

Desafíos del federalismo para garantizar la implementación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina

Autora

Maite Guerrero*

Cómo citar este artículo

Guerrero, M. (2025), Desafíos en términos de federalismo para garantizar la implementación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina, REV. IGAL III (2), 24–40.

*ORCID: 0009-0000-6055-3713

RESUMEN

Este artículo analiza el rol del federalismo y la distribución de competencias en la implementación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina. Se examinan las obligaciones sanitarias de las provincias y su relación con el Estado Nacional, considerando la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y la incorporación de tratados internacionales de derechos humanos a la Constitución Nacional tras la reforma de 1994. Además, se analizan los desafíos que el federalismo ha presentado para garantizar el acceso al aborto en los últimos cuatro años, considerando la distribución de insumos y recursos a nivel provincial. Finalmente, se propone una reinterpretación del federalismo desde la doctrina constitucional, enfocada en los derechos humanos y la cooperación.

PALABRAS CLAVE:
DERECHO AL ABORTO, FEDERALISMO, DERECHO A LA SALUD,
FEMINISMO

ABSTRACT

This article analyzes the role of federalism and the distribution of powers in the implementation of Law 27.610 on Access to Voluntary Termination of Pregnancy in Argentina. It examines the healthcare obligations of the provinces and their relationship with the National Government, taking into account the jurisprudence of the Supreme Court of Justice of the Nation and the incorporation of international human rights treaties into the National Constitution following the 1994 reform. Additionally, the article analyzes the challenges that federalism has posed in ensuring access to abortion over the past four years, considering the distribution of supplies and resources at the provincial level. Finally, it proposes a reinterpretation of federalism from the perspective of constitutional doctrine, focusing on human rights and cooperation.

KEYWORDS:
RIGHT TO ABORTION, FEDERALISM, RIGHT TO HEALTH, FEMINISM

1. Introducción

El 30 de diciembre del año 2020 fue un día histórico para el movimiento de mujeres y diversidades en Argentina. Luego de haber obtenido media sanción de la ley en la Cámara de Diputados el 10 de diciembre, en la madrugada del 30 el Senado, con 38 votos a favor, 29 en contra y 1 abstención, sancionó la ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, modificando el artículo 85 del Código Penal de la Nación. La sanción de esta ley, que entró en vigencia en enero de 2021, marcó un antes y un después en el acceso a los derechos reproductivos de las personas gestantes en la Argentina. Reconociendo la interrupción del embarazo como un derecho en su artículo 2º, y anclando su marco normativo en los diversos tratados de derechos humanos incorporados al artículo 75 inc. 22 de la CN, con mención explícita a la protección de los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía y la salud, la sanción de la ley 27.610 fue una victoria del movimiento de mujeres y diversidades que durante años impulsó la consigna "educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir".

En el presente trabajo se analizará el rol que ha jugado el federalismo y la distribución de competencias en materia sanitaria a la hora de implementar la ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina. Para esto, se examinarán detalladamente las obligaciones de las provincias en materia sanitaria y cómo se reparten las competencias con el Estado Nacional, considerando especialmente la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (en adelante, "CSJN" o "la Corte") y la incorporación de los tratados internacionales de derechos humanos a la Constitución Nacional (en adelante, "CN") tras la reforma constitucional de 1994. En particular, se profundizará en la sanción de la ley 27.610, la cual consagró el derecho al aborto en el ordenamiento jurídico de Argentina, abordando también las prestaciones de salud que la ley obliga a proveer, la autoridad de aplicación designada y los actores responsables de garantizar su cumplimiento en todo el territorio nacional. Luego, se abordarán los desafíos surgidos en términos de federalismo para garantizar el acceso al aborto en el país durante los últimos cuatro años, teniendo en consideración la distribución de insumos por parte del Estado Nacional y los recursos destinados por cada gobierno provincial para asegurar su cumplimiento.

Sumado a lo anterior, se analizarán las consecuencias de la variación territorial en términos de implementación y se intentará determinar si el federalismo ha constituido un obstáculo para el pleno cumplimiento de los derechos consagrados en la ley desde su entrada en vigor. Finalmente, se examinará de qué manera la doctrina constitucional puede proporcionarnos una perspectiva diferente sobre la forma tradicional de entender al federalismo en nuestro país en términos de acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva, promoviendo una visión centrada en los derechos humanos, la cooperación y, en palabras de Arballo (2019), "[un] federalismo para las personas y grupos sociales..." (p. 1166).

2. Federalismo y Salud en Argentina

2.1 La organización federal del Estado Argentino

El proceso constitucional originario argentino, que comenzó con la sanción de la CN de 1853 redactada por Juan Bautista Alberdi y finalizó con la incorporación de la provincia de Buenos Aires a la Confederación en 1860, en la Constitución de la Nación Argentina (1994) se consagró la forma federal del Estado a través de su artículo 1º, que establece: "[l]a Nación Argentina adopta para su gobierno la forma representativa republicana federal, según la establece la presente Constitución" (art. 1). Esta forma federal de gobierno fue mantenida a lo largo de sus sucesivas reformas, siendo la más relevante reforma constitucional de 1994 que creó la figura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En cuanto a la organización de la federación, el artículo 121 de la CN indica que las provincias conservan todo el poder no delegado al Gobierno Federal, teniendo la facultad de dictar sus propias constituciones y designar a sus autoridades (artículos 122 y 123 de la CN). De este modo, el federalismo en Argentina se caracteriza por la existencia de unidades políticas autónomas llamadas provincias, las cuales delegan poderes o facultades al Gobierno Federal de forma excepcional.

El reconocido constitucionalista Germán Bidart Campos señala que para conformarse una federación, además de la existencia del Estado y los "Estados-parte", debe existir entre ellos una conciencia de unidad que "(...) sostenga la voluntad de integrarse en un solo Estado federal y de compartir —sin pérdida de la identidad local— una convivencia política común" (Bidart Campos, 1992, p. 31). Esto implica que las partes deberán arribar a un equilibrio en donde los Estados-parte (en este caso, las provincias) no pierdan su individualidad ni particularidades y que el Gobierno federal no pretenda centralizar todo el poder ni absorber a las provincias. En términos de recursos económicos, cada una de las partes debe ser capaz de mantener un sistema económico propio que propicie este equilibrio. Bidart Campos (1992) señala que "[u]n federalismo se difuncionaliza cuando —con buena o mala situación económica, total o parcializada— ésta no es compartida mediante una delicada integración del todo y las partes" (p. 33). Las relaciones entre el Gobierno Federal y las provincias son diversas y variadas, destacándose entre ellas la relación de subordinación, la relación de participación y la relación de coordinación (Busto, 2019, pp. 35-38).

La relación de subordinación se caracteriza por la primacía de las normas federales por sobre las normas provinciales. A modo de ejemplo, el artículo 5 de la CN indica que las provincias podrán dictar sus propias Constituciones provinciales "(...) de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional (...)". En esta misma línea, el artículo 32 de la CN, indica que la CN, las leyes dictadas por el Congreso de la Nación y los tratados internacionales "son la ley suprema de la Nación; y las autoridades de cada provincia están obligadas a conformarse a ella, no obstante cualquiera disposición en contrario que contengan las leyes o constituciones provinciales (...)". Estos artículos evidencian el modo en que la CN plasma de manera expresa la relación de subordinación, señalando que el contenido de las Constituciones provinciales y las normas dictadas por las legislaturas provinciales no pueden entrar en contradicción con las disposiciones de la CN. En este sentido, la primacía de la norma nacional prevalece sobre la norma provincial, la cual debe subordinarse a las normas emanadas del Congreso de la Nación, reflejando esta relación de subordinación. Este principio de supremacía de las normas del Gobierno Federal asegura la coherencia de nuestro sistema jurídico y garantiza la uniformidad en la aplicación de las normas en todo el país.

Por otro lado, la relación de participación es la contracara de la relación de subordinación: implica que las provincias tienen también un rol protagónico en el Estado Federal, y no quedan subsumidas por el Gobierno Federal y sus normas. El más claro ejemplo de la relación de participación federal es la facultad de las provincias de dictar sus propias constituciones provinciales. De acuerdo con el artículo 5 de la CN "[c]ada provincia dictará para sí una Constitución bajo el sistema representativo republicano, de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional; y que asegure su administración de justicia, su régimen municipal, y la educación primaria. Bajo de estas condiciones el Gobierno federal, garante a cada provincia el goce y ejercicio de sus instituciones". Sin perjuicio del límite impuesto por la relación de subordinación de no contradecir sus disposiciones, la CN otorga a las provincias la posibilidad de reconocer derechos más allá de los consagrados en las normas federales. Sobre esta disposición, Etchichury destaca que se suelen ignorar los "aportes singulares del derecho público provincial" (Etchichury, 2019, p. 512) al marco normativo de la Argentina, entendiendo a las constituciones provinciales como una mera reiteración de las disposiciones constitucionales. Sin embargo, este autor señala a la normativa local como una herramienta del autogobierno "[destinada] —entre otros objetivos— a poner en vigor los derechos consagrados a nivel federal y otros nuevos" (Etchichury, 2019).

Finalmente, la relación de coordinación refiere al reparto de competencias entre las provincias y el Gobierno Federal en diversas materias. El ya citado artículo 121 de la CN consagra este principio al establecer que las provincias conservan todo el poder no delegado por la CN al Gobierno Federal. Este artículo se complementa con las disposiciones del artículo 126, el cual establece que las provincias no ejercen el poder delegado a la Nación. Entre las competencias que son exclusivas del Gobierno Federal, y que se encuentran enumeradas en este artículo, podemos destacar que las provincias no pueden crear aduanas provinciales ni establecer su propia moneda, ni tampoco dictar códigos de fondo como el Código Civil y Comercial o el Código Penal, ya que estas son facultades exclusivas del Congreso de la Nación.

Ahora, ¿qué sucede con aquellas competencias que no son facultad exclusiva de las provincias, pero tampoco han sido delegadas al Estado Nacional? Estos son lo que llamamos "poderes concu-

rrentes" donde el Gobierno Nacional y los gobiernos provinciales deben trabajar de forma coordinada (Arballo, 2019, p.1173). El Derecho a la Salud es una de las materias en donde el Estado y las provincias tienen facultades concurrentes, por lo que deben coordinar sus acciones y sus recursos para garantizar el acceso a los servicios de salud en todo el país.

2.2 La distribución de competencias en materia sanitaria

Como indicamos anteriormente, en materia sanitaria las competencias son concurrentes entre el Gobierno Federal y los gobiernos provinciales. Esto significa que garantizar el derecho a la salud no es competencia exclusiva de la nación, ni de las provincias, sino que debe ejercerse de forma coordinada y simultánea, con el fin de garantizar el acceso pleno a este derecho reconocido en diversos tratados internacionales de derechos humanos que fueron incorporados a nuestro bloque constitucional luego de la reforma de la CN en 1994 al artículo 75 inc. 22.

La CSJN introdujo la cuestión de las facultades concurrentes en el fallo "Mendoza, Domingo y Hermano v. Provincia de San Luis" (CSJN, Fallos 3:131) en el año 1865, indicando que, fuera de los supuestos en los cuáles una ley provincial debe ser invalidada por entrar en contradicción con la distribución de competencias federales "las provincias retienen una autoridad concurrente con el Congreso".

Sobre la cuestión sanitaria en particular, en "Plaza de Toros" (CSJN, Fallos 7:152) de 1870 la CSJN indicó que la salubridad era uno de los poderes que las provincias habían conservado para sí y no delegado al gobierno federal en ejercicio de su poder de policía, criterio que mantuvo al decidir en el caso "Saladeristas de Barracas" de 1887 (CSJN, Fallos 51:274). Sin embargo, en "Nobleza Piccardo" (Fallos 321:3487) del año 2015, la CSJN indicó que la materia sanitaria es un poder concurrente entre el Estado Federal y las provincias. Este cambio de criterio de la Corte se encuentra alineado con lo que señala Arballo en cuanto a que "la Corte ha ido adoptando un criterio según el cual ante la duda presume que los poderes son concurrentes" (Arballo, 2019, p.1179). Este autor cita diversas decisiones de la CSJN en donde ha señalado la excepcionalidad de las facultades exclusivas y excluyentes entre las provincias y la nación, indicando que la regla son las facultades compartidas.

El caso "Nobleza Piccardo" corresponde ser destacado en tanto se trata de la primera oportunidad en que la CSJN ha indicado de forma expresa que, en materia sanitaria, las facultades de la Nación y las provincias son concurrentes. En este fallo se discutió la facultad de la Provincia de Santa Fe de controlar el consumo de tabaco en su territorio a través de la prohibición a las tabacaleras de publicitar y promocionar públicamente sus productos. La actora, la tabacalera "Nobleza Piccardo", sostenía que el ejercicio del poder de policía sobre esta materia había sido delegado a la Nación, al tratarse de un supuesto de comercio interjurisdiccional. Al analizar el reparto de competencias en materia sanitaria, la CSJN destacó la importancia de la "la interrelación, cooperación y funcionalidad en una materia común de incumbencia compartida, como es el caso de la salud pública, sin perjuicio del poder de policía de salubridad que, en primer término, está en cabeza de las provincias" (Fallos 321:3487, considerando 13). De este modo, determinó que en materia de salud, las competencias de la nación y las provincias se ejercen "conjunta y simultáneamente" (Fallos 321:3487, considerando 14), sin que se viole principio federal alguno y siempre y cuando se ejerzan estas competencias de acuerdo con las limitaciones impuestas por la CN. La Corte agrega un punto importante en el considerando 16 de este fallo, que es la alusión a la protección de los derechos fundamentales —entre ellos la salud— de modo que las políticas públicas se desarrollen con el objetivo de garantizarlos. Es decir, que el federalismo no sea un óbice a la protección de derechos fundamentales.

Este criterio se mantuvo en la reciente decisión de la CSJN en "Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires c/Estado Nacional (Poder Ejecutivo Nacional) s/ acción declarativa de inconstitucionalidad" (CSJN, Fallos 342:533), donde se decidió sobre la constitucionalidad del art. 2º del decreto de necesidad y urgencia (DNU) 241/2021 del Poder Ejecutivo Nacional. Los magistrados Maqueda y Rosatti, en su voto, reivindicaron la concurrencia de las facultades entre las provincias (incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y la nación en materia de salud, sosteniendo que "respecto de la regulación de la salud, esta Corte reconoció desde antaño la convivencia de atribuciones de la Nación y las provincias" (Fallos 342:533, considerando 14). Lo mismo sostuvo el juez Rosenkrantz en su voto, donde expresó que "(...) respecto de la salud y salubridad públicas, desde sus primeros precedentes

esta Corte dejó sentado que el ejercicio del poder de policía en esa materia era una atribución propia de las provincias (...) con posterioridad, esta Corte reconoció al Estado Nacional facultades concurrentes en la materia (...) (Fallos 342:533, considerando 15). De este modo, podemos concluir que la CSJN ha sentado precedente en cuanto a la concurrencia de las facultades del Estado Nacional y las provincias en materia de salubridad. Entonces, ¿qué sucede con los municipios?

Previo a la reforma constitucional del 1994, los municipios no eran entes autónomos, sino que contaban solo con autarquía, lo que les permitía administrar sus recursos (Etchichurry, 2019, p.119). En 1911, la CSJN caracterizó a los municipios en el fallo "Ferrocarril del Sud c/ Municipalidad de la Plata. P. Cesari y Cía. c/ La Empresa del Ferrocarril Central Argentino" como "no (...) más que delegaciones de los poderes provinciales, circunscriptas a fines y límites administrativos que la Constitución ha previsto como entidades del régimen provincial y sujetas a su propia legislación". (CSJN, Fallos: 114:282). En 1989, a través del fallo "Rivademar, Ángela c/Municipalidad de Rosario", la CSJN modificó su criterio y definió a los municipios como entes autónomos, reconociendo su origen constitucional (Etchichurry, 2019, p.119). Esta doctrina fue receptada por la reforma de la CN en 1994, introduciendo normativamente el concepto de autonomía municipal en el artículo 123, el cual expresa que "cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el Artículo 5° asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero". Así, la CN establece la obligación de cada Provincia de delinear el contenido y el alcance de la autonomía municipal en su propio territorio.

Teniendo en cuenta el concepto de autonomía municipal y su rol de articulación con las provincias, sumado al carácter de orden público de la ley 27.610, podemos inferir que los municipios también se encuentran obligados a otorgar aquellas prestaciones y servicios mínimos que imponen las leyes nacionales en materia sanitaria, al igual que las provincias y que la Nación.

Corresponde entonces analizar en el próximo apartado cómo se ha implementado la ley 27.610 luego de su sanción, dado que esta establece obligaciones sanitarias tanto para el Estado Nacional, como para las provincias. En este contexto, es importante analizar cómo se articulan las facultades concurrentes en materia de salud con las disposiciones legales relacionadas con el acceso al aborto y cómo esto influye en la implementación y cumplimiento de la ley en todo el territorio nacional.

3. Marco legal del derecho al aborto en Argentina

Previo a la sanción de la ley 27.610, regía en Argentina lo dispuesto por el artículo 86 del Código Penal, redactado en 1921, que contemplaba la interrupción legal del embarazo por dos causales. El artículo indicaba "El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1.º 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; 2.º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente (...)". Sin perjuicio de esto, el acceso al aborto legal en Argentina era una cuestión excepcional dada la cantidad de obstáculos para acceder a él, tales como la autorización judicial o la denuncia policial. Uno de los mayores obstáculos era la interpretación predominante de que la causal violación sólo era aplicable a mujeres con discapacidad mental (Ramon Michel Et Ariza Navarrete, 2018, p.1-6)

En el año 2012, la CSJN se expidió en el caso "F, A. L. s/Medida Autosatisfactiva", en donde reconoció el aborto no punible como un derecho, estableció que la causal violación alcanzaba a cualquier mujer, no sólo a aquellas con discapacidad, y determinó que no era necesario contar con autorización judicial o denuncia policial para abortar. También dispuso que el Estado Nacional tenía que adoptar medidas para garantizar el acceso al aborto legal en todo el territorio del país. Reconoció además el derecho a la objeción de conciencia individual para profesionales de la salud.

En el año 2018 se debatió por primera vez en el Congreso la posible modificación al artículo 86 del Código Penal, la cual fue rechazada por la Cámara de Senadores. Finalmente, en el año 2020 se aprobó la iniciativa y, desde el 24 de enero de 2021, la ley 27.610 regula el acceso a la interrupción del embarazo en Argentina. La ley distingue entre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la cual puede ser solicitada hasta la semana 14 de gestación inclusive sin requisito alguno, y la interrupción legal del embarazo (ILE), que refiere al derecho a abortar después de la semana 14 de gestación sólo

si el embarazo es producto de una violación o si se encuentra en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante. La ley dispone que el acceso al aborto debe ser garantizado en un plazo máximo de 10 días corridos desde su requerimiento (artículo 5).

Además, la ley incorpora el artículo 85 bis al Código Penal, determinando que será un delito reprimido con prisión de tres meses a un año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena la dilación injustificada, la obstaculización o negación del aborto en los casos legalmente autorizados. El artículo está dirigido contra funcionarios públicos, autoridades de establecimientos de salud, profesionales, efectores y personal de salud. Sumado a esto, la ley también modifica el artículo 86 del Código Penal, que previamente permitía el aborto solo en casos de violación y de peligro para la vida o salud de la mujer, de acuerdo con lo establecido en "F. A. L.", reflejando la modificación normativa.

En su artículo 3, la ley indica que sus disposiciones se enmarcan en los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, mencionando la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y su Protocolo Facultativo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará", la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Recordemos que, más allá de lo dispuesto por la ley 27.610, Argentina ha incorporado estos tratados a su bloque constitucional, luego de la reforma de la CN en 1994.

En cuanto a la objeción de conciencia, la ley indica que sólo el profesional de la salud que intervenga de manera directa en la interrupción del embarazo puede ejercer la objeción de conciencia, con la obligación de mantener su decisión en todos los ámbitos, derivar de buena fe a la persona gestante para que sea atendida por otro u otra profesional y cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas (artículo 10). Sumado a esto, indica que no podrá negarse la realización del aborto en casos en que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro, así como que no se podrá alegar objeción de conciencia para la atención postaborto.

Por último, el artículo 11 hace referencia a la objeción de conciencia institucional, determinando que los efectores de salud tienen la obligación de derivar a las personas gestantes a otro efector para que garantice el acceso al aborto, asumiendo todos los costos de la derivación y el traslado.

En términos de distribución de competencias, en su artículo 21 la ley 27.610 indica que sus disposiciones son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina. Por lo tanto, todas las provincias, incluyendo a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, están obligadas a garantizar el acceso a la interrupción del embarazo sin necesidad de dictar una norma propia para adherirse a la ley nacional ni dictar sus propias disposiciones. A través del Decreto Reglamentario 516/2021, el Poder Ejecutivo designó al Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación de la ley, dando intervención a su vez a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR) y a la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio.

Además de indicar la obligatoriedad de la aplicación de la ley en todo el país, el artículo 19 sobre capacitación menciona explícitamente a las provincias, indicando que "el personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley y de la normativa complementaria y reglamentaria. A tal fin, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implementarán los correspondientes programas de capacitación". Sumado a esto, el artículo 13 indica que "el Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, de Educación Sexual Integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población".

Por último, el artículo 12 establece que las prestaciones de salud incluidas en la ley se incorporan tanto al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica como al Plan Médico

Obligatorio con cobertura total. De este modo, se establece que es responsabilidad del sector público de la salud, obras sociales y entidades de medicina prepagas incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo en sus prestaciones.

Podemos observar entonces cómo la propia letra de la ley refleja las competencias concurrentes entre la Nación y las provincias en materia de salud. Específicamente, pone en manos de los ministerios provinciales la responsabilidad de capacitar a su personal de salud en las disposiciones de la ley, además de seguir implementando la ley de Educación Sexual Integral. Sumado a esto, dispone que todo el sistema público de salud, así como todas las obras sociales, tanto a nivel nacional como provincial, tienen la obligación de incorporar la cobertura de las prestaciones en sus servicios.

Más allá de la distribución de competencias que establece la ley, resulta relevante preguntarnos qué ocurre en la realidad en cuanto a la efectiva implementación de la ley a lo largo del territorio del país y al interior de las diferentes provincias y municipios. En el siguiente apartado examinaremos con qué desafíos se han encontrado las mujeres y personas gestantes en términos de accesibilidad, disponibilidad de insumos para la realización del aborto, capacitaciones adecuadas para el personal de salud y acceso a la información acerca de sus derechos en las distintas jurisdicciones del país. A su vez, analizaremos cuáles han sido las políticas, programas y acciones implementadas tanto por el Ministerio de Salud de la Nación como los Ministerios de Salud provinciales para asegurar el cumplimiento de la ley y el acceso a la interrupción del embarazo de manera efectiva en todo el territorio nacional durante los últimos cuatro años.

4. Desafíos actuales en la implementación de la ley 27.610 a nivel federal

Previo a comenzar el análisis corresponde realizar una aclaración metodológica acerca de esta sección. Las fuentes de la información que se utilizan en este desarrollo son variadas, pero provienen principalmente de informes publicados por organizaciones de la sociedad civil entre los años 2021 y 2023. Específicamente, se utilizan informes realizados por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), a través del Proyecto Mirar, por Amnistía Internacional Argentina (AIAR), en particular sus informes acerca de Tierra de Fuego y Mendoza, por Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) sobre la provincia de Córdoba y la asociación Mujeres x Mujeres (MxM) en Tucumán. Para el caso de la provincia de Buenos Aires, lamentablemente sus informes de gestión acerca de la implementación de la ley 27.610 ya no se encuentran disponibles. En su lugar, se utilizan noticias y entrevistas a autoridades provinciales.

El análisis de la información recolectada se centra en los siguientes ejes:

- Cantidad de centros de salud que realizan abortos en la provincia o municipio
- Cantidad de efectores por centro de salud que realizan abortos en la provincia o municipio
- Disponibilidad de capacitaciones tanto obligatorias como optativas para el personal de salud
- Acceso a insumos para la realización de aborto, específicamente la disponibilidad de misoprostol y dispositivos y cánulas para AMEU (aspiración manual endouterina)
- Disponibilidad de material informativo sobre el acceso al aborto tanto como para efectores de salud como para usuarios y usuarias

Comenzando por los datos relevados por el Proyecto Mirar¹, a cargo de CEDES, una estadística que merece ser destacada es que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el 100% de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC)² y de los hospitales generales de agudos³ se encuentran garantizando el derecho al aborto (Ramos, 2022, p.6). La provincia de Buenos Aires, por su parte, garantiza el acceso en el 96% de sus hospitales provinciales y en el 57% de sus hospitales municipales.

En contraste, datos relevados en la provincia de Córdoba demostraron que el personal de salud no ha recibido información ni capacitaciones adecuadas sobre el aborto y cómo proveer ese derecho. El informe señala que "desde la aprobación de la ley, no han recibido ningún apoyo ni orientación por parte del Ministerio de Salud de la provincia (...)" (Romero, 2022, p.27). El documento marca también que existe una gran brecha de accesibilidad entre la provincia de Corrientes y la Ciudad de Buenos Aires.

Entre sus recomendaciones, CEDES destaca que estas barreras " (...) se pueden disminuir con esfuerzos de políticas provinciales con apoyo nacional" (Romero, 2021, p. 25). En cuanto a la disponibilidad de insumos, CEDES indica que la DNSSyR se ha encargado principalmente de la compra de tratamientos de misoprostol y dispositivos de AMEU y su distribución a las provincias. El reporte también destaca que no se cuenta con información de la cantidad de tratamientos y dispositivos comprados directamente por los gobiernos provinciales (Romero et al., 2021, p. 25). En el caso de Río Negro, a través del laboratorio PROFARSE que produce misoprostol, la provincia ha sido capaz de abastecerse y distribuir este insumo dentro de su territorio. La provincia de Santa Fe también cuenta con su propio laboratorio autorizado para distribuir sus medicamentos a todo el país (Romero, 2022, p.18).

Otro dato relevante que señala el informe del CEDES es que en 18 de las 24 jurisdicciones del país se incrementaron el número de efectores públicos que garantizan el acceso al aborto. Las provincias que no han aumentado su disponibilidad de efectores son Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Santa Cruz, Neuquén y Tierra del Fuego (Romero, 2022, p.14)

Profundizando sobre la cuestión de Tierra del Fuego, Amnistía Internacional publicó una investigación específica sobre la situación de la provincia (AIAR, 2022) identificando algunas de las barreras de acceso a las que se han enfrentado las mujeres y personas gestantes para acceder al aborto en la provincia. Para empezar, señalan que el Ministerio de Salud de la provincia ha llevado adelante una implementación deficiente, dado que no han adoptado medidas suficientes para garantizar el acceso al aborto en todo el territorio. En las recomendaciones del informe, AIAR insta al gobierno local a "adoptar medidas de carácter inmediato para hacer cesar el estado de incumplimiento de la ley 27.610 en que se encuentra el Hospital Regional de Río Grande, con las consecuentes responsabilidades administrativas, civiles y penales que ello conlleva" (AIAR, 2022, p.18).

Por otro lado, la organización llevó adelante una investigación similar en la provincia de Mendoza (AIAR, 2023). En cuanto a la compra de insumos, indican que la provincia de Mendoza, además de recibir tratamientos por parte del Estado Nacional, también realizó su propia compra de misoprostol. El informe señala que se desconoce cuántos tratamientos fueron comprados por la provincia. En cuanto al acceso a la información, la publicación manifiesta terminantemente que "el Ministerio de Salud Provincial incumple con su deber de garantizar el acceso a información sobre el derecho al aborto en distintos niveles y capilaridades" (AIAR, 2023, p.13). En línea con esto, el reporte hace énfasis en el hecho de que el gobierno de la provincia no ha hecho esfuerzo alguno para garantizar esta obligación impuesta por la ley. En contraste, el documento señala la situación de CABA y la Provincia de Buenos Aires (PBA), jurisdicciones cuyos Ministerios de Salud cuentan con información accesible sobre el derecho al aborto y cómo acceder a él, proveyendo los datos de contacto de los centros efectores. En el caso de Mendoza, se subraya que el ministerio provincial no ha desarrollado ni producido ningún tipo de material informativo ni realizado campaña alguna, limitándose a utilizar los materiales producidos por el Estado Nacional (AIAR, 2023, p.16). Por último, el informe destaca que la provincia de Mendoza se encuentra entre las más bajas en términos de disponibilidad de servicios que garantizan el derecho al aborto, con un 0,3% por cada 100.000 habitantes (AIAR, 2023, p.19).

¹ El Proyecto Mirar es impulsado por CEDES junto a Ibis Reproductive Health y tiene el objetivo de monitorear la implementación de la ley de aborto en Argentina. Más información: <https://proyectomirar.org.ar/>

² Los CESAC proveen servicios sanitarios en zonas alejadas de los establecimientos hospitalarios. Tienen consultorios de distintas especialidades: vacunas, enfermerías y farmacias, entre otras dependencias.

³ Un hospital de agudos es un centro de salud que se encarga de diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades que comienzan de forma repentina o que tienen una evolución breve.

La fundación MxM, por su parte, concentró su relevamiento en la provincia de Tucumán, donde se encuentra ubicada (Deza & Reinoso, 2023). La organización destacó que Tucumán se encuentra entre las provincias que más abortos han garantizado desde la sanción de la ley, pero que también ha sido noticia por sus casos de obstaculización y criminalización. MxM pone en manifiesto que, incluso en los centros que el mismo Ministerio de Salud provincial asegura que se garantiza la práctica, el acceso no resulta completo dada la falta de personal capacitado y los objetores de conciencia. La disparidad en el acceso de localidades más alejadas de los centros urbanos también se destaca en ese análisis. Especialmente, señalan "los obstáculos que reporta la ruralidad, la barrera que imprime una comunidad originaria o religiosa determinada en términos de cultura; y lo costoso que resulta para las pacientes acceder a una interrupción por fuera del sistema público" (Deza & Reinoso, 2023, p.49).

Otra cuestión que surge en Tucumán, en línea con lo sucedido en Mendoza, es la falta de producción de material a nivel provincial. En sus recomendaciones a la provincia, MxM destaca la necesidad de llevar adelante capacitaciones obligatorias sobre la materia, así como organizar los servicios de salud en la provincia para garantizar el acceso en todo el territorio.

Por otro lado, en la provincia de Córdoba, luego de encuestar a casi el 90% de los efectores de salud sexual y reproductiva de la provincia, CDD encontró que el 34.7% de los efectores no realizan interrupciones del embarazo. De los efectores que sí garantizan el acceso al aborto, la gran mayoría lo hace sólo hasta las 12.6 semanas de edad gestacional (CDD, 2022, p.30)

Entre una de las mayores dificultades en la provincia remarcaron la falta de insumos y la falta de capacitación en aspectos legales. Otra cuestión que fue destacada es la disparidad geográfica en el acceso, especialmente para acceder a la interrupción legal del embarazo pasadas las primeras 14 semanas de gestación. Sobre esto, señalan que "es notoria la desigualdad en el acceso a los derechos sexuales en las diferentes localidades y existe una marcada ausencia de líneas de trabajo a nivel provincial para reparar y/o modificar esas inequidades geográficas" (CDD, 2022, p.50).

El informe recomienda a la provincia de Córdoba revisar el modo en que se distribuyen los recursos e insumos, a fin de que el cumplimiento de la ley no recaiga sobre los municipios, sobre todo en lo relativo a la entrega de métodos anticonceptivos. Por último, señalaron que las personas encuestadas indicaron que "no hubo ninguna línea de trabajo del Ministerio de Salud de la provincia que les ayudara en la implementación de [la Ley N° 27.610]" (CDD, 2022, p.51). Expresaron también que no han tenido dificultades para articular con el Ministerio de Salud provincial en otras cuestiones sanitarias, pero sí en lo relativo a prestaciones de salud reproductiva (CDD, 2022, p.51).

Como ya hemos indicado, la Provincia de Buenos Aires se ha destacado por haber implementado un circuito eficiente de atención de aborto. El desafío más grande al que se ha enfrentado la provincia ha sido garantizar el acceso en todos sus municipios. Esto resulta especialmente difícil de concretar en aquellos municipios que solo cuentan con centros de salud municipales y ningún hospital provincial (Hoyos & Martínez Ortiz, 2021).

Carlota Ramírez, ex-responsable de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires, indicó que de los 135 municipios que componen la Provincia de Buenos Aires, 132 de ellos garantizan el acceso al aborto (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2022, párr. 1). Sobre los restantes municipios, Ramírez ha expresado que "la provincia es la última responsable y por eso la discusión con las secretarías de salud municipales es muy fuerte. Si no hay voluntad política en un municipio que solo tiene efectores municipales, no podemos obligar al efector municipal" (Hoyos & Martínez Ortiz, 2021, p.8). Entre los municipios más reticentes se destaca el caso de San Miguel, declarado por su Concejo Deliberante local como "Pro Vida" en 2018. San Miguel, Capitán Sarmiento y Lezama son los únicos municipios bonaerenses que no realizan interrupciones del embarazo en el sistema público de salud ni derivan a otras jurisdicciones para que se garantice la práctica como requiere la ley 27.610 (El Destape, 2022).

Sobre la cuestión de la autonomía municipal y el derecho a la interrupción del embarazo podemos destacar el fallo "Municipalidad de Roldán c/ Poder Ejecutivo Nacional s/Acción Meramente Declarativa de Inconstitucionalidad" dictado por el Juzgado Federal N° de Rosario y ratificado por la Sala B de la Cámara Federal de Rosario. En este caso, el Intendente de la Municipalidad de la loca-

alidad de Roldán, provincia de Santa Fe, promovió una acción declarativa de inconstitucionalidad en contra de la ley 27.610, amparándose en el decreto municipal Nro. 01.278/13 y la declaración del Consejo Municipal que declararon al municipio como "Protectora y Promotora de los Derechos de los Niños por Nacer". Si bien el rechazo de la acción se encontró fundado mayormente en la falta de legitimidad del intendente para promover el proceso, la Jueza expresó que la alegada autonomía municipal "[no constituye] argumentos suficientes que permitan conmovir la conclusión arribada"⁴

En cuanto al trabajo del Estado Nacional en la garantía del acceso a las prestaciones de la ley 27.610, corresponde separar su actuación en dos períodos: desde enero del año 2021, cuando se promulgó la ley, hasta diciembre de 2023, cuando finalizó el mandato del presidente Alberto Fernández y comenzó el del presidente Javier Milei.

Hasta el año 2023, con el Ministerio de Salud a cargo de Carla Vizzotti y la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en cabeza de Valeria Isla, el ministerio se encargaba de publicar periódicamente los informes "ImplementAR". Estos documentos desglosaban información clave acerca del acceso al aborto en todo el país, incluyendo la cantidad de efectores que garantizan IVE/ILE por año, cifras de IVE/ILE realizadas e informadas por jurisdicción, capacitaciones realizadas con temática IVE/ILE, cantidad de insumos entregados a las provincias, etc.

A través de estos informes sabemos que, para octubre de 2023 un total de 1982 centros de salud garantizan el acceso a la práctica en el país, en contraste con los 907 que la realizaban en el año 2020 (DNSSyR, 2023, p.8). El documento también detalla la cantidad de insumos adquiridos a través del Programa RemediAR y distribuidos a las provincias. Así, el último reporte ImplementAR de la gestión indicó que "los insumos que gestiona y distribuye la DNSSR para el aseguramiento de IVE-ILE son misoprostol, mifepristona, combipack (mifepristona + misoprostol) y equipamiento para aspiración manual endouterina (AMEU) y su fuente de financiamiento es el presupuesto nacional (DNSSyR, 2023, p.8).

Sumado a esto, la DNSSyR también ha producido diferentes documentos técnicos, y llevado adelante diversas capacitaciones y cursos en la materia a lo largo del país, brindando asistencias técnicas en casos de obstaculizaciones provinciales y articulado con otros programas de salud sexual y reproductiva, tales como el Plan ENIA —prevención del embarazo en la adolescencia— y el Plan Sumar —acceso a los servicios de salud a personas que no cuentan con obra social ni prepaga—, entre muchos otros.

A partir del año 2024, y con la nueva gestión del Ministerio de Salud a cargo de Mario Russo, el panorama se ha modificado. Para empezar, a casi seis meses de gestión, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva aún no tiene responsable a su cargo (Diario Clarín, 2024).

Por otro lado, las distintas jurisdicciones provinciales han empezado a denunciar que la nueva gestión del Gobierno Nacional ha dejado de comprar y enviar insumos para garantizar el acceso a la práctica. La periodista Celeste del Bianco indicó recientemente en un artículo publicado en El Diario AR que "(...) desde el cambio de gestión en diciembre de 2023, el Estado Nacional no envió insumos para realizar la práctica de interrupción voluntaria del embarazo y [las provincias] casi no tienen stock para garantizarla. En algunas, los gobiernos provinciales compran los elementos para suplantar las faltas, pero en otras no, por lo que estiman que solo podrán llevarla a cabo durante algunos meses más" (El Diario AR, 2024, párr. 1).

Ana Morillo, integrante del Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, denunció especialmente la situación de la provincia de Córdoba que, al no recibir insumos del Estado Nacional, no podrá garantizar el acceso a la práctica por mucho más tiempo. Murillo indicó también que la provincia pudo adquirir misoprostol, pero no mifepristona, dado su elevado precio.

Carola Ferreyra, referente del Plan ENIA en Catamarca, indicó también que la provincia no realiza sus propias compras de medicamentos, por lo que dependen exclusivamente de Nación. La nota concluye que "la preocupación (...) reside en hasta qué punto las provincias podrán afrontar los gastos de la IVE con los recortes presupuestarios que tienen y con el aumento de los costos" (El Diario AR, 2024, párr. 7).

⁴ La magistrada señaló, a su vez, que la Provincia de Santa Fe no ha cumplido con el mandato del artículo 123 CN al no haber delimitado ni regulado la autonomía municipal dentro de su ordenamiento jurídico.

La provincia de Neuquén informó que al dejar de recibir insumos por parte del Gobierno Nacional a partir de diciembre del 2023, han comenzado a realizar sus propias compras de medicamentos. El responsable del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de Neuquén indicó que el gobierno de la provincia se está haciendo cargo de los insumos en falta mientras esperan una nueva partida por parte del Ministerio de Salud de la Nación (Diario Río Negro, 2024).

Frente a este desolador panorama, en el siguiente apartado nos centraremos en el modo en que estas disparidades en el acceso afectan negativamente a las mujeres y personas gestantes que buscan acceder a sus derechos. A su vez, discutiremos el rol del federalismo en la garantía de este tipo de derechos, especialmente a la luz de las obligaciones internacionales del Estado en la materia.

5. Impacto de las disparidades en el acceso y el rol del federalismo

Como pudimos observar de los datos recopilados en el apartado anterior, la implementación de la ley 27.610 no ha sido igualitaria en todo el país, con significativas variaciones territoriales en términos de acceso a derechos.

Entre los desafíos y obstáculos más frecuentes a los que se enfrentan las mujeres y personas gestantes a la hora de hacer valer sus derechos en todo el territorio del país se destacan la poca iniciativa de los ministerios de salud provinciales de realizar campañas de difusión de información y capacitaciones a los efectores de salud pública. La cuestión de la falta de profesionales no objetores, así como las dificultades para acceder a al aborto en territorios más alejados.

En cuanto al rol del Estado Nacional para garantizar los derechos consagrados por la ley 27.610 hemos podido notar que, hasta el 2023, la gestión de la DNSSyR se enfocó especialmente en la compra de medicamentos e insumos para poder acceder al aborto, así como en la producción de materiales informativos y capacitaciones. Por último, pudimos ver cómo el cambio de gestión en el Ministerio de Salud luego de la asunción del presidente Javier Milei ha abierto un panorama distinto en cuanto al rol del Estado Nacional, para el cual la interrupción del embarazo ya no es una prioridad del Gobierno Federal, sino una responsabilidad de cada provincia.

Es en este punto vemos que el federalismo comienza a presentar sus desafíos: hasta el 2023 las provincias contaban con que el Estado Nacional suministrara los insumos necesarios para realizar abortos, por lo que muchas de ellas no realizaron compras a través de sus ministerios ni impulsaron políticas públicas de implementación en sus territorios. En la actualidad, frente al nuevo rol que ha adoptado el Ministerio de Salud bajo su nueva gestión, las provincias se han encontrado con el desafío de autoabastecerse, cuestión que no había sido considerada durante el 2020–2023 cuando la DNSSyR se aseguraba de entregar los insumos necesarios.

Hemos observado también que las provincias —con algunas excepciones— han sido especialmente reticentes a producir material informativo propio y a realizar capacitaciones y, en su lugar, han recurrido sólo a los recursos entregados por el gobierno nacional. Cabe preguntarse en este punto si frente a la inactividad de la nueva gestión del Ministerio de Salud de la Nación, los gobiernos provinciales comenzarán a crear y distribuir estos materiales y a realizar sus propias capacitaciones o no se cumplirán con las obligaciones impuestas por la ley.

Por otro lado, pudimos apreciar también que, especialmente en la provincia de Buenos Aires, más allá de los esfuerzos por parte del gobierno provincial, no ha sido posible garantizar el aborto en todo el territorio dada la reticencia de las gestiones municipales. En territorios donde las provincias no cuentan con efectores propios y la implementación recae solo en la voluntad del municipio, se pone en verdadero riesgo el derecho del que gozan todas las mujeres a acceder a prestaciones de salud en igualdad de condiciones en todo el territorio del país. Este mismo razonamiento aplica a la disparidad de acceso entre las distintas provincias, especialmente en el contexto actual en donde la compra de insumos ha recaído en los gobiernos provinciales.

Estas disparidades constituyen una barrera arbitraria e injustificada al acceso al aborto, obligando a las mujeres a trasladarse a otras jurisdicciones para ejercer los derechos garantizados en la ley, vulnerando así su derecho al pleno goce de su salud reproductiva en condiciones de igualdad y no discriminación.

De este modo, si la situación actual no se modifica a través de la adopción de medidas positivas por parte del Estado Nacional, las mujeres y personas gestantes residentes en jurisdicciones que no han adquirido insumos tendrán que movilizarse a otras provincias o recurrir a abortos en contextos de clandestinidad o insalubridad. En consecuencia, la disparidad en el acceso resultará en una situación agravada de desigualdad, en donde el lugar de residencia y los recursos socio-económicos dictarán la posibilidad de acceder a un aborto en condiciones de seguridad y dentro de la órbita del sistema público de salud, tanto nacional como provincial. Así, la ubicación geográfica será la condición determinante para tener o no asegurado el respeto a los derechos reproductivos.

Frente a este preocupante panorama, podemos pensar una construcción del federalismo distinta, en línea con lo planteado por Clérico en cuanto a que este debe ser interpretado como facilitador del cumplimiento de derechos (Arballo, 2019, p.1166). Esto mismo sostiene Azrak cuando trae el concepto de "federalismo moderno y acorde a los derechos humanos" (Azrak, 2021, p.40) y Arballo cuando se refiere a la noción de "federalismo real" (Arballo, 2019, p.1166). Este concepto implica dejar atrás, por un lado la visión tradicional del federalismo donde las provincias y la nación tienen competencias excluyentes entre sí, así como la noción de que el Gobierno Nacional es quien está a cargo de toda la gestión del poder estatal.

Azrak califica este modelo como uno que "alienta la negociación, en lugar de evitar el conflicto" (Azrak, 2021, p.40) y "busca facilitar el diálogo vertical y horizontal entre los actores responsables" (Azrak, 2021, p.41). Así, esta manera de pensar al federalismo como facilitador del cumplimiento de los derechos propicia la comunicación entre el Estado Nacional y las distintas jurisdicciones del país, a los fines de, en este caso, poder garantizar el acceso a la interrupción del embarazo en todo el país. Hemos observado como durante el período 2020-2023, si bien existieron medidas proactivas por parte del Estado Nacional, a nivel provincial el acceso estuvo librado en gran parte a la voluntad de cada gobierno local. En el contexto actual, esta situación se ha profundizado aún más, por lo que el accionar de las provincias tomará mayor protagonismo durante los próximos meses si el Gobierno Nacional continúa impulsando una línea de no intervención. Esta puede ser una oportunidad para que las provincias asuman este nuevo rol, exigiendo al Estado Nacional el cumplimiento de sus obligaciones. En palabras de Azrak, "de ellas depende, también, que el federalismo esté en línea con la igualdad, autonomía personal y autogobierno colectivo y no que sea un escudo para la violación de derechos" (Azrak, 2021, p.62).

Si el Estado Nacional y las provincias no logran llevar adelante esta articulación y este diálogo para poder garantizar el pleno acceso de las personas gestantes a los derechos consagrados en la ley 27.610, nos encontraremos frente a un panorama en donde se compromete la responsabilidad internacional del Estado Argentino. Recordemos que el derecho a la salud forma parte de la categoría de derechos económicos, sociales y culturales según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁵ que forma parte de nuestro bloque constitucional (artículo 75 inc. 22), caracterizados por exigir del Estado acciones positivas destinadas a su efectivo cumplimiento (Abramovich & Courtis, 2006, p. 47).

En esta misma línea, el art. 2.1 del PIDESC consagra uno de los principios rectores en el ámbito de la protección y la exigibilidad de los derechos sociales, económicos y culturales: el principio de progresividad. La progresividad acarrea la obligación del Estado de mejorar, de forma progresiva, todas las cuestiones relativas al ejercicio y al disfrute pleno de los derechos económicos, sociales y culturales. El Pacto expresa que "cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas (...) para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos".

Del principio de progresividad, plasmado explícitamente en el PIDESC, se desprende otro de los principios conductores en materia de derechos sociales, económicos y culturales: el principio de no regresividad. Este establece la obligación de los Estados de no dictar medidas ni implementar

⁵ El artículo 12 del PIDESC reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

políticas que impliquen una regresión en cuanto a reconocimiento, alcance y goce de los derechos sociales, económicos y culturales (Abramovich & Courtis, 2006, p. 58).

Podemos afirmar entonces que las disparidades de acceso a la interrupción del embarazo y la irregularidad de la disponibilidad de insumos a la largo del territorio del país, significan un importante retroceso en la materia, comprometiendo la responsabilidad internacional del Estado Nacional, quien es el encargado de velar por la aplicación y cumplimiento de los instrumentos internacionales que ha ratificado.

Y aquí entra en juego otro principio rector en materia de derechos sociales: la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles (Abramovich & Courtis, 2006, p. 50). El PIDESC "impone a los Estados la obligación de implementar (...) actos concretos, deliberados y orientados lo más claramente posible hacia la satisfacción de la totalidad de las obligaciones" (Abramovich & Courtis, 2006, p. 50). Abramovich y Courtis señalan que la violación a un derecho puede darse también por omisión, entre las cuales se encuentra la no utilización del máximo de los recursos disponibles para asegurar la consecución de los derechos. Entre las obligaciones del Estado, este autor también destaca "la obligación de proveer recursos para lograr la plena efectividad de los derechos establecidos en el Pacto. Esto incluye los recursos presupuestarios, materiales y legales necesarios para permitir su goce y ejercicio" (Abramovich & Courtis, 2006, p. 54).

Frente a este contexto normativo, resulta esencial entonces que el Estado Nacional y las provincias articulen de manera eficiente para poder garantizar el acceso a la interrupción del embarazo de todas las personas que lo requieran, en todo el territorio del país. Considerando la ampliación de derechos que trajo aparejada la ley y las disposiciones del PIDESC, podemos afirmar que el incumplimiento de las obligaciones delineadas en la ley 27.610 constituye una medida regresiva violatoria de las disposiciones del PIDESC y resulta incompatible con el compromiso asumido por el Estado argentino en cuanto a la protección del derecho a la salud en su territorio.

6. Conclusión

Mediante la sanción de la ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Argentina se convirtió en un país pionero en la región en materia de reconocimiento y ampliación del derecho a la interrupción del embarazo. Las disposiciones de la ley, ampliamente basadas en los tratados internacionales de derechos humanos que forman parte del bloque constitucional del país, presentan un panorama de amplio reconocimiento de derechos y protección de las personas gestantes. A su vez, establece claras obligaciones tanto para el Estado nacional como para los gobiernos provinciales a fines de garantizar el efectivo cumplimiento de sus disposiciones y garantizar los derechos en ella reconocidos. Sin embargo, el panorama actual en cuanto a la implementación de la ley 27.61 resulta desolador. Con un Estado nacional que no está dispuesto a cumplir con sus obligaciones, el efectivo acceso al derecho al aborto recae en los gobiernos provinciales, muchos de los cuales no han tomado medidas significativas para garantizar el acceso en sus territorios durante los últimos tres años. Así, aparece el federalismo como una excusa para justificar este incumplimiento. En palabras de Etchichury, "en lugar de ofrecer ámbitos democráticos de deliberación y autogobierno con el objetivo de garantizar derechos, el federalismo [es] utilizado para negar responsabilidades. En nombre de la autonomía provincial, se pone en duda la obligación de las autoridades locales de cumplir con derechos consagrados en la constitución federal".

La reflexión que quiero traer a través de este trabajo es que las potestades concurrentes en materia sanitaria fueron pensadas para asegurar la mayor cantidad de cobertura y garantías en el acceso al derecho a la salud en todo el país. Las responsabilidades recaen tanto en el Gobierno Federal como en las provincias con el fin de que ambas se articulen de tal forma que puedan brindar la mejor calidad de atención y que las facultades de cada jurisdicción no sean un óbice para el acceso a derechos. Pero con lo que nos hemos encontrado en la realidad es con la situación opuesta: las provincias le reclaman al Estado Nacional que no pueden cumplir con sus obligaciones mientras no reciban recursos del gobierno, mientras que el gobierno reclama a las provincias que utilicen sus propios recursos para seguir implementando políticas de salud sexual y reproductiva (Diario Clarín,

2024). Así, nos encontramos con una situación que si nos corresponde a todes, entonces no le corresponde a nadie. La utilización del federalismo como una excusa para no garantizar los derechos de las personas gestantes no trae nada más que consecuencias para las personas más vulnerables.

Dada la mayor restricción presupuestaria a la que se enfrentan las provincias, resulta imperativo seguir exigiendo al Estado Nacional que cumpla con sus obligaciones y continúe comprando y repartiendo insumos para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo en todo el país en los términos de la ley 27.610. Pero, sin perjuicio de esto, es hora de que las provincias también tomen la iniciativa y se encarguen de tomar medidas positivas para cumplir con sus obligaciones en la materia. De no ser así, nos mantendremos frente a un panorama en donde el acceso a una prestación de salud tan importante y necesaria para las personas gestantes quedará en manos de la voluntad política del gobierno de turno.

Bibliografía

- Abramovich, V., & Curtis, C. (2006). El umbral de la ciudadanía. Ed. del Puerto.
- Amnistía Internacional Argentina (AIAR). (2023). Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Provincia de Mendoza. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2001). Decreto Distrital 400. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4539>.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2002). Decreto Distrital 188. <https://www.alcaldiabogota.gov.co>
- Amnistía Internacional Argentina (AIAR). (2022). Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tierra del Fuego: Avances y desafíos.
- Arballo, G. (2019). Comentarios al artículo 121. En R. Gargarella & S. Guidi (Eds.), Constitución de la Nación Argentina comentada. La Ley.
- Azrak, D. (2021). Una teoría federal para la educación sexual integral. Editores del Sur.
- Bazán, V. (2013). El federalismo argentino: situación actual, cuestiones conflictivas y perspectivas. *Estudios Constitucionales*, 11(1), 37–88.
- Bidart Campos, G. (1992). Marcos, condicionamientos y frenos del federalismo. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Ciencias Sociales y Económicas, UNAM.
- Busto, J. M. (2019). El rol de las provincias en las decisiones del Estado Federal argentino (1ª ed.). Konrad Adenauer Stiftung.
- Católicas por el Derecho a Decidir. (2022, mayo). Acceso a la salud sexual y reproductiva: IVE/ILE en la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (1865). Mendoza, Domingo y Hno c/ Provincia de San Luis s/ derechos de exportación.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (1869). Empresa "Plaza de Toros" c/ Gobierno de Buenos Aires.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (1887). Saladeristas Santiago, José y Jerónimo Podestá y Otros v. Provincia de Buenos Aires.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (1911). Ferrocarril del Sud c/ Municipalidad de la Plata. P. Cesari y Cía. c/ La Empresa del Ferrocarril Central Argentino. Fallos: 114:282.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (2012). F., A. L. s/ Medida Autosatisfactiva.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (2015). Nobleza Piccardo S.A.I.C. y F. c/ Santa Fe, Provincia de s/ acción declarativa de inconstitucionalidad.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN). (2021). Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Poder Ejecutivo Nacional) s/ acción declarativa de inconstitucionalidad.
- Deza, S., & Reinoso, J. (2023). Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Tucumán (1ª ed.). Mujeres X Mujeres.
- Diario Clarín. (2024, abril 16). Desmantelan un plan que en cinco años logró reducir el embarazo en la adolescencia a la mitad. https://www.clarin.com/sociedad/desmantelan-plan-anos-logro-reducir-embarazo-adolescencia-mitad_0_XPQiB2m1JO.html
- Diario Río Negro. (2024, marzo 23). Garantizan el stock de insumos para los abortos: «Neuquén compró misoprostol que ya no teníamos». <https://www.rionegro.com.ar/sociedad/garantizan-el-stock-de-insumos-para-los-abortos-neuquen-compro-misoprostol-que-ya-no-teniamos-3481313/>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR). (2023, diciembre). ImplementAR IVE/ILE, Informe anual 2023 (Enero - octubre).
- El Destape. (2022, septiembre 23). A dos años de la ley de aborto legal, tres municipios de PBA aún no la aplican. <https://www.eldestapeweb.com/politica/aborto-legal/a-dos-anos-de-la-ley-de-aborto-legal-dos-municipios-de-pba-aun-no-la-aplican-202292311120>

- El Diario AR. (2024, enero 26). San Miguel, el municipio bonaerense declarado "Pro Vida" donde buscan evitar abortos casa por casa. https://www.eldiarioar.com/blog/punto-de-encuentro/san-miguel-municipio-bonaerense-declarado-pro-vida-buscan-evitar-abortos-casa-casa_132_10860320.html
- Etchichurry, H. (2019). Comentarios al artículo 5. En R. Gargarella & S. Guidi (Eds.), Constitución de la Nación Argentina comentada. La Ley.
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (n.d.). En el 98% de los municipios está garantizado el acceso al aborto legal. <https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/noticias/en-el-98-de-los-municipios-est%C3%A1-garantizado-el-acceso-al-aborto-legal#:~:text=%E2%80%9CDespu%C3%A9s%20de%203%20a%C3%B1os%20de,%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva>
- Hoyos, S., & Martínez Ortiz, T. (n.d.). Un año de aborto legal en Argentina. De la clandestinidad a la implementación de una política pública feminista. Universidad Nacional de General Sarmiento, Instituto del Conurbano.
- Juzgado Federal de Rosario N°2. (2021, febrero 23). Municipalidad de Roldán c/ Poder Ejecutivo Nacional s/ Acción Meramente Declarativa de Inconstitucionalidad (1449/2021).
- Ramón Michel, A., & Ariza Navarrete, S. (2018). La legalidad del aborto en Argentina (N°9, Serie de Documentos REDAAS). REDAAS.
- Ramos, S., Ábalos, E., Gerdtts, C., Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A., & Romero, M. (2022, diciembre). Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto. CEDES; Ibis Reproductive Health. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4705>
- Romero, M., Ramos, S., Ramón Michel, A., Keefe-Oates, B., & Rizzalli, E. (2021, diciembre). Proyecto Mirar: A un año de la ley de aborto en Argentina. CEDES; Ibis Reproductive Health. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4671>
- Romero, M., Ramón Michel, A., Krause, M., Keefe-Oates, B., Ábalos, E., Molina, S., & Ramos, S. (2023). Reporte anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal. Proyecto Mirar. CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4729>