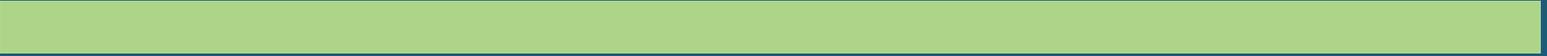


CEMUPRO



Analisis de diseño de política pública:
Protocolos de Interrupción Legal del Embarazo: Comparación Rosario y CABA



CEMUPRO

**Análisis de diseño de
política pública**

*Protocolo de Interrupción
Legal del Embarazo
comparación*

Rosario



CABA



Índice

Introducción	4
El primer paso a la hora de evaluar el diseño de una política pública: el referencial.....	5
¿Qué es un referencial de Política Pública?	5
¿Por qué es clave dar cuenta del referencial respecto a los Abortos no punibles?.....	5
Relevamiento del referencial predominante.....	6
Referencial(es) de las políticas sobre la salud sexual y reproductiva	8
Objeto de análisis: los protocolos de Interrupción Legal del Embarazo.....	9
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9
Rosario	9
Evaluación de diseño de la política	11
Análisis de relevancia	11
Análisis de pertinencia	13
Intervención Administrativa / Procedimiento.....	14
Plazo para la interrupción de la gestación (en caso de ILE producto de violación)	16
Requisito de intervención de equipo interdisciplinario.....	16
Causal Salud	17
Objeción de conciencia.....	17
Plazo para llevar adelante la práctica.....	18
Asistencia integral	19
Conclusiones	21
El fallo F.A.L. punto de partida	21
Nuestro análisis	21
Autores	24
Bibliografía consultada	25

Introducción

No caben dudas que el 2018 fue un año bisagra en relación a la discusión sobre la despenalización y legalización del aborto en Argentina. El tema no sólo tomó notorio estado público, viéndose involucrada la sociedad civil en su conjunto, sino que además fue tratado en ambas cámaras del Congreso de la Nación por primera vez en la historia de nuestro país.

Lo cierto es que, más allá de que la propuesta no llegó a ser ley, en Argentina el acceso a esta práctica es legal hace casi un siglo (interrupción legal del embarazo -ILE-); siempre que esté presente alguno de los causales tipificados en el artículo 86 del Código Penal de la Nación.

En marzo del 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación -CSJN- (a través del caso "F. A.L. s/ medida autosatisfactiva") vino a poner fin a la discrepancia que existía en la doctrina acerca de la interpretación de la norma, y, entre otras cosas, exhortó al Estado Nacional y a las jurisdicciones provinciales a que sancionen protocolos hospitalarios que garanticen el acceso de las mujeres a ejercer su derecho.

Esta publicación se propone evaluar dos protocolos: el de la Ciudad de Buenos Aires y el de la Ciudad de Rosario.

Para tomar mejores decisiones sobre las intervenciones estatales que afectan la vida de las personas; es necesario evaluar no solamente cuál fue el impacto de las políticas implementadas, sino también cómo fueron pensadas y confeccionadas dichas políticas.

Si bien es fundamental conocer y aprender sobre aquello que funcionó -y aquello que no lo hizo- una vez concretadas las acciones

diseñadas; no debemos perder de vista que la implementación de una política pública cuyo diseño no fue correcto, no producirá los objetivos esperados. Por eso es clave poder entender cuáles son las cuestiones que el diseño no está contemplando de forma eficaz.

En relación al objeto de estudio, motiva nuestra investigación el entendimiento de las políticas públicas como herramienta fundamental para impulsar las transformaciones necesarias hacia una sociedad en la que los derechos de las mujeres sean una prioridad. Pero también la convicción de que dichas políticas expresan la decisión política de los gobiernos de avanzar -o no- en la solución de los problemas de desigualdad que afectan a las mujeres.

Por eso, nuestro análisis se realizará teniendo en cuenta el diseño de la política pública, es decir, se analizarán y revisarán los elementos que justifican la necesidad de la intervención así como la forma en la que ésta se articula (Osuna, 2000).

Una evaluación de diseño determina la bondad de la lógica de la intervención, analizando "puertas adentro" la racionalidad de diagnóstico y objetivos y, "puertas afuera" la coherencia entre los distintos instrumentos de una intervención como con el resto de las políticas públicas en curso. (Bueno Suárez y Osuna Llana, 2013).

En primer lugar, se observarán las normas nacionales e internacionales, que dan forma a los referenciales dominantes en la materia; para luego evaluar la racionalidad y coherencia de los protocolos.

El primer paso a la hora de evaluar el diseño de una política pública: el referencial

¿Qué es un referencial de Política Pública?

El diseño de una política pública implica, en primera instancia, la definición -y recorte- de un problema que necesita resolución.

Aquello que se transforma en objeto de intervención pública, lo hace en función de la imagen que se hacen de ella los actores implicados. Es esta representación, el referencial de la política pública, aquella que designa el conjunto de normas o imágenes de referencia en función de las cuales se definen los criterios de intervención del Estado y los objetivos de la política pública considerada.

El concepto de referencial de una política pública plantea, entonces, la idea de que toda acción social conlleva necesariamente una operación de definición de la realidad, la que a la vez es constitutiva del actor social y determina su conducta.

Por otra parte, toda acción social implica no solamente la selección de un conjunto de hechos significativos, sino también el ocultamiento simultáneo de otros fenómenos considerados como residuales o marginales. Estas interpretaciones son construidas en función de valores y de símbolos que orientan la investigación de los hechos y las estrategias de los actores.

Si bien el referente puede o no estar explicitado en los objetivos de las políticas, funciona siempre como una suerte de horizonte de valores, estado deseado de la realidad.

En síntesis, el referencial de las políticas públicas es el proceso de modelización de la realidad social, el cual incluye:

- El modo de interpretar las causas de los problemas

- Los valores a resguardar en la intervención pública
- Los principios de acción que orientan la política pública

Se pone de manifiesto la importancia operativa del referencial, en tanto determinará, en última instancia, las motivaciones profundas de los decisores políticos y los actores sociales, que se plasmarán en la normativa. Será ese referencial aquel que, al estar constituido por un conjunto de normas prescriptivas, le dará sentido al programa político, al definir criterios de selección y los objetivos.

¿Por qué es clave dar cuenta del referencial respecto a los Abortos no punibles?

En el caso de la política de salud sexual y reproductiva, en particular en lo atinente a la práctica legal del aborto, relevar el referencial adquiere una importancia particular.

En primer lugar, porque ese referencial cumple un rol clave en el acceso efectivo al derecho. Debemos tener en cuenta que, si bien existe legislación así como jurisprudencia emanada desde la CSJN; el ejercicio efectivo del derecho requiere de mucha celeridad (tanto en la evaluación de los casos como en la interrupción de la gestación) y esto muchas veces se ve afectado por los profesionales de la salud que deben garantizar, promover y llevar adelante la realización del procedimiento, cuyo horizonte de valores y deseos puede no coincidir con las bases que sustentan el derecho al aborto. Esta situación, de tiempos relativamente acotados y efectores con valoraciones opuestas al derecho, se problematiza aún más contemplando que no existe un contralor posible que provoque la suspensión de las prácticas dilatorias de forma simultánea.

En segundo término, estamos analizando el diseño de instrumentos que abordan una práctica con álgido debate en la sociedad civil,

cobrando especial relevancia el rol de los/as actores clave en la implementación de la misma.

Por último, en términos generales, caracterizar el referencial y su nivel de consolidación y consenso permite vislumbrar posibles tendencias a futuro en el desarrollo de las políticas públicas, útiles al momento del análisis.

Relevamiento del referencial predominante

Instrumentos internacionales

El referencial de la política pública de salud sexual y reproductiva se construye desde las instancias internacionales hacia el nivel local.

En el nivel internacional, durante la década del 70 cobraron importancia en la agenda de los organismos internacionales los derechos sexuales y reproductivos.

En particular, destacaremos tres normas de la *Organización de las Naciones Unidas* (ONU): la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer* (CEDAW, por sus siglas en inglés) que data de 1979; el *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, llevado adelante en la ciudad de El Cairo en el año 1994; y la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, celebrada en Beijing en 1995.

La **CEDAW** fue el primer instrumento jurídico internacional, a partir del cual los Estados se comprometieron a adoptar medidas de manera muy concreta para eliminar la discriminación contra las mujeres en las esferas política, económica, social, cultural y civil.

En relación a la salud sexual y reproductiva, la CEDAW sostiene como fundamental el **derecho de las mujeres a decidir cuántos hijos e hijas desean tener**, y la necesidad de que tengan **acceso a la información y educación** que les permitan ejercer este derecho.

Por su parte, el Programa de Acción de El Cairo

define a la salud reproductiva como un **estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos**. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos así como de procrear en el momento y con la frecuencia que se elija libremente.

Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (...)

Sobre el contexto de ilegalidad de las interrupciones de embarazos, el mismo documento lo sostiene como un importante problema de salud pública; y, en relación a la ILE, considera fundamental que se garanticen las condiciones para que las mujeres tengan acceso a servicios de calidad.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing es un programa que busca fomentar la creación de condiciones necesarias para la potenciación del papel de la mujer en la sociedad, fomentando la participación plena y en pie de igualdad en el proceso de adopción de decisiones en las esferas económica, social, cultural y política. Para lograr ese objetivo, se plantean amplios compromisos en 12 ejes de especial preocupación, uno de ellas el que contempla a la mujer y la salud.

Además de incluir las definiciones mencionadas, la declaración afirma que la salud

de la mujer está expuesta a riesgos particulares debidos a la falta de servicios para atender las necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva; y **define al aborto inseguro como un grave problema de salud pública**, al poner en peligro la vida de un gran número de mujeres, especialmente las más pobres y jóvenes.

Concluye afirmando que *la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos*.

Instrumentos nacionales

En el plano nacional, las Convenciones citadas han sido incorporadas al plexo normativo, con lo cual se asume la adhesión a los principios conceptuales descritos por parte del Estado Argentino.

Asimismo, incorporamos a nuestro análisis otras disposiciones que dan marco a la regulación del aborto.

En primera instancia, el Código Penal, que en sus artículos 85 al 88 penalizan la interrupción de los embarazos, teniendo como excepción dos causales:

- cuando **se encuentra en peligro la vida o la salud de la mujer gestante**, siempre que este peligro no pueda ser evitado por otros medios.
- cuando **el embarazo proviene de una violación** o “de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente” (en último caso, el aborto debe llevarse adelante con el consentimiento de su representante legal).

En segunda instancia encontramos al fallo “F., A.L. s/medida autosatisfactiva” (2012), que es producto de la intervención de la CSJN, intérprete final de la Constitución Nacional, respecto de los alcances del supuesto legal para

interrumpir el embarazo en casos de violación (segunda causal).

Las principales conclusiones del fallo son las siguientes:

- Es **el Estado**, como garante de la administración de la salud pública, el que **tiene la obligación de poner a disposición** de quien solicita la práctica, las **condiciones médicas e higiénicas necesarias para realizar el procedimiento de manera rápida, accesible y segura**.
- Para que se realice el procedimiento **solamente es necesaria la declaración jurada de la víctima** o su representante, ante el profesional que informe que el embarazo es consecuencia del ilícito en cuestión. **Cualquier imposición de otro tipo de trámite no resultará procedente** pues significará incorporar requisitos adicionales a los estrictamente previstos por el legislador penal.
- **Los jueces tienen la obligación de garantizar derechos y su intervención no puede convertirse en un obstáculo para ejercerlos**, por lo que deben abstenerse de judicializar el acceso a estas intervenciones, las que quedan exclusivamente reservadas a lo que decidan la paciente y su médico.
- Que corresponde exhortar a las autoridades nacionales y provinciales a **implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles** a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos.
- En relación a la definición de “salud” la CSJN sostiene que la interpretación debe ser amplia, en línea con lo que plantea la OMS, quien sostiene que **la “salud”, es “un completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente**

como la ausencia de enfermedades o afecciones”.

Por último, encontramos a la Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles (2007, con actualización final en el año 2010), que surge en el marco de la aplicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSSyPR), como órgano de gobierno que debe implementar y construir lineamientos para el desarrollo de una política pública que de cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

La Guía tiene como principal objetivo definir cuáles son aquellos procedimientos y plazos que legal y médicamente se deben seguir para dar cumplimiento efectivo al ejercicio de este derecho en pos de reducir las barreras que se presentan en todas las jurisdicciones del país, toda vez que condicionar la realización de un aborto no punible a la obtención de autorizaciones adicionales vulnera el derecho de las personas a la autodeterminación e incrementa el riesgo para la salud, configurando a la vez un caso de violencia institucional, conforme a la ley 26.485.

Referencial(es) de las políticas sobre la salud sexual y reproductiva

Analizando los instrumentos mencionados, se puede afirmar que aparece nítidamente el núcleo duro de valoraciones que conforman el referencial:

- **la libertad de elegir** sin ningún tipo de restricciones **el proyecto de vida**;
- el derecho al **goce de la vida sexual**;
- la libertad de **decidir el número de hijos** a tener y el **intervalo entre los mismos**.
- el **derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos**, en particular, cuando fueron víctimas de una violación o cuando un embarazo pone en riesgo su vida.

Estas valoraciones serán las que, al menos en teoría, deberán quedar incorporadas y orientarán las disposiciones de los Protocolos que serán analizados.

En relación al derecho del nonato; podemos sostener que existe un consenso internacional entre los diversos órganos de los tratados de derechos humanos, en orden a que existe un deber de protección del nonato, que encuentra su límite en los derechos humanos de la mujer. El alcance de la protección no es total ni absoluto sin excepción.

Objeto de análisis: los protocolos de Interrupción Legal del Embarazo

En esta sección evaluaremos el diseño de los protocolos de atención para los abortos no punibles en dos ciudades: la ciudad de Buenos Aires y la ciudad de Rosario.

Como mencionamos anteriormente, a través del Fallo F.A.L, la CSJN exhortó a las autoridades nacionales y provinciales a implementar protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles (ILE).

Sin embargo, cabe aclarar, ambas ciudades contaban con protocolos de manera previa a la sanción del fallo en cuestión.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En mayo del 2007, a través de la Resolución 1174 del Ministerio de Salud, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires aprobó el primer *“Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punible”*. Entre otras cuestiones, esta Resolución realizaba una **interpretación restrictiva**¹ del citado artículo 86 inc. 2).

Luego del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), tanto el Poder Legislativo como el Ejecutivo asumieron la necesidad de regular la situación.

En septiembre del 2012, el Ministerio de Salud aprobó la Resolución 1252, a través del cual se estableció un nuevo procedimiento y se derogó el anterior.

La constitucionalidad de este protocolo (conocido como Protocolo Lemus) fue

¹ De forma previa al Fallo F.A.L, existían dos tipos de interpretación del Código Penal: aquella que sostenía que dicha norma habilitaba únicamente el aborto cuando la víctima padecía una discapacidad intelectual/psico-social (interpretación restrictiva), y la que afirmaba que la opción estaba disponible para cualquier mujer víctima de abuso (interpretación amplia).

cuestionada ante la justicia por legisladores y legisladoras y organizaciones de la sociedad civil (ADC, CELS, ELA y REDI), a través de un amparo al que dio lugar la justicia. El fallo en primera instancia, dejó sin efecto los artículos 9 inc. A, último párrafo 9 inc. B y el 13, 7, y el 18 y 19 del anexo I del protocolo “en atención a las contradicciones y exceso reglamentario”.

Es decir, determinó que no tiene que intervenir un equipo interdisciplinario, que no se necesita el consentimiento de los padres en caso de tratarse de una menor de edad, que no hay una limitación temporal para realizar el aborto en caso de tratarse de una violación, y que la objeción de conciencia se tiene que declarar antes en un plazo predeterminado en el hospital.

En paralelo a la aprobación de esta Resolución, se sancionó en la Legislatura de la ciudad, la Ley N° 4.318, con el mismo objetivo: regular las ILE. Sin embargo, un mes después, esta ley fue vetada por el Poder Ejecutivo de la Ciudad -Decreto 504/2012-. Este veto también fue cuestionado ante la justicia, sin respuestas hasta la fecha.

A fines del año pasado, el Tribunal Superior de Justicia (TJS) de la Ciudad dictó sentencia desestimando el amparo; pero esta sentencia aún no está firme. Por lo tanto, hoy en la Ciudad de Buenos Aires sigue rigiendo la ley nacional, que es el Código Penal, con la interpretación que hace la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo FAL, y siguen vigentes la cautelares y la adecuación del protocolo tal como se aprobó en primera instancia.

Rosario

En el año 2007, a través de la Ordenanza 8186, el Consejo Municipal de Rosario dictaminó un “Protocolo de Atención Integral para las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, según lo establecido en el Artículo 86 del Código Penal. Dicho

Protocolo incorporaba, entre otras cosas, la ilegalidad de las maniobras dilatorias por parte de los efectores de salud y el derecho de la embarazada a contar con información veraz y atención médica y psicológica tanto antes como después del procedimiento.

En el año 2016, a través de la Ordenanza 9592, el mismo Consejo reforma el Protocolo incorporando entre otras cuestiones, y en línea con el Fallo F.A.L; que no debe solicitarse ningún tipo de documentación adicional al consentimiento informado y/o declaración jurada de la persona gestante que solicita interrumpir su embarazo. Asimismo, el Protocolo incluye la prohibición de la objeción de conciencia de tipo institucional.

Evaluación de diseño de la política

En el presente acápite presentaremos conclusiones relevantes de la evaluación de diseño de los protocolos de atención en casos de aborto no punible en modo comparativo para los casos de la Ciudad de Buenos Aires y la ciudad de Rosario. Es de destacar que los rasgos más sobresalientes se dan en términos de coherencia interna de las políticas públicas, es decir en el grado de compatibilidad entre los problemas diagnosticados y los objetivos y medidas traducidos en el marco normativo que regula la política pública en cuestión.

Análisis de relevancia

El análisis de relevancia evalúa el diagnóstico que se realizó sobre la realidad en la que se pretende intervenir, se interviene o se intervino. En particular nos referimos a la identificación clara de los problemas y sus causas, una clara definición de la población objetivo en la que estará enfocada la política en cuestión; y la cuantificación de dicha población a los efectos de tener información concreta sobre el número de posibles beneficiarios.

En relación a la definición del problema, podemos encontrar en la Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles y en los fundamentos del Fallo FAL, un acabado diagnóstico que da cuenta de la grave problemática de la falta de acceso a una ILE por parte de mujeres víctimas de violación o aquellas cuya salud o vida se encuentran en riesgo.

Cabe contemplar que el problema, tal cual es establecido en estas normas, se define en función de los valores comunes que conforman el referencial:

- la libertad de elegir sin ningún tipo de restricciones el proyecto de vida;
- el derecho al goce de la vida sexual;

- la libertad de decidir el número de hijos a tener y el intervalo entre los mismos.
- el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, en particular, cuando fueron víctimas de una violación o cuando un embarazo pone en riesgo su vida.

Existe un contexto general crítico² que da marco a las limitaciones que sufren estas mujeres, producido principalmente por la interpretación restrictiva de los causales, la exigencia de la intervención de comités de ética o autoridades sanitarias, y la judicialización indebida de la autorización del aborto no punible.

Por otro lado, la ausencia de plazos máximos para las decisiones profesionales, administrativas o judiciales, genera demoras en la producción del diagnóstico y la prestación del servicio, lo que puede prolongar el riesgo físico y de muerte y causar serios daños en la mujer por las múltiples instancias y la prolongación de una gestación que se intenta interrumpir.

Las valoraciones personales de los profesionales redundan en la **negación institucionalizada de los derechos de niñas, adolescentes y mujeres**; muchas veces a conciencia de que se empuja a las mujeres al circuito clandestino del aborto inseguro.

Además, estos condicionamientos suelen potenciarse en ciertas regiones del país, lo que se suma a las limitaciones estructurales propias que existen en cada una de ellas.

Todas estas cuestiones afectan directamente el acceso al aborto en tanto se convierten en maniobras dilatorias de la aplicación de las ILE, menoscabando el derecho de las personas gestantes en tanto se convierten en obstáculos.

² El 98% de los abortos inducidos de forma insegura, se llevan adelante en los países en vías de desarrollo. Las complicaciones por abortos inseguros forman partes de las primeras causas de mortalidad materna hace 20 años, representando el 30% de esas muertes.

En relación a los protocolos analizados; en el caso del "Protocolo Lemus", no podemos encontrar conceptos o criterios que den cuenta de dicho diagnóstico. Por el contrario, en la fundamentación sólo se hace referencia a la necesidad de aplicar un nuevo protocolo a los efectos de evitar *"la remisión normativa y eventuales dificultades interpretativas, y lograr un conocimiento inequívoco del alcance de la conducta penalizada y la práctica no punible"*. Se evidencia que la sanción del instrumento responde a una cuestión reglamentaria en tanto se busca establecer procedimientos, pura y exclusivamente, *"de conformidad con la interpretación jurisprudencial (...) al caso "F.A.L. s/Medida Autosatisfactiva", (F 259 XLVI)"*.

En el caso de la ciudad de **Rosario**, encontramos explícitamente en su fundamentación las afirmaciones que permitan concluir que dicha norma incorpora una definición del problema en línea con los valores definidos en el referencial. Algunas de estas afirmaciones son: *"Que se han sucedido en el último tiempo, en distintas ciudades del País, situaciones de mujeres a quienes no se les ha permitido acceder al derecho establecido en el Artículo 86 incisos 1 y 2 del Código Penal, que permiten la realización de un aborto en determinadas situaciones;*

Que los casos que han tomado estado público muestran que el manto de criminalidad y la interpretación restrictiva del aborto no punible, es por prejuicios netamente religiosos de un sector de la población. Situación ésta que debe revertirse ya que se transforma en un gran atentado a la salud pública y en especial a la salud de las mujeres pobres.

Que el Estado debe garantizar la igualdad de posibilidades para todas las mujeres en el ejercicio autónomo y responsable, de sus derechos sociales y humanos, en particular sus derechos sexuales y reproductivos; y debe evitarse la injusticia y desigualdad que deben padecer las mujeres pobres cuando acceden al sistema de salud pública para ejercer lo que la

ley les otorga, respecto a los casos de aborto no punible, derecho al aborto legal y seguro, cuando el embarazo pone en riesgo su salud o su vida o es consecuencia de una violación".

En términos de la definición de la población objetivo, si tomamos en cuenta los textos de la CN y el Fallo F.A.L, se entiende que existe una delimitación muy clara de la misma: mujeres que deban llevar adelante una ILE. Es decir, la población serían las mujeres que encuadren en alguno de los dos supuestos del artículo 86 del Código Penal, bajo la lectura que hace la CSJN.

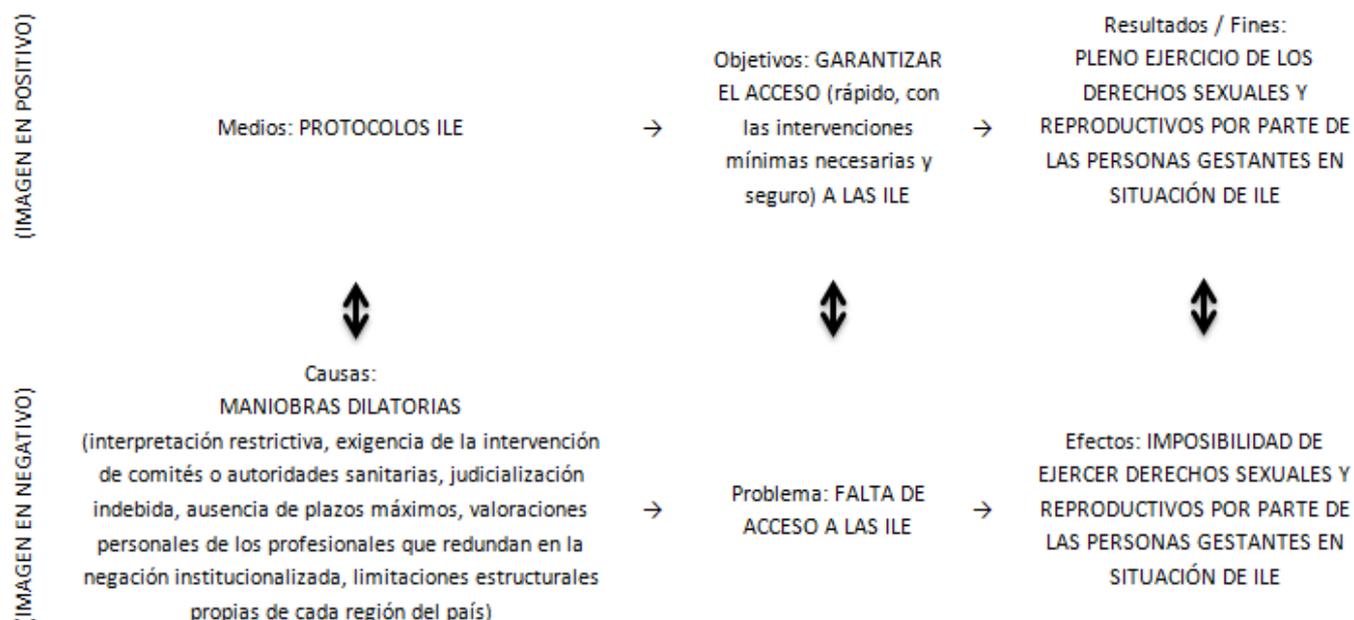
Esta lectura incluye una definición de salud desde una perspectiva integral, que toma de la Organización Mundial de la Salud (OMS): la salud "es un estado de completo bienestar físico, mental y social (y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Por lo tanto, la población objetivo debe ser aquella cuya salud se ponga en riesgo, ya sea en sus determinantes físicos, como sociales y/o mentales.

En el caso de **Buenos Aires**, se hace referencia al articulado del Código Penal sin contemplar la definición de salud que incorpora la CSJN.

En el caso de la ciudad de **Rosario** esto está contemplado, en particular en su Artículo 3 que sostiene "En ningún caso de interrupción legal del embarazo, realizado en concordancia con lo dispuesto en el presente "Protocolo", se requerirá la intervención o autorización de autoridad judicial o administrativa alguna para resolver sobre la conveniencia u oportunidad o sobre los métodos a emplear. Cualquier decisión que adopte el/la profesional de la salud deberá basarse exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de salud integral de la persona gestante desde la perspectiva de la salud".

Otra cuestión que fisura la delimitación de la población es la **cuestión de género**.

Cuando hablamos de mujeres perdemos de vista que existe un porcentaje de personas que,



a pesar de que pueden transitar un embarazo, no se auto perciben o definen mujeres. Por eso, desde una perspectiva de derechos, buscando que las diversas identidades de género se sientan incluidas, corresponde hablar de “persona/s con capacidad de gestar”, “persona/s embarazada/s”, “persona/s gestante/s”.

En el caso de la ciudad de Buenos Aires, esta cuestión no queda contemplada. La norma hacen referencia pura y exclusivamente a las “mujeres” sin incluir a todas las personas con capacidad de gestar.

Por lo tanto, si bien están definidas las características de la población, existe un grupo de posibles afectados que no quedan incorporados en la redacción de los protocolos.

En el caso de la ciudad de Rosario, la Resolución del año 2010 sí la considera; por lo tanto, la normativa vigente se transforma en un “mix”, en el cual los artículos “nuevos” contemplan a la población objetivo en su totalidad, y los artículos “viejos” u “originales” no lo hacen.

Por último, y en relación a la **cuantificación de la población**, en ninguno de los dos casos hemos podido contemplar en las normas una cuantificación de la población objetivo histórica,

lo cual representa un problema en su diseño.

Análisis de pertinencia

La **coherencia externa** analiza el grado de compatibilidad entre los objetivos perseguidos por la política pública y otros objetivos propuestos por otras actuaciones o incluso normativas de rango superior, igual o inferior a los que propone la política de intervención.

Tal cual mencionamos previamente, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, la sanción o actualización del protocolo responde a la necesidad de adaptarse a la normativa emanada de la CSJN, en particular el Fallo F.A.L; y actuar de conformidad a su interpretación jurisprudencial. Por lo tanto, se puede asumir que la resolución hace suyos los considerandos del Fallo, resultando coherente en su análisis externo. Nominalmente, los objetivos son compartidos.

Por su parte, la ciudad de Rosario cuenta con un Protocolo en línea con lo dispuesto por la CSJN de forma previa a la sanción del fallo en cuestión; por lo tanto, se entiende que la actualización del mismo se lleva adelante a los efectos de incorporar más elementos que

permitan ejercer el derecho a la ILE sin ningún tipo de dilación u obstáculo.

Asimismo, dicho Protocolo hace mención a leyes nacionales que aprueban instrumentos internacionales que dan cuenta de la necesidad de establecer acciones afirmativas a favor de las mujeres³; al Código Penal Argentino y a herramientas propias de la ciudad en línea con todos objetivos⁴.

La **coherencia interna** evalúa la vinculación o congruencia entre aquello que se conoce como la “Imagen en positivo de la problemática social” (Medios – Objetivos – Fines) y la “imagen en negativo” (Causas - Problemas – Consecuencias).

La política evaluada tiene coherencia interna cuando:

- Los objetivos se corresponden, en positivo, con los problemas detectados. Esto sucede en ambos casos.
- Los medios se corresponden, en positivo, con las causas de los problemas detectados.

En este análisis se presentan las mayores contradicciones, en particular para el caso de la Ciudad de Buenos Aires, en el que nos encontramos con un protocolo que hace suyos los supuestos y objetivos del Fallo F.A.L; pero cuyo articulado, en términos generales, se transforma en un instrumento obstaculizador del acceso al derecho. Es decir, el medio que se propone como instrumento para resolver el

problema, no contiene las directivas necesarias para que esa resolución sea efectiva; sino más bien todo lo contrario.

De forma casi opuesta, en el caso de Rosario, puede encontrarse un alto nivel de coherencia interna en la Ordenanza 8186, en tanto no solamente plantea la necesidad de brindar un acceso efectivo al derecho de la ILE, sino que también contiene acciones concretas dirigidas a lograrlo.

A continuación, se analizarán los protocolos en base a ciertos ejes que nos permitirán concluir de forma más robusta sobre la coherencia interna de dichos instrumentos.

Intervención Administrativa / Procedimiento

Según el Código Penal de la Nación y el Fallo F.A.L, aquello que hace falta para que se practique una ILE es un médico diplomado y el consentimiento de la mujer “encinta” (a través de una declaración jurada). Cualquier otro tipo de intervención administrativa (como la solicitud de una autorización judicial) o médica (como la intervención de algún equipo interdisciplinario) que prolongue el acceso al derecho es un requisito excesivo que se transforma en un “impedimento de acceso incompatible con los derechos en juego” (Punto 24, Fallo F.A.L.).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Si bien es cierto que la Resolución establece que no es necesaria la autorización judicial para la realización de la práctica; se fijan una serie de requisitos previos que funcionan como factores que obstaculizan el ejercicio del derecho. Es decir, no resulta suficiente el consentimiento informado y la declaración jurada de la mujer para llevar a cabo el aborto.

Para que se lleve adelante una ILE, deben llevarse adelante los siguientes pasos:

³ *La Ley N° 24632, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belem Do Pará. La Ley N° 26171 de aprobación del Protocolo Facultativo de la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.*

⁴ *Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades y de Trato entre Varones y Mujeres 2005/2009 - Documento de Trabajo de las Mujeres Auto convocadas de Rosario: “Procedimientos en la implementación del Aborto no Punible en los servicios de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario”.*

- Intervención de un equipo interdisciplinario para todos los casos contemplados por la resolución (se analiza este eje de forma individual).

1. Para los casos del art. 86, inciso 1 del Código Penal Salud Materna (además del consentimiento informado):

- Posibilidad de interconsulta con otros especialistas de parte del profesional interviniente.
- Incorporación en la historia clínica de la paciente sobre la gravedad del caso, por qué el médico interviniente considera que debe abortarse en el estado de la ciencia al momento de emitir el informe, las alternativas terapéuticas consideradas, y por qué descarta cada una de ellas.
- Confirmación del diagnóstico de parte de el/la Director/a de los efectores del Subsector Estatal del Sistema de Salud de la Ciudad.
- Dar intervención a otras áreas gubernamentales: en este caso, a Consejo de los Derechos de Niñas, niños y adolescentes en caso de ser menores de edad y no tener representante legal.

2. Para los casos del art. 86, inciso 2 del Código Penal Violación (además del consentimiento informado de la víctima o de los representantes legales):

- Declaración jurada de representantes legales y certificado de insania de la víctima (en caso de mujeres con discapacidad mental). Cabe aclarar que los únicos requisitos exigidos por el Código Penal son: que la práctica sea realizada por un médico diplomado, que se cuente con el consentimiento informado de la solicitante y la autorización del representante legal.
- Dar intervención a otras áreas gubernamentales: área de Atención de

Víctimas de Delitos Sexuales y autoridades judiciales en aquellos casos en que se haya realizado una denuncia penal⁵. En relación a este punto, el Fallo F.A.L es claro: “el Código Penal no exige ni la denuncia ni la prueba de la violación como tampoco su determinación judicial para que una niña, adolescente o mujer pueda acceder a la interrupción de un embarazo producto de una violación (...). La exigencia de que las víctimas de violación tengan que elevar cargos contra su agresor, obtener informaciones policiales, requerir autorización de un tribunal o satisfacer cualquier otro requisito que no sea médicamente necesario, puede transformarse en una barrera que desaliente a quienes tienen expectativas legítimas de buscar servicios sin riesgos y en forma temprana”.

- Informe, por parte del Servicio Social del hospital, sobre las “ayudas públicas y coberturas sanitarias disponibles para las mujeres embarazadas y los hijos e hijas como así también la posibilidad de tramitar la adopción del concebido”. La adopción no es una solución alternativa. Sostener esta posibilidad es desconocer nuestros derechos más básicos: derecho a la autonomía, a la dignidad, a la libertad y a la salud integral. La única relación que puede existir entre el aborto y la adopción es que ambos son actos de suma responsabilidad que preservan la maternidad elegida. La enorme diferencia está en la decisión de la mujer acerca de qué quiere hacer con su cuerpo. En un caso, hay voluntad de proseguir el embarazo pero no de ser madre. En el otro, no hay voluntad de proseguir un embarazo, y es un derecho que, como tal, debe ser protegido. Aquí se pone en juego

⁵ *Un dato no menor es la información solicitada en la Declaración Jurada (Anexo II de la Resolución 1252/2012) en la cual se solicita que la víctima recuerde el día, la hora y el lugar del hecho; las características del agresor; las circunstancias del hecho. Se aclara que el hecho de no completar esta información no invalida la declaración.*

el valor sostenido por el referencial que hemos analizado: la planificación familiar como derecho humano.

- Informar la posibilidad de revocar el consentimiento informado. En línea con el punto anterior, da la sensación de que el objetivo del protocolo no es el de evitar que se generen barreras en el acceso al ejercicio efectivo del derecho a la práctica, sino más bien generar, de manera “legal” una serie de obstáculos que actúen de forma tal que, en los dichos se vuelvan reglamentarios y en los hechos, maniobras dilatorias.
- Límite gestacional de 12 semanas (se analiza este eje de forma individual).

Rosario

El Artículo 2 de la Ordenanza 8186/2007 define los objetivos de la norma. Además de asegurar la atención integral y la atención clínica adecuada; así como la preservación de los datos personales y familiares; el texto hace explícito que debe garantizarse la “realización de un diagnóstico y las intervenciones médicas necesarias para la interrupción del embarazo sin riesgos”. Cabe la incorporación de este artículo en tanto hace referencia a las intervenciones pura y exclusivamente de tipo médico y solamente aquellas que sean “necesarias” a los efectos de garantizar el acceso al aborto.

En este mismo sentido se expresa la CSJN cuando sostiene que “requerir autorización de un tribunal o satisfacer cualquier otro requisito que no sea médicamente necesario, puede transformarse en una barrera que desaliente a quienes tienen expectativas legítimas de buscar servicios sin riesgos y en forma temprana”.

En el mismo sentido, el artículo 3 de la norma afirma que “en ningún caso (...) se requerirá la intervención o autorización de autoridad judicial o administrativa alguna para resolver sobre la conveniencia u oportunidad o sobre los métodos a emplear. Cualquier decisión que

adopte el/la profesional de la salud deberá basarse exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de salud integral de la persona gestante desde la perspectiva de la salud”.

Por último, la Resolución establece que no es necesaria la autorización judicial para la realización de la práctica, tal como lo establece el Fallo F.A.L.

Plazo para la interrupción de la gestación (en caso de ILE producto de violación)

La normativa nacional no fija ningún tipo de límite relativo a la edad gestacional del embarazo en caso de interrupción por violación (tampoco lo hace en caso de salud de la persona gestante).

Sin embargo, el Protocolo de la **Ciudad Autónoma de Buenos Aires** dispone, en su artículo 17, un límite de 12 semanas de gestación para la realización de la práctica, con el correlato ecográfico correspondiente.

Este requisito configura una fuerte restricción para el acceso a las interrupciones legales de embarazo, apartándose de los estándares fijados por la Corte Suprema en el fallo FAL y del Código Penal de la Nación.

Por su parte, en **Rosario** no existe ningún plazo gestacional para la interrupción del embarazo.

Requisito de intervención de equipo interdisciplinario

Si consideramos el texto del mismo art. 86 del Código Penal vemos que establece que el aborto debe ser practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta. La intervención de un equipo interdisciplinario es un requisito excesivo y no justificado, que, además, se opone claramente a la sentencia de la CSJN que sostiene que exigir la intervención

de más de un profesional de la salud constituye “un impedimento de acceso incompatible con los derechos en juego” (punto 24, Fallo F.A.L).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El artículo 2 de la norma establece los principios generales de la misma. y, además de explicitar el hecho de que sólo corresponde contar con un consentimiento informado para llevar adelante la práctica, sin necesidad de requerir autorización judicial; también dispone que “se deberá requerir la intervención de un equipo interdisciplinario (de acuerdo a lo establecido en el Capítulo II y IV del presente)”.

Este equipo, según el artículo 18, deberá estar integrado por: “los/las jefes/as de los Departamentos de Medicina, Materno Infantil y Técnico y el/la Jefe/a de Servicio Social del Hospital o quienes dichos jefes/as designen. En caso de considerarlo pertinente, el/la Directora/a del Hospital podrá integrarlo con otro/a profesional del nosocomio. Dicho Equipo no podrá estar integrado por profesionales objetores de conciencia”.

Rosario

En concordancia con el Fallo F.A.L, el Protocolo de la ciudad de Rosario prohíbe explícitamente cualquier otro tipo de intervención que no sea la del/la profesional, que deberá estar basada exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de salud integral de la persona gestante desde la perspectiva de la salud.

En los casos de aborto por violación, la norma sostiene expresamente que “El servicio hospitalario deberá poner a disposición de quien solicita la práctica de una ILE las condiciones médicas, higiénicas y humanitarias necesarias para llevarla a cabo de manera rápida, accesible y segura; sin exigir más de un profesional de la salud para que intervenga en la situación concreta”.

Causal Salud

Como mencionamos previamente, el concepto de salud al que debemos referirnos cuando hablamos del riesgo para la salud como causal de ILE, es el de Salud integral.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sólo se hace referencia al articulado del Código Penal sin contemplar la definición de salud que incorpora la CSJN.

Rosario

El artículo 3 de la norma afirma que: “Cualquier decisión que adopte el/la profesional de la salud deberá basarse exclusivamente en consideraciones fundadas en la situación de salud integral de la persona gestante desde la perspectiva de la salud”.

Objeción de conciencia

En relación a este punto, el Fallo F.A.L Establece que debe “disponerse un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio”.

Asimismo, afirma que, dicho sistema no puede ejercerse como un obstáculo en tanto cada institución debe contar “con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual”.

Por último, dispone que la objeción de conciencia debe ser manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En línea con el Fallo F.A.L, el artículo 19 de la resolución reconoce explícitamente el derecho individual de los profesionales de la salud a ejercer la objeción de conciencia respecto de la práctica de aborto no punible y, sin perjuicio de ello, establece que corresponde a la autoridad de aplicación la garantía de realización de la práctica médica.

Sin embargo, en relación al momento en que debe manifestarse dicha objeción, dicha normativa permite que la objeción se realice para “cada uno de los casos en que deba llevar adelante la intervención para la interrupción del embarazo”.

Además, no fija ningún tipo de condicionamiento institucional para que aquellos profesionales que deciden ejercer su derecho a la objeción se abstengan en todo momento de atender a cualquier mujer embarazada que requiera la realización del aborto no punible.

Por último, no sólo no obliga a los profesionales a informar a las mujeres; sino que además garantiza “la confidencialidad de la identificación de los médicos objetores de conciencia y su estabilidad laboral”.

Rosario

En línea con el Fallo F.A.L, la Ordenanza 8186/2007 establece:

que “Independientemente de la existencia de médicos/as o personal auxiliar que sean objetores de conciencia, cada establecimiento asistencial deberá contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley y este protocolo confieren a quien solicita una ILE”.

que “La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional”.

que “La objeción de conciencia debe ser declarada por el/la médico/a o personal auxiliar

al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento asistencial”,

que “debe existir un Registro público de dicha declaración a disposición de las usuarias”.

Que todos los/las médicos/as y personal auxiliar que ya pertenecen a la planta municipal deben tener la misma oportunidad de exponer públicamente su objeción a fin de dar cumplimiento a ese registro público de declaración.

Que “Las mujeres deberán ser informadas sobre las objeciones de conciencia de su médico/a tratante y/o del personal auxiliar desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo”.

Plazo para llevar adelante la práctica

En relación a los plazos para llevar adelante las ILE, el Fallo F.A.L (punto 25) afirma “Que cuando el legislador ha despenalizado y en esa medida autorizado la práctica de un aborto, es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurren las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada”.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En este caso **la letra de la norma no es clara.**

En su artículo 16 la Resolución establece “Cumplidos los recaudos pertinentes establecidos en los artículos precedentes, el médico tratante procederá a realizar el aborto”, pero no fija un plazo para que se lleven adelante

esos “recaudos pertinentes” o requerimientos previos descritos.

Sumado a esto, y sólo para los casos de peligro para la salud, la norma establece que, una vez realizados todos los pasos necesarios, los profesionales disponen de un período de 5 (cinco) días hábiles para llevar adelante el procedimiento.

La poca claridad con la que se redacta la norma, sumada a la cantidad de requisitos previos que condicionan las ILE, nos permite sostener que el objetivo de la falta de precisión se transforma en una maniobra dilatoria para postergar el procedimiento en la medida de lo posible.

Rosario

El protocolo, en su Artículo 5 y en línea con el Fallo F.A.L, establece que “el servicio hospitalario deberá poner a disposición de quien solicita la práctica de una ILE las condiciones médicas, higiénicas y humanitarias necesarias para llevarla a cabo de manera rápida, accesible y segura; sin exigir más de un profesional de la salud para que intervenga en la situación concreta”. Asimismo, define que la práctica debe realizarse “dentro de los primeros diez (10) días siguientes a la solicitud de la persona o a quien estuviera autorizado a solicitarlo”.

Asistencia integral

El Fallo dispone que se debe brindar a las víctimas “la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva. En ese contexto, deberá asegurarse, en un ambiente cómodo y seguro que brinde privacidad, confianza y evite reiteraciones innecesarias de la vivencia traumática, la prestación de tratamientos médicos preventivos para reducir riesgos específicos derivados de las violaciones; la obtención y conservación de pruebas vinculadas con el delito; la asistencia psicológica

inmediata y prolongada de la víctima, así como el asesoramiento legal del caso”.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Por un lado, en su Artículo 6, el protocolo dispone que toda mujer que solicite una ILE tenga acceso a asistencia legal, psicológica y social, desde el inicio de la solicitud y durante todo el proceso de atención con relación a la práctica.

Sin embargo, se ha mencionado con anterioridad, también se establece que las mujeres deben recibir un informe, por parte del Servicio Social del hospital, sobre las “ayudas públicas y coberturas sanitarias disponibles para las mujeres embarazadas y los hijos e hijas como así también la posibilidad de tramitar la adopción del concebido”. Además, no se obliga a los objetores de conciencia a que informen de su condición a las pacientes.

Estas directivas parecen ser opuestas entre sí, permitiéndonos pensar en un asesoramiento que no parece ser ejercido en pos de acompañar la decisión de la mujer a abortar, sino más bien “asesorarla” a tomar otra determinación.

Rosario

En primer lugar, el Artículo 1 de la Ordenanza 8186/2007 sostiene que las prácticas comprendidas en el Protocolo, entre otras cuestiones, incluyen la asistencia psicológica antes y después de la intervención, que deberá extenderse al representante legal o al grupo familiar afectado, si correspondiere.

Además, en su artículo 2 inciso b, la ordenanza define como un objetivo específico que los servicios de salud deben garantizar a la atención integral para la interrupción legal del embarazo (ILE), que implica “brindar un trato humanitario que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física; garantizar la atención clínica adecuada de acuerdo a los criterios éticos,

legales y médicos en vigencia; intercambiar información amplia y completa con las personas involucradas para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado; ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento”.

Conclusiones

El fallo F.A.L. punto de partida

En primer lugar cabe considerar que, de forma previa al Fallo F.A.L, cada una de las ciudades analizadas ya contaba con un instrumento con el objetivo de regular los abortos no punibles (ILE), en pos de dar respuesta operativa al marco legal definido en la legislación nacional entonces vigente (Artículo 86 del Código Penal de la Nación).

De todas formas, cabe mencionar dos cuestiones: 1) que dicho marco tiene su origen en 1921 y no ha sido modificado hasta la fecha; y, más relevante en lo que hace a nuestro estudio, 2) que su interpretación jurisprudencial estaba aún pendiente (situación que permitía que las lecturas fueran diversas, generando los obstáculos legales y procedimentales que se han descrito como parte del problema).

El Fallo F.A.L resuelve esta última cuestión, estableciendo una interpretación menos restrictiva, en línea con el marco referencial vigente en las normas internacionales.

Al ser la CSJN la última intérprete del Código Penal de la Nación, dicho Fallo supuso la necesidad de revisión de los Protocolos vigentes por parte de las ciudades que contaban con uno.

La Ciudad de Buenos Aires debió derogar el instrumento vigente hasta ese momento que respondía a una lectura “mínima” del código penal. La sanción de un nuevo protocolo por parte del Ministerio de Salud local, se realiza en pos de “evitar la remisión normativa y eventuales dificultades interpretativas, y lograr un conocimiento inequívoco del alcance de la conducta penalizada y la práctica no punible”.

En el caso de la ciudad de Rosario sucede lo contrario: el Fallo F.A.L viene a “converger” con la Resolución previa y la actualización de la ordenanza pareciera responder a la necesidad

de ampliar el ejercicio del derecho y encontrar formas más rigurosas para efectivizarlo.

Serán estos instrumentos los objetos de estudios porque, entendemos, en ellos se termina de conformar el marco regulatorio de las ILE en cada una de las jurisdicciones analizadas.

Nuestro análisis

Más allá de los diferentes puntos de partida, el objetivo de nuestro estudio es dar cuenta de ciertos aspectos que hacen a un correcto diseño de políticas públicas.

Está claro que la implementación de una política pública cuyo diseño no fue correcto, no producirá los objetivos esperados. Por eso es clave poder entender cuáles son las cuestiones que el diseño no está contemplando de forma eficaz.

Para esto, en primer lugar, se expone el referencial de la política pública evaluada; a partir del cual se pudo constatar la existencia clara de un referencial que sostiene como eje principal, el derecho que tienen todas las mujeres a disfrutar de su vida sexual; la libertad de elegir sin ningún tipo de restricciones el proyecto de vida; la libertad de decidir el número de hijos a tener y el intervalo entre los mismos; el problema que conlleva un marco de ilegalidad en el acceso al aborto; y, ya adentrándonos en la legislación nacional, el derecho a interrumpir voluntariamente embarazos producidos como consecuencia de violaciones o aquellos que ponen en riesgo la salud de la persona gestante.

Es cierto que existen algunas voces disonantes, muy fuertes a nivel cuantitativo, en relación al derecho del nonato. Sin embargo, este “segundo referencial” no se ve plasmado en los lineamientos establecidos por la mayor parte de los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales.

Es este el referencial el que claramente hace

suyo el Fallo F.A.L.

En relación a la evaluación de la política en cuestión, clasificaremos el análisis en base a las categorías definidas previamente.

En cuanto a la **relevancia de la política pública**, en términos de la definición de la población objetivo sobre la que se dirige la acción pública diseñada; la conclusión es diferente según el objeto de análisis: en el caso de la ciudad de Buenos Aires, podemos ver una infraestimación cualitativa y cuantitativa de dicha población. Cualitativa porque deja por fuera personas gestantes que encuadran en alguno de los dos supuestos del artículo 86 del Código Penal, pero que no se auto perciben o definen como mujeres. Cuantitativa en tanto no incorpora de forma explícita a las personas cuya salud, desde una mirada integral, pueda encontrarse en riesgo.

Por lo tanto, si bien están definidas las características de la población, existe un grupo de posibles afectados que no quedan incorporados en la redacción del protocolo.

En el caso de la ciudad de Rosario podemos visualizar un equilibrio en la estimación de la población, que surge de la delimitación sobre quien o quienes deberán recaer las acciones públicas propuestas, que incorpora a la persona gestante como sujeto de derecho, sin discriminación de edad, sexo auto percibido, o "nivel" de peligro en el que se encuentra su vida.

En cuanto a la **cuantificación de la población objetivo**, no se encontró ninguna estimación de la población objetivo dado la caracterización descripta, ni en documentos públicos, ni en los instrumentos analizados. Esto es una de las principales debilidades de la política en cuestión, toda vez que, al no contar con una cuantificación al menos estimada, hace muy difícil el seguimiento y la evaluación de los resultados e impactos.

En relación a la **definición del problema**, si consideramos que los dos Protocolos

incorporan en su fundamentación al Fallo F.A.L, entendemos que ambas jurisdicciones cuentan con un diagnóstico razonablemente completo y profundo de la problemática (diversas causas que producen obstaculización en el acceso a las ILE). Sin embargo, tal cual hemos expuesto, en la fundamentación que justifica la existencia del Protocolo de la Ciudad de Buenos Aires, encontramos exclusivamente una referencia vinculada a la necesidad de actualizar la norma para evitar dificultades interpretativas. No se explicita ningún tipo de fuente o instrumento de carácter internacional o nacional en el que se describa la problemática a abordar.

En el caso de Rosario, la definición resulta conceptualmente clara (no da lugar a equívocos ni a dobles sentidos ni intenciones). Cabe mencionar que en la fundamentación de la norma se hace especial referencia a los obstáculos de índole religioso y a la necesidad de llevar adelante políticas de salud desvinculadas de las cuestiones o prejuicios individuales.

En cuanto a la **coherencia externa, los objetivos de ambos Protocolos (en mayor o menor medida) son compatibles con objetivos propuestos por normativas de rango superior a los que propone la política de intervención**. De hecho, el protocolo de la Ciudad de Buenos Aires deroga la normativa anterior, justamente por no considerarla compatible con la nueva regulación nacional que surge a partir del Fallo F.A.L.

Por su parte, la ciudad de Rosario cuenta con un Protocolo en línea con lo dispuesto por la CSJN de forma previa a la sanción del fallo en cuestión; por lo tanto, se entiende que la actualización del mismo se lleva adelante a los efectos de incorporar más elementos que permitan ejercer el derecho a la ILE sin ningún tipo de dilación u obstáculo.

Por último corresponde hacer el análisis de la **coherencia interna**.

Dividiremos las conclusiones en dos ejes: **a) objetivo-problema** y; **b) causas - medidas**.

En primer lugar, debemos preguntarnos si los objetivos formulados se corresponden directamente con los problemas detectados para hacer efectivo el derecho a las ILE.

La respuesta es sí: ambos protocolos plantean como objetivo (directa o indirectamente) la necesidad de establecer mecanismos que eliminen los obstáculos imperantes a la hora de efectuar las ILE.

En segundo lugar, y aún más importante, debemos analizar si las medidas propuestas para resolver el problema (los protocolos propiamente dichos), efectivamente atacan las causas que lo generan.

A diferencia del primer eje, la respuesta difiere profundamente según la ciudad que analicemos.

Buenos Aires, en términos estrictos, cumple con la recomendación de la CSJN de tener un protocolo y, por lo tanto, hace suyo el diagnóstico del Fallo F.A.L en relación a la necesidad de llevar adelante medidas que permitan el pleno ejercicio del derecho al aborto legal, a través de la eliminación de todo tipo de maniobra dilatoria. Sin embargo, las directivas definidas en el protocolo (instrumento a través del cual pretende resolver el problema), no son coherentes con el objetivo planteado. Se da una clara incongruencia entre el objetivo y los medios.

Si bien se establecen los procedimientos para realizar las prácticas de aborto no punible encuadradas en alguno de los supuestos del art. 86, incisos 1 y 2 del Código Penal, y se señala con claridad que se trata de remover las barreras que restringen el acceso a dichas prácticas; el Protocolo **incorpora restricciones no previstas en el Código Penal de la Nación y contradice la interpretación establecida por la CSJN**, al definir requisitos excesivos (de índole administrativo así como médico; el límite de las 12 semanas de gestación en caso de violación; el consentimiento del/la representante legal de las mujeres con discapacidad; o la falta

de una lectura de la integralidad de la salud, entre otras cuestiones), que se traducen en el establecimiento de **procesos dilatorios**. Esta situación nos habilita a afirmar que el texto, tal cual fue redactado por el Ministerio de Salud de la ciudad en cuestión, actúa como una especie de **prohibición implícita**.

Por el contrario, en el caso de **Rosario**, puede encontrarse un **alto nivel de coherencia interna** en la Ordenanza 8186, en tanto **no solamente plantea la necesidad de brindar un acceso efectivo al derecho de la ILE, sino que también contiene acciones concretas dirigidas a lograrlo**: no define ningún tipo de requisito para llevar adelante la práctica más allá de la declaración jurada de la persona gestante y la intervención de un/a profesional de la salud; cuyas decisiones deben basarse exclusivamente en la salud de la paciente, entendida esta desde una mirada integral; define un plazo concreto que da cuenta de la necesidad de llevar adelante los procedimientos con celeridad; obliga a los y las profesionales y al personal auxiliar a informar a las mujeres sobre las objeciones de conciencia, desde la primera consulta que realicen con motivo del embarazo. **El objetivo del Protocolo es claro y se traduce en cada una de sus disposiciones que, en su conjunto, apelan a eliminar cualquier tipo de barrera para que pueda llevarse adelante la interrupción del embarazo.**

Podemos concluir que estamos frente a **dos políticas de distinto tipo**: por un lado, el caso de **la ciudad de Rosario, una política razonablemente coherente, la cual tiene como objetivo atacar los problemas sociales diagnosticados, trabajando de forma curativa sobre las causas de los mismos**. Es destacable el importante valor que tiene esta política, ya que cuenta con un diagnóstico acertado y **es altamente compatible con las políticas circundantes**.

Por otro lado, el caso de **la ciudad de Buenos Aires, encontramos una política incoherente con los objetivos planteados**,

con una fuerte contradicción entre el referencial que se plantea como guía y las medidas que se toman basadas en dicho referencial. En este último caso, la nueva regulación profundiza la mirada restrictiva del Código Penal, en lo que hace a los abortos no punibles, materializando normas que dan lugar a claras maniobras dilatorias del ejercicio del derecho.

Autores

Maximiliano Díaz es Mg. en Evaluación de Políticas Públicas **UNIA** y Coordinador Ejecutivo del **CEMUPRO Buenos Aires**.

María Soledad Villafañe es Licenciada en Ciencia Política **UBA** y Maestrando de la Maestría de Políticas Públicas, **Universidad Torcuato Di Tella**.

Bibliografía consultada

Bueno Suárez, C., & Osuna Llana, J. L. (2013). *Evaluación del diseño de políticas públicas: propuesta de un modelo integral*. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (57).

Muller, Pierre (1998). *La producción de las políticas públicas*. *Revista Innovar*, Número 12, p. 65-75. ISSN electrónico 2248-6968. ISSN impreso 0121-5051.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Departamento de estudios, extensión y publicaciones (2016). *El aborto en el derecho internacional de los derechos humanos*.

ADC, Asociación por los Derechos Civiles (2015). *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación*.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer (CEDAW) (1979), Asamblea General de las Naciones Unidas - *Resolución 34/180*.

Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1999), Asamblea General de las Naciones Unidas - *Resolución A/54/4*.

Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo (1994).

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing (1995).

Código Penal de la Nación Argentina (*artículos 85 al 88*).

Fallo "F., A.L. s/medida autosatisfactiva" (2012), CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACION. Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles (2010), Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2007), *Resolución N° 1174/GCABA/MSGC/07*.

Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2012), *Resolución N° 1252/GCABA/MSGC/12*.

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2012), Ley N° 4.318.

Poder Ejecutivo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2012), *Decreto 504*.

Consejo Municipal de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe (2007), *Ordenanza N° 8.186*.

Consejo Municipal de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe (2016), *Ordenanza N° 9.592*.