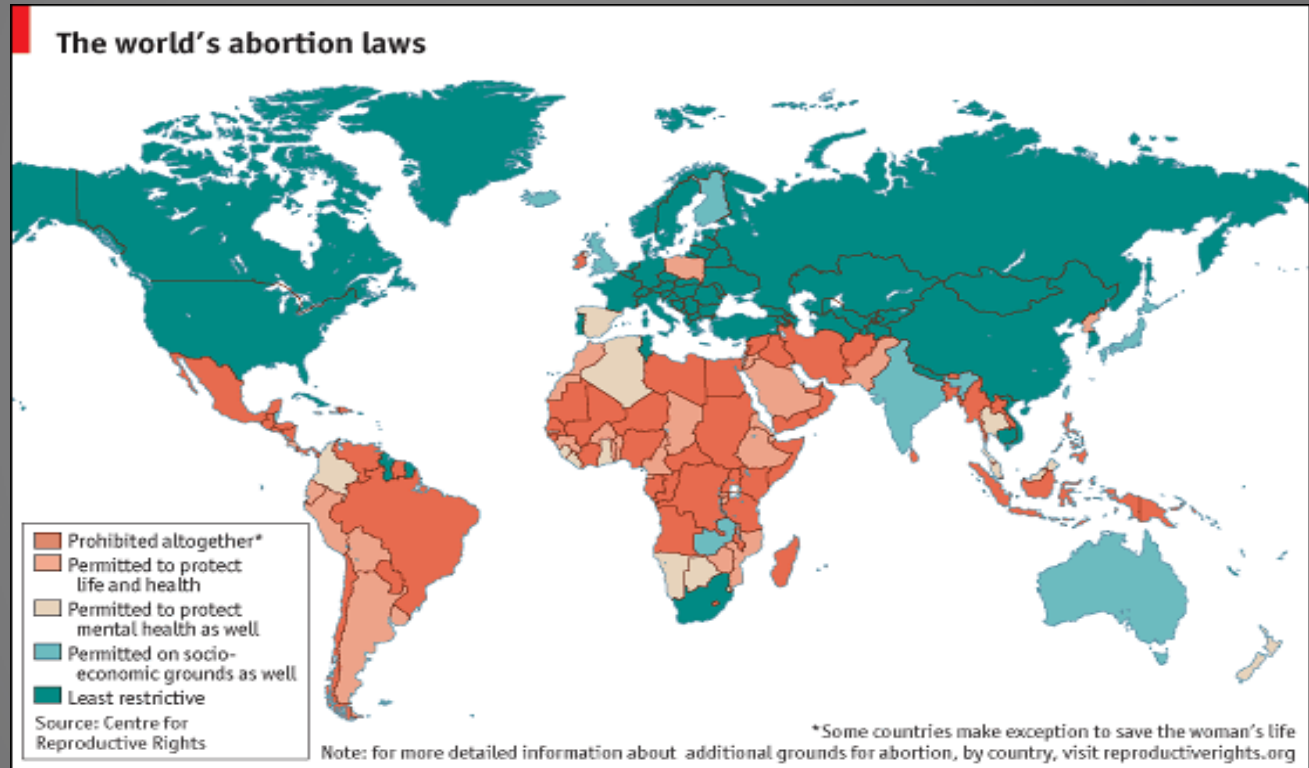

El paradigma penal y las regulaciones basadas en los médicos



Agustina Ramón Michel

(CEDES- REDAAS- Universidad de Palermo)

Mapa del derecho comparado



Modelos de regulación del aborto



1. Penalización absoluta
2. Despenalización por causales
3. Despenalización por plazos
4. Régimen mixto

Modelos de regulación del aborto



1. Penalización absoluta
2. Despenalización por causales
3. Despenalización por plazos
4. Régimen mixto

Casos de mujeres investigadas penalmente

En el Salvador, Argentina, Ecuador, Perú, Chile, Nicaragua...

También

Uruguay

Estados Unidos

Abortaron fuera de “las condiciones legales” establecidas en normas jurídicas o interpretadas por operadores judiciales

Otra forma de ver el mapa



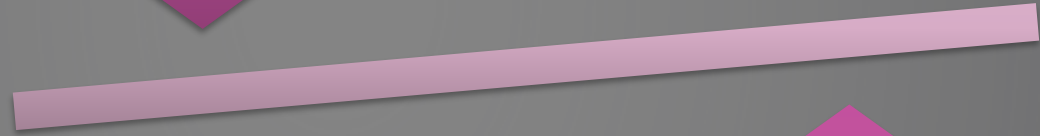
Paradigma penal
+
Regulaciones basadas en los médicos

¿Dónde están las libertades, las palabras relevantes y las restricciones?
¿Cuáles son las condiciones de la legalidad?

Rol dual de lxs médicxs :



Guardianes del
derecho al
aborto de las
mujeres



Custodios del
régimen penal




Crecen bajo la sombra del modelo de causales pero también...

En el modelo mixto: ejemplo Uruguay, Estados Unidos, México D.F

Y pueden sobrevivir en los modelos de despenalización absoluta (Canadá) bajo la forma de sobre regulación administrativa sanitaria



Históricamente tal vez pero...



Parte de las leyes ocurrieron durante **1920 y 1970**, años en los que el método más seguro era el quirúrgico practicado por un profesional entrenado y con la infraestructura e insumos adecuados. Esto explicaría las exigencias “basadas en los médicos”.

Pero es una explicación incompleta. Hay **regulaciones sancionadas recientemente** (ej. la ley uruguaya, el protocolo peruano y de varias provincias argentinas, las normas de Dinamarca y Bosnia-Herzegovina) que insisten en esta sobrerrepresentación médica.

Además: **las regulaciones administrativas suelen modificarse para adaptarse**

Implicancias y rasgos conectados



1. Médico el guardián
 2. Médico tiene la última palabra autorizada vis a vis la mujer
 3. La objeción de conciencia
 4. Reforzamiento de la noción biomédica de la salud
 5. Sobreregulación de los servicios de aborto
 6. Desplazamiento de otros profesionales de la salud
 7. **Brecha respecto a los avances científicos**
-

La brecha entre las regulaciones y las tecnologías para abortar



- AMEU: falta de entrenamiento y restricciones de uso en primer nivel
 - Misoprostol: falta de aprobación para uso obstétrico en dosis adecuadas, falta de disponibilidad, sobrerregulación
 - Mifepristona: la píldora abortiva
 - Desactualización de protocolos: limitan el uso del misoprostol y la mifepristona a determinada edad gestacional
 - Pocas regulaciones admiten explícitamente que las mujeres terminen el proceso de interrupción en sus casas (ej.: Francia, Vietnam, Suecia, Noruega)
 - En 2011, una decisión judicial en Inglaterra rechazó el aborto ambulatorio (*BPAS vs Secretary of State for Health*, 2011).
 - La exigencia de segundo nivel de atención (ej. protocolo de la Pampa)
-



“Es incorrecto comprometer el cuidado de las mujeres a través de restricciones innecesarias impuestas por funcionarios que temen las críticas de quienes se oponen al aborto en sí mismo”

(Ann Furedi, 2011)

Algunas reflexiones



- Las condiciones de legalidad
 - Insistir en el abandono del derecho penal como herramienta de política pública (ej.: RCOG 2017)
 - Mirar los distintos niveles legales y organizacionales para evaluar accesibilidad en los papeles
 - Otra forma de analizar el mapa jurídico global y las incidencias (oportunidades de bajo perfil)
 - Regulaciones basadas en (los derechos de) las mujeres
-

Muchas gracias

