires, 2010.

²² FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, S. “Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina”. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 2017, vol. 16, no 1.

McReynolds los ha denominado *insider activists*²³, activistas que usan el aparato del Estado, a través del sistema público de salud, para expandir el acceso a los abortos seguros. En este sentido, el concepto de políticas difusas permite analizar las acciones de los/las profesionales de la salud que implementan las consejerías pre y post aborto y las ILE, no como prácticas aisladas, sino como políticas públicas, en cuyo proceso, estos efectores actúan como identificadores del problema, formuladores, decisores e implementadores de la política.

4. Aborto con medicamentos²⁴: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el sistema público de salud

El contexto legal del aborto, restrictivo en la mayoría de los países de la región, ha hecho que el aborto medicamentoso se haya convertido en una alternativa económica, segura y efectiva, que rara vez produce complicaciones si los medicamentos son administrados correctamente. En Argentina, al igual que en la mayoría de los países de la región²⁵, no está disponible la mifepristona, por eso los abortos medicamentosos se realizan mediante el uso de misoprostol, exclusivamente.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (en adelante, ANMAT), organismo que regula el registro y comercialización de medicamentos en Argentina, ha aprobado dos especialidades medicinales que contienen misoprostol, a saber: 1) el Misop del Laboratorio Domínguez, comprimidos de 25mcg de misoprostol, de distribución intrahospitalaria; y 2) el Oxaprost® del Laboratorio Beta, comprimidos que combinan diclofenaco en dosis de 50 o 75mg con 200mcg de misoprostol. Esta segunda presentación se vende en farmacias, pero hay dos trabas que dificultan su accesibilidad: por una parte, el requisito de la

²³ MCREYNOLDS-PÉREZ, J. "Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, vol. 17, no 2, p. 350.

²⁴ En el sistema público de salud se realizan abortos mediante diferentes metodologías. En este apartado, el foco está puesto en los abortos con medicamentos porque ha sido la existencia de fármacos abortivos la que ha permitido a profesionales de la salud del primer nivel de atención, ámbito en el que se realizan las consejerías pre y post aborto y un gran número de interrupciones legales del embarazo, desarrollar prácticas que garanticen el acceso a abortos seguros.

²⁵ En la región, sólo está disponible la mifepristona en Uruguay, Ciudad de México y Colombia. Para más información sobre la disponibilidad de estos fármacos, ver: ZURBRIGGEN, R. *Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad*, CLACAI, 2017.

venta bajo receta archivada²⁶; y por otra parte, el elevado costo²⁷. Es el Oxaprost® el que se utiliza para abortar²⁸, tanto en las ILE, en las que se hace un uso *off label* de la medicación, como en los casos en los que las mujeres no acceden a un aborto en los términos en los que define el CPA.

Si bien algunas investigaciones indican que el uso abortivo de este fármaco fue descubierto por las mujeres de América Latina²⁹, se ha convertido en una herramienta para los/las profesionales de la salud que procuran mitigar las consecuencias de los abortos inseguros, es decir, reducir las cifras de morbilidad y mortalidad de las gestantes, brindando información sobre cómo acceder a un aborto seguro con medicamentos, bajo el enfoque de “reducción de riesgos y daños”. Erdman³⁰ identifica tres principios que definen este enfoque: en primer lugar, el principio de neutralidad, que supone entender el aborto como un problema de salud pública y sortear las alusiones a aspectos morales; en segundo lugar, el principio de humanismo, que reconoce a las mujeres como sujetos de derecho, capaces de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y que, más allá de esas decisiones, deben ser tratadas con respeto y dignidad; y, por último, el principio de pragmatismo, que implica reconocer la ubicuidad de la práctica del aborto, con independencia de su estatus legal.

En América Latina, el enfoque de reducción de riesgos y daños fue introducido por primera vez como política pública en Uruguay, a través de un equipo médico del Centro Hospitalario Pereyra Rossell, de la ciudad de Montevideo. Este equipo había realizado un estudio sobre la situación epidemiológica del aborto provocado y, entre los resultados, identificó que éste era la primera causa de muerte de las gestantes. A partir de este estudio, en 2001 comienzan a dar los primeros pasos para la introducción de la “Estrategia Sanitaria de Reducción de Daños” y a fomentar el debate sobre

²⁶ Este requisito se introdujo a través de la Disposición ANMAT N° 3646/1998 y supone que la farmacia archiva un ejemplar de la prescripción médica, en el que se incluye nombre, apellido y DNI de la paciente, y nombre, apellido y matrícula profesional del/de la prescriptor/a.

²⁷ Según el Vademecum de ANMAT, en octubre de 2016, la presentación de 16 comprimidos de Oxaprost tenía un valor comercial de \$1632,60 (USD108), y en enero de 2018, el precio de esa misma presentación ascendía a \$2803 (USD 144). En lo que respecta al mercado clandestino, el precio es aún más elevado.

²⁸ Otras marcas comerciales, como Cytotec® del laboratorio Pfyzer, que sí se comercializa en otros países de América Latina, son adquiridas en el mercado clandestino.

²⁹ DINIZ, D. “Harm Reduction and Abortion”. *Developing World Bioethics*, 2012, vol. 12, no 3.

³⁰ ERDMAN, J.N. “Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, vol. 118, no 1, p. 83-86.

el aborto como un problema de salud pública entre los/las profesionales de la medicina³¹. Este enfoque se institucionaliza a través de la ordenanza ministerial n°369 de 2004³².

En Argentina, si bien algunos profesionales entrevistados/as señalan haber conocido la existencia del misoprostol y su uso abortivo desde finales de los años noventa, es en el segundo lustro de los años dos mil cuando comienzan a introducirse las “consejerías pre y post aborto”, denominación que toma el enfoque de reducción de riesgos y daños en este país. La experiencia uruguaya tuvo una importante influencia en esta etapa inicial. Según Mariana Carbajal, una de las médicas del Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, institución que fue pionera en la introducción de las consejerías:

“[...] el equipo médico [del servicio mencionado] decidió empezar a brindar consejería “pre y post aborto”, siguiendo el modelo uruguayo, creado en 2001 en el Hospital Pereira Rossell, de Montevideo, cuya maternidad es la más importante del país [...]. Un grupo de profesionales viajó a Uruguay, conoció el protocolo de atención y lo implementó finalmente en el Argerich a partir de 2004”³³

Las “consejerías pre y post aborto” son espacios de escucha y acompañamiento en los que los/las profesionales de la salud brindan información sobre cómo realizarse un aborto con medicamentos, con el objetivo de que la persona que cursa un embarazo, y ha decidido abortar, no ponga en riesgo su salud y su vida. La información que se brinda es pública y se basa en bibliografía científica y guías técnicas como *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, de la OMS³⁴.

El proceso de implementación de las consejerías estuvo determinado por el contexto legal del aborto, sus reinterpretaciones y la clandestinidad que rodea la práctica. Si bien estos espacios de consejerías se sustentan en el deber de confidencialidad de los/las profesionales de la salud, el principio de autonomía de los/las pacientes y el derecho de éstos a recibir información confiable con respecto a su salud, tres de los principios contenidos en la Ley Nacional 26.529, que regula las relaciones entre profesionales y pacientes, algunos/as de los/las profesionales de la salud

³¹ BRIOZZO, L. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 2002.

³² Ministerio de Salud, Uruguay, Ordenanza 369/04. Disponible en: <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/13-Uruguay-Measures-of-protection-against-unsafe-abortion.pdf> (Fecha de consulta: 28/02/2018).

³³ CARBAJAL, M. “Consejerías para el antes y el después”. *Página 12*, 15 de julio de 2007. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-88141-2007-07-15.html>.

³⁴ OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2012.

entrevistados/as manifestaban incertidumbre y temor sobre los límites de las consejerías, incertidumbre con respecto a qué podían hacer y qué no, y temor a las consecuencias de franquear esa frontera.

Así, los primeros pasos de quienes encarnaron esa implementación se veían limitados por la interpretación del estatus legal del aborto que era transmitida desde las esferas de toma de decisión política. Una médica generalista de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires describe como un límite impuesto el no hacer la receta de la medicación. Según ella, no hacer la receta connotaba un importante obstáculo en el acceso a la medicación por parte de las mujeres y dificultaba la efectividad de las consejerías:

“[...] se hace en el Ministerio de Salud de Nación, en el programa de Salud Sexual y Reproductiva, bastante tiempo después, 2011, por ahí[...] se hace esta bajada de línea de “reducción de riesgos y daños” y de que “el riesgo legal cero es no hacer receta”, y hay toda una presentación de un estudio de abogadas [...] ahí teníamos una forma muy difícil de trabajar, porque conseguir la medicación [...] era como muy terrible porque aparte es este lugar de poner a la mujer más en la clandestinidad” (Médica generalista, CABA)

Las consejerías pre y post aborto, y el enfoque de reducción de riesgos y daños, son evaluadas por los/las profesionales de la salud como una limitación, no sólo por la dificultad que enfrentan las mujeres para acceder a la medicación sin receta, sino porque mantienen sus prácticas en una zona gris en este contexto de legalidad restrictiva. Precisamente, la transición hacia la implementación de las ILE es visto no sólo como una “simple cuestión política y de posicionamiento [...] [sino] que tiene que ver también con el resguardo profesional y resguardo de la persona que viene [la mujer embarazada]” (Médica generalista, Zona Norte GBA). A pesar de las limitaciones que entraña el enfoque de reducción de riesgos y daños, es visto como “lo que se podía hacer en ese momento” (Médica generalista, CABA) y sigue estando vigente en aquellos espacios en los que el contexto político e institucional no permitieron la transición hacia el modelo de la implementación de las interrupciones legales del embarazo.

4.1. La causal salud “ampliada” y un nuevo contexto para las ILE

El 2015 fue un año bisagra en lo que respecta a las políticas de aborto. Si bien, desde 2012, el fallo F.A.L. se había convertido en la herramienta jurídica para exigir la práctica del aborto en las causales contempladas en el CPA, esta práctica se realizaba en mayor medida en el segundo nivel de atención, mientras el primer nivel realizaba principalmente consejerías bajo el paradigma de

la reducción de riesgos y daños. Sin embargo, ya desde 2014, varios equipos de salud que realizaban consejerías pre y post aborto empiezan a reinterpretar la causal contemplada en el inciso 1 del artículo 86, aquella que refiere al riesgo para la salud o la vida de la persona gestante. Esta reinterpretación toma como punto de partida la definición de salud incluida en la Constitución de la OMS de 1948, a saber: “[...] estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³⁵. Esta misma definición fue incluida en el *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*, publicado en 2015 por parte del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, este protocolo incorpora “pautas para identificar” la causal salud que pueden sintetizarse en los siguientes principios: 1) el principio de integralidad, que refiere a incorporar a la definición de salud las dimensiones física, mental y social; 2) el concepto de riesgo como probabilidad de ocurrencia, que no requiere la constatación de una patología o afección; 3) el principio de autonomía de las mujeres, que exige que sea la gestante quien defina “qué tipo de peligro está dispuesta a correr”³⁶. Esta interpretación es denominada por los/las profesionales de la salud como causal salud “ampliada”, adjetivo que denota una interpretación menos restrictiva del inciso 1 del artículo 86 del CPA. Si bien este protocolo no está amparado por una resolución ministerial, sino que se trata de una revisión de la *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*³⁷, permitió el cambio de paradigma en aquellos equipos de salud que realizaban consejerías pre y post aborto y que, amparados en este protocolo, comenzaron a implementar interrupciones legales del embarazo bajo esta causal salud “ampliada”.

Semanas después de la publicación del Protocolo mencionado, el 28 de mayo de 2015, se produjo la presentación de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, al seno de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Se trata de una experiencia de articulación nacional de la que, en la actualidad, forman parte alrededor de setecientos profesionales de diferentes provincias de la Argentina. Se definen como “el eslabón más concreto de la política pública [...] quienes realizan interrupciones legales del embarazo dentro del sistema público de salud”³⁸.

³⁵ OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>.

³⁶ Ministerio de Salud de Nación, 2015, *op. cit.*

³⁷ Ministerio de Salud de Nación, Argentina, *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*, 2010. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf>.

³⁸ Esta definición está contenida en un folleto impreso que fue repartido por integrantes de la Red el 19 de febrero de 2018, en una actividad a favor del derecho al aborto realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La transición en las políticas públicas de aborto, desde las consejerías hacia la implementación de las ILE, ha supuesto transformaciones en la práctica. Si bien un gran número de interrupciones se realiza con pastillas, a partir de la misma información que se brindaba en las consejerías, se han dado modificaciones que han contribuido, en palabras de los/las profesionales entrevistados/as, a darle mayor calidad a la práctica, a saber: 1) la creación de un instrumento de diagnóstico en el que las categorías derivan de las narrativas de las mujeres, es decir, son éstas quienes definen las razones por las que acceden a una interrupción legal del embarazo; 2) el registro de la práctica, que se realiza en la historia clínica de la paciente, mediante una extensa justificación que incluye argumentos que apelan al CPA y al Protocolo de 2015; 3) menores barreras en el acceso a la medicación, bien porque se entrega gratuitamente a la paciente, o bien porque se facilita la prescripción médica.

Esta nueva política pública de aborto, que ha permitido un mayor acceso a las ILE en el Área Metropolitana de Buenos Aires, encuentra mayores obstáculos si la persona se encuentra cursando el segundo trimestre de gestación, dado que estas intervenciones se realizan en el segundo nivel de atención. Según una funcionaria del Programa de Salud Sexual de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a pesar del Protocolo, la causal salud no es interpretada de forma homogénea en el primer y en el segundo nivel de atención, éste último tiene una mirada más restrictiva:

“[Con respecto a] la causal salud, la mayor discusión es en el segundo trimestre porque el primer trimestre, en general, queda en manos de quienes tienen una mirada muy amplia [el primer nivel de atención]. Y el segundo trimestre queda en manos de quienes tienen una mirada mucho más restrictiva” (Funcionaria Programa de Salud Sexual de CABA).

La inexistencia de una regulación normativa, que le dé fuerza de ley al Protocolo mencionado, habilita la discrecionalidad en la interpretación que cada profesional hace del alcance de las causales. Es decir, el Protocolo legitima a quienes, como “eslabones concretos de la política pública”, implementan las interrupciones legales del embarazo entendiendo la salud de un modo integral. Sin embargo, no impide que, ante “causales light”³⁹, en palabras de una médica generalista de la Zona Norte del Gran Buenos Aires, algunos/as profesionales puedan restringir el acceso a la ILE.

³⁹ Una “causal light” serían aquellas que, enmarcadas en la causal salud “ampliada”, refieren a dimensiones que podrían ser puestas en cuestión por otros/as profesionales, por ejemplo: la dimensión social de la salud o, en algunos casos, la dimensión salud mental, cuando no existe una patología.

5. Conclusiones

Las políticas públicas de aborto en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en la última década, han estado en manos de “los eslabones más concretos de la política pública”, *insider activists*, que usando el aparato del Estado, a través del sistema de salud público, han generado condiciones de mayor accesibilidad a los abortos seguros, primero a través de las consejerías pre y post aborto y, desde 2015, a través de la resignificación de las causales de no punibilidad contempladas en el CPA.

La transición en las políticas de aborto, que se produjo en aquellos equipos de salud, principalmente del primer nivel de atención, que venían realizando consejerías bajo el paradigma de la reducción de riesgos y daños, estuvo signada por varios factores: 1) la disponibilidad de misoprostol y el conocimiento sobre su uso abortivo; 2) la experiencia acumulada de estos equipos debido a la implementación previa de las consejerías; 3) la mayor organización de los/las profesionales en espacios como la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir; y 4) la publicación de un Protocolo, un documento ministerial, que aporta una definición menos restrictiva de las causales contempladas en el CPA.

Si bien esta transición desde las consejerías hacia la implementación de las ILE ha contribuido a un mayor acceso a los abortos legales, la inexistencia de una regulación normativa, que le dé fuerza de ley al Protocolo, habilita la discrecionalidad en la interpretación de las causales del CPA, no sólo en el AMBA, sino también en todo el territorio federal.

Bibliografía

- ◆ BERGALLO, P.: “The struggle against informal rules on abortion in Argentina” en COOK, R., ERDMAN, J. Y DICKENS, B. (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective. Cases and Controversies*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2014.
- ◆ BERGALLO, P.; RAMON MICHEL, A.: “El aborto no punible en el derecho argentino”, Hoja Informativa, nº9. 2009. Disponible en:
http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/09_bergallo_michel.pdf.
- ◆ BRIOZZO, L. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 2002.

- ◆ CÓDIGO PENAL ARGENTINO, 1921.
- ◆ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, Fallo F, A. L., F259 XLVI, 2012. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>.
- ◆ CROJETHOVIC, M. *Desde abajo, la construcción de políticas públicas en salud. Hacia una definición de la informalidad*. Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires, 2010.
- ◆ DINIZ, D. "Harm Reduction and Abortion". *Developing world bioethics*, 2012, vol. 12, no 3.
- ◆ ERDMAN, J. N. "Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, vol. 118, no 1, p. 83-86.
- ◆ FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, S. "Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina". *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 2017, vol. 16, no 1.
- ◆ HOPPE, R. "Heuristics for practitioners of policy design: Rules-of-thumb for structuring unstructured problems". *Public Policy and Administration*, 2017, 0(0), 1-25.
- ◆ MARIO, S.; PANTELIDES, A.: "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", *CEPAL, Notas de Población*, 87: 95-120, 2009.
- ◆ MCREYNOLDS-PÉREZ, J. "Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context". *BMC pregnancy and childbirth*, 2017, vol. 17, no 2, p. 350.
- ◆ MENY, I.; THOENIG, J.C. *Lãs políticas públicas*. Barcelona: Ed. Ariel SA, 1992.
- ◆ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, ARGENTINA, *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*, 2010. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf>.
 - Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, 2015. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf (Fecha de consulta: 4/11/17).
- ◆ OMS, CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1948. Disponible en:
 - *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2012. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1

- ◆ OSZLAK, O.; O'DONNELL, G.A., *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1981.
- ◆ SABATIER, P.A. "Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis". *Journal of Public Policy*, 1986, vol. 6, no 1, p. 21-48.
- ◆ VÁZQUEZ, S.; CALANDRA, N.; REAL, P.; ZINGMAN, F.; MEDINA, V.; CORRAL, A.M; BERNER, E. "Un nuevo desafío en la atención de la adolescente: Consejerías pre y post aborto", *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, vol.13, nº6, 2006.
- ◆ ZURBRIGGEN, R. *Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad*, CLACAI, 2017.

Fecha de recepción: 1 de marzo de 2018

Fecha de aceptación: 4 de mayo de 2018