



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: ¡Aborto Legal en el Hospital!: el campo de la salud pública y las estrategias de intervención en el Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson de Gral. San Martín

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Gabriela Elizabeth Carrillo

Rocío Jimena Quemada

Marina Lareo, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2019

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UBA Sociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Carrera de Trabajo Social

¡Aborto Legal en el Hospital!

“El campo de la salud pública y las estrategias de intervención en el Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson de Gral. San Martín”

Trabajo de Investigación Final / Tesina

Autoras:

Carrillo, Gabriela Elizabeth DNI 36.484.888 gabriela.carrillo@live.com.ar Tel 1568454809

Quemada, Rocío Jimena DNI 35.416.867 quemadarocio@gmail.com
Tel 1530872526

Tutora temática: Lic. Marina Lareo lareomarina@hotmail.com

Seminario TIF / Tesina: Primer cuatrimestre 2018

Fecha de presentación: 28 de Marzo de 2019

Título del trabajo: ¡Aborto Legal en el Hospital! El campo de la salud pública y las estrategias de intervención en el Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson de Gral. San Martín.

Autoras:

Carrillo, Gabriela Elizabeth (gabriela.carrillo@live.com.ar)

Quemada, Rocío Jimena (quemadarocio@gmail.com)

Fecha de Presentación: 28 de marzo de 2019

Resumen:

El presente trabajo de investigación pretende conocer cómo se vincula la atención brindada por el equipo de profesionales de salud del Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson de Gral. San Martín con el campo institucional en el cual se conforma el acceso a la salud y al aborto en el periodo 2017-2018, en el marco del Trabajo de Investigación Final de la carrera de Trabajo Social, de la Universidad de Buenos Aires. El objetivo general que guió la investigación fue conocer la autonomía relativa de los profesionales de salud en la construcción de las estrategias de intervención con mujeres que demandan la realización de un aborto al dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson. Para responder al mismo se realizaron nueve entrevistas semi-estructuradas y una observación participante al equipo profesional en cuestión y actores clave locales en la temática. Se trata de una investigación cualitativa flexible, de tipo inductiva. La metodología empleada fue un estudio de caso de tipo exploratorio. Los principales temas abordados son las tensiones en el campo de la salud local en torno al aborto en una perspectiva crítica feminista, y su atravesamiento en el dispositivo de ILE del mencionado hospital, así como en las estrategias de intervención construidas desde el mismo. Para ello, se analiza cómo influyen los posicionamientos ético-político-religiosos de los actores involucrados y el contexto coyuntural en torno al debate por el aborto actualmente en nuestro país. A su vez, se indagan las consecuencias que esto tiene en las mujeres en situación de aborto y en la accesibilidad al mismo.

Palabras claves: Interrupción legal del embarazo - Campo de la salud - Accesibilidad - Estrategias de intervención.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, amigos y compañeros por acompañarnos en este proceso.

Al Hospital Thompson, por permitirnos realizar dicha investigación.

A la Universidad de Buenos Aires, porque no caímos en ella y la volvemos a elegir

¡La educación pública se defiende!

A los movimientos feministas

A las compañeras de lucha

Se va a caer.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1 ABORTO. REPASO POR LA HISTORIA ARGENTINA EN CLAVE FEMINISTA	6
1.1 HISTORICIDAD	6
1.2 SITUACIÓN ACTUAL EN ARGENTINA	9
1.3 El SISTEMA DE SALUD Y LA REPRODUCCIÓN DE LA MATERNIDAD OBLIGATORIA.....	12
CAPÍTULO 2 MARCO INSTITUCIONAL. LAS TENSIONES EN TORNO AL ABORTO EN EL CAMPO DE LA SALUD LOCAL	18
2.1 CARACTERIZACIÓN DEL PARTIDO	18
2.1.1 EL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	21
2.2 El HOSPITAL THOMPSON	23
2.2.1 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	26
2.2.2 EL ABORTO COMO PRÁCTICA CLANDESTINA DENTRO DEL HOSPITAL	30
CAPÍTULO 3 DISPOSITIVO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO	35
3.1. HISTORICIDAD	35
3.2 EL COMITÉ DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO.....	36
3.2.1 EL ACONTECER GRUPAL	39
3.2.2 INTERDISCIPLINARIEDAD	41
3.3 LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.....	45
3.3.1 EL COMITÉ EN TORNO AL CAUSAL VIOLACIÓN	49
3.3.2 EL COMITÉ EN TORNO A LA CAUSAL SALUD	51
CAPÍTULO 4 LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL DISPOSITIVO DE ILE. ...	57
4.1 SITUACIONES ABORDADAS	57

4.2 PROCEDIMIENTO.....	58
4.2.1 INTERNACIÓN	60
4.3 REQUISITOS PARA EL ACCESO AL ILE.....	62
4.3.1 NEGATIVAS EN EL ACCESO AL ILE.....	67
CONSIDERACIONES FINALES	70
BIBLIOGRAFÍA	

ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE PREGUNTAS

ANEXO 2. GUÍA DE OBSERVACIÓN

ANEXO 3. Censo 2010. “Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido General San Martín. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010”

ANEXO 4. Censo 2010. “Cuadro H5-D. Provincia de Buenos Aires, partido General San Martín. Hogares por tipo de vivienda, según combustible utilizado principalmente para cocinar. Año 2010”

ANEXO 5. Mapa del partido de Gral. San Martín.

ANEXO 6. Informe. “Programa de Salud Sexual y Reproductiva Interrupción legal del embarazo. 23 de noviembre de 2017.”

INTRODUCCIÓN

El presente informe recoge los resultados del Trabajo de Investigación Final de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. El mismo pretende indagar acerca de la atención en el campo de la salud y la accesibilidad a la Interrupción Legal del Embarazo, en el marco de las prácticas pre-profesionales de Taller Anual Nivel IV desarrolladas en el Hospital municipal Thompson de Gral. San Martín, provincia de Buenos Aires.

El problema objeto de investigación que guió el presente trabajo fue conocer cómo se vincula la atención brindada por el equipo de profesionales de salud del Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson de Gral. San Martín con el campo institucional en el cual se conforma el acceso a la salud y al aborto. En el proceso del diseño de investigación se estableció primeramente realizarlo durante el año 2017. No obstante, a la luz de los eventos recientes en torno al Aborto y, considerando el impacto de los mismos en el mencionado Dispositivo se decidió ampliar el rango temporal al periodo 2017-2018. En este sentido, se entiende que durante el año 2017 se inició un proceso de modificaciones en las estrategias de intervención que continuó durante el año siguiente, por cuanto era indispensable incorporarlo a los fines de arribar a un análisis cabal del mismo. Mientras el mencionado Diseño era construido, el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo era rechazado en Senadores, tres días después una mujer de José León Suárez, San Martín, fallece tras intentar realizarse un aborto con perejil¹.

Con la finalidad de realizar un pertinente acercamiento a nuestro objetivo se realizó un estudio de caso, de tipo exploratorio, a los fines de conocer la institución de forma holística y lo más completa posible; lo cual nos permitió observar distintas variables y dimensiones no contempladas. A su vez, para lograr una profundidad analítica que este tipo de temática requiere, el presente estudio se enmarca en una metodología de investigación cualitativa flexible, de tipo inductiva que nos permitió encontrar emergentes y guiar el proceso de investigación. Durante el transcurso de la tesina el

¹ <https://www.perfil.com/noticias/sociedad/septicemia-aborto-clandestino-tras-la-no-aprobacion-del-proyecto-de-ley-en-el-senado.phtml>

escenario fue muy vertiginoso y dinámico: media sanción en la cámara de Diputados del mencionado proyecto de Ley, el rechazo del mismo en la cámara alta, una organización cada vez más fuerte y sorora de mujeres, frente a una avanzada contra los derechos reproductivos de las mismas donde se comenzó a cuestionar la legalidad del aborto incluso enmarcado en causal violación, la realización de “escraches” públicos a mujeres y profesionales de la salud por garantizar el acceso a este derecho, en un contexto político neoliberal que recorta el presupuesto a Políticas Públicas destinadas a mujeres. En este marco se intentó reflejar lo más fiel posible el entramado socio-político que atraviesa al Hospital y al Dispositivo en cuestión.

El objetivo general que orientó nuestra investigación fue conocer la autonomía relativa de les² profesionales de salud en la construcción de las estrategias de intervención con mujeres que demandan la realización de un aborto al dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson de Gral. San Martín. Para ello se construyeron seis objetivos específicos:

- Conocer el marco institucional y, las expectativas y demandas identificadas por les profesionales del dispositivo.
- Indagar el espacio que les profesionales del dispositivo consideran que el mismo ocupa, en la correlación de fuerzas en el campo institucional.
- Analizar los posicionamientos éticos - políticos - religiosos y las concepciones teórico-prácticas de les profesionales del dispositivo.
- Conocer la relación que mantiene el Dispositivo de ILE con las autoridades del Hospital Thompson en relación a la temática del aborto.
- Conocer la conformación del equipo profesional, las dinámicas establecidas al interior del mismo y los mecanismos al interior del dispositivo en la construcción de las estrategias de intervención.
- Conocer la percepción que les profesionales tienen respecto de la vinculación que el equipo de salud del dispositivo de ILE establece con las mujeres que demandan la realización de un aborto.

² Se utilizará el lenguaje inclusivo a lo largo de la investigación, utilizándose la letra “e”.

Se realizaron ocho entrevistas semi-estructuradas durante los meses de octubre y noviembre de 2018. Vale mencionar que en el diseño de la presente investigación se pretendía realizar las mismas en el lapso de cuatro meses pero fue posible llevarlas a cabo en el periodo de dos semanas, lo cual permitió acortar los plazos previstos en el diseño para la realización de la investigación.

Así, se entrevistó a los profesionales del Dispositivo de ILE: tres médicas, una psicóloga y dos trabajadoras sociales, que fueron entrevistadas de forma conjunta ya que se presentó un inconveniente con los tiempos y esta fue la forma de viabilizarla. Por motivos personales, dos trabajadoras sociales no pudieron participar de las mismas, ya que al momento de su realización se encontraban de licencia. Sin embargo, posteriormente una de ellas fue entrevistada en un segundo momento, durante el análisis de datos, lo cual permitió profundizar algunos aspectos. Mientras tanto comienza una avanzada desde ciertos sectores de la sociedad en contra de la Educación Sexual Integral, y en la provincia de Chaco una adolescente de 13 años muere luego de que se le niegue el acceso a la ILE y se le realice una cesárea³.

Durante el diseño de investigación se propuso entrevistar también a residentes y estudiantes que tuvieran contacto el Dispositivo. Finalmente, se construyó la viabilidad para entrevistar a la coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, que depende de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Gral. San Martín, y a una enfermera del hospital. En función a los objetivos de investigación se priorizó dar lugar a éstas últimas mencionadas. A su vez, no se tuvo acceso a las Historias Sociales del Dispositivo, por cuanto se construyeron preguntas tendientes a suplir este insumo.

Asimismo, se realizó una observación participante en una reunión de una organización feminista del partido de Gral. San Martín, teniendo acceso a la visión de una participante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Simultáneamente los sectores de más poder buscan instalar y legitimar la maternidad obligatoria en la niñez. En este proceso, atentan legalmente contra los profesionales de la salud que realizan interrupciones legales del embarazo; mientras el arzobispo en la

³ <http://www.laizquierdadiario.com/Chaco-fallecio-la-nina-de-13-anos-que-fue-sometida-a-cesarea>

provincia de Tucumán expone a una niña que sufrió una violación y desea interrumpir su embarazo, publicando datos personales de la misma⁴.

A partir de estos nuevos informantes se pudo incorporar un análisis del sistema de salud municipal en torno al aborto, que permitió abordar el objetivo general propuesto en su complejidad.

Asimismo, se habían construido guías de entrevistas que abordaban la temática del aborto de forma gradual, entendiendo que históricamente ha sido dificultoso su abordaje, y que existen respuestas socialmente esperadas que les informantes podrían brindar. Sin embargo, se detectó que el debate en torno a la legalización del mismo a nivel político y social resultó un facilitador. Les entrevistades se explayaron en torno al tema, brindando posicionamientos personales e institucionales de forma abierta.

Para el tratamiento de la información recabada mediante las entrevistas y la observación participante se utilizó el programa “Atlas Ti”, que permitió realizar el análisis de contenido a partir del Método de Comparaciones Constantes. Mientras esto ocurría, el gobernador de Jujuy, tras negársele el derecho a interrumpir su embarazo a una niña de 12 años, expresa que “una familia importante” quiere adoptar al “bebé”⁵.

No obstante, durante el proceso de escritura, miles de mujeres participaron en toda la argentina del paro internacional bajo el lema “*niñas, no madres*”.

El trabajo se encuentra estructurado en cuatro capítulos que abordan la problemática desde lo general a lo particular.

El primer capítulo denominado “Aborto. Repaso por la historia argentina en clave feminista” pretende explorar los hitos más importantes en torno al debate y la legislación, así como el modelo de atención del sistema de salud respecto de la interrupción del embarazo, en el marco del sistema Patriarcal-Capitalista, a los fines de contextualizar la investigación.

El segundo capítulo se titula “Marco institucional. Las tensiones en torno al aborto en el campo de la salud local”. En éste se contextualiza el escenario de la Política Pública de

⁴ https://www.diariouno.com.ar/sociedad/arzobispo-tucuman-divulgo-nombre-nina-violada-embarazada-02272019_BJo5OINIV

⁵ <https://www.eldestapeweb.com/gerardo-morales/gerardo-morales-obligar-parir-nina-12-anos-una-familia-importante-jujuy-quiere-adoptar-la-beba-n54917>

salud municipal. Asimismo, se analizan los atravesamientos y tensiones relevadas en los capítulos uno y dos en el hospital Thompson, y las consecuencias que éstos conllevan respecto del Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo.

El tercer capítulo, nombrado “Dispositivo de interrupción legal del embarazo”, pretende caracterizar la conformación del dispositivo de ILE, en una perspectiva histórica, comprendiendo la grupalidad y las tensiones en torno al desarrollo de la interdisciplinariedad. Asimismo, se analiza la vinculación entre los distintos posicionamientos en torno al aborto de los profesionales y el marco institucional y normativo, en la construcción del modelo de atención y de dar respuesta a las demandas de las mujeres.

Por último, en el cuarto capítulo titulado “Las estrategias de intervención del Dispositivo de ILE”, se busca caracterizar las intervenciones realizadas, comprendiendo: las tensiones institucionales, la autonomía relativa del equipo profesional y las consecuencias que éstas tienen en la experiencia de las mujeres en situación de aborto y la accesibilidad al mismo.

Finalmente, cabe señalar que se trata de un análisis integral articulando los diferentes capítulos. De esta forma será posible el conocimiento de la autonomía relativa de los profesionales del Dispositivo de ILE del hospital Thompson se construye a lo largo de la totalidad del informe.

CAPÍTULO 1

ABORTO. REPASO POR LA HISTORIA ARGENTINA EN CLAVE FEMINISTA.

“Es que su función no es impedir el aborto -lo que reclamaría medidas de atención de la salud, educación, redistribución de la riqueza, democratización de las relaciones entre los sexos- sino deslegitimar y negar el poder de las mujeres sobre la reproducción humana”

Martha Rosenberg.

El presente capítulo pretende contextualizar la situación actual en torno al aborto en Argentina a partir de realizarse un breve recorrido histórico sobre el marco legal a partir de los hitos más relevantes y, los avances y retrocesos en el debate respecto del mismo. A su vez, busca caracterizar las tensiones al interior sistema de salud, a partir de la experiencia del hospital Thompson donde se desarrolló la investigación, comprendiendo que se encuentra atravesado por el Patriarcado.

1.1 HISTORICIDAD

Se entiende al aborto como la interrupción del embarazo, el cual puede producirse de manera espontánea o inducida. En Argentina éste es legal ante determinadas causales desde el año 1921. Sin embargo, este derecho consagrado de las mujeres se ha visto históricamente obstaculizado. A continuación se realizará un recuento de los hitos más importantes en torno a la legalización - prohibición y, despenalización - penalización del aborto. No obstante, debe tenerse en cuenta que este proceso no fue lineal, sino que se encontró atravesado por resistencias y tensiones en el marco de pujas entre diferentes actores sociales, que conllevaron avances y retrocesos a lo largo de la historia.

En 1886 se sancionó el primer Código Penal Argentino, el cual penalizaba el aborto sin excepción. Las penas se establecen tanto para la mujer como para quien realiza la

interrupción del embarazo. En 1903 se realiza la primera reforma donde se establece que la tentativa no es punible.

En el año 1921 se realiza una nueva reforma al Código Penal. Así, en el art. 86 se establecen los causales ante los cuales no es punible: ante el riesgo de vida o salud materna y si éste no puede ser evitado por otros medios, y ante la violación a una mujer demente o idiota. Asimismo, frente a estas causales el procedimiento establecido consistía en su judicialización, por cuanto el acceso al aborto dependía del fallo judicial que lo autorizara.

Posteriormente, en 1968 durante la dictadura militar autodenominada “Revolución Libertadora Argentina”, se despenaliza por Decreto el aborto ante un peligro grave a la vida o salud de la mujer y, ante cualquier caso de violación. Sin embargo, en 1973 paradójicamente durante un gobierno democrático, se reforma la legislación quedando sin vigencia las modificaciones mencionadas. Luego, este proceso se repite nuevamente en la historia argentina. En 1976, durante la última dictadura militar, se vuelven a incorporar dichas modificaciones por Decreto; mientras que en 1984, restablecida la democracia, se vuelve una vez más al marco legal establecido por el Código Penal en 1921.

En la década de 1990 el derecho internacional de Derechos Humanos establece el derecho al aborto como parte del derecho a la salud de las mujeres y a los Estados como garantes del mismo.

No obstante, durante los 2000 continúan las dificultades al acceso a los abortos no punibles en nuestro país, las cuales se hicieron públicas. “Dos casos paradigmáticos de las dificultades de acceso son el de Ana María Acevedo - una mujer de 20 años que falleció en 2007 por la negación de profesionales del Hospital Iturraspe, Santa Fe, a realizarle tratamiento oncológico por estar embarazada de 13 semanas - y el de L.M.R - una joven de 19 años con una discapacidad intelectual (que cursaba un embarazo de 14 semanas producto de una violación por parte de un familiar), a quién se le negó el acceso a la interrupción judicializando el pedido, en 2006-. Este caso fue llevado ante el Comité de Derechos Humanos de la ONU y Argentina recibió un dictamen indicando que el país debía cumplir su propia normativa y realizarle el aborto en tiempo y forma” (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, 2018,

<http://www.abortolegal.com.ar>). Frente a ello, los gobiernos provinciales debieron presentar disculpas públicas y un resarcimiento económico a los familiares y a la mujer en cuestión, respectivamente.

En el año 2005 el (ex) Ministerio de Salud de la Nación realiza una estimación de las interrupciones de embarazos que se realizan en la Argentina. "Se calcula que en la Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año. En los hospitales públicos de todo el país se registran 53.000 internaciones por abortos al año" (CEDAW, 2016:10). Históricamente en Argentina el aborto es una práctica desarrollada mayoritariamente en la clandestinidad. Por este motivo, no se cuentan con estadísticas exactas, sino estimaciones.

Ese mismo año, se lanza en este marco la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, bajo la consigna "*educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir*". Históricamente las organizaciones sociales y de mujeres han luchado por la ampliación del derecho a la interrupción del embarazo y por su efectivo acceso ante los causales establecidos en el Código Penal. Siguiendo a Villanueva Aguilar (1992) la Política Pública es un proceso en el cual se encuentran involucrados distintos actores. Su conformación se encuentra vinculada con la configuración de la Agenda de Gobierno entendida como "el conjunto de problemas, demandas, cuestiones, asuntos, que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción y, más propiamente, como objetos sobre los que han decidido que deben actuar o han considerado que tienen que actuar" (Villanueva Aguilar, 1992:29). En este proceso de configuración de la agenda inciden varios factores, no obstante, el de mayor peso es "la fuerza de los actores políticos que intervienen en el proceso y, las relaciones políticas y administrativas que han tejido entre ellos y con el gobierno" (Villanueva Aguilar, 1992:44). Se puede observar que en los procesos de la conformación de las Políticas Públicas y la instalación de una agenda de gobierno los actores sociales y políticos son quienes puján para instalar los debates en cuestión.

En este marco, en el año 2007 se crea la "Guía Técnica para la Atención de los Abortos No Punibles", más conocida como ANP, del Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente, en marzo del año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), sienta jurisprudencia en el fallo "F. A. L. s/medida autosatisfactiva". En éste se

establece que toda violación será causal para un aborto no punible y que no requiere de una autorización judicial para interrumpir su embarazo ya que la Ley no lo estipula, bastando la sola firma de una Declaración Jurada. Asimismo, se establece que se exime de castigo y sanción penal a los profesionales que practiquen la intervención, dado que los mismos se negaban a realizar la práctica sin intervención judicial. De este modo, se insta al Estado Argentino al establecimiento de un Protocolo en esta perspectiva.

Siguiendo al mencionado fallo de la CSJN, entre otras causas, en el año 2015 se crea el “Protocolo Para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”, comúnmente conocido como ILE. Éste se encuentra enmarcado dentro del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable e implementado por el Ministerio de Salud de la Nación, mediante Ley N° 25.673 del año 2002. De este modo, el mencionado Protocolo retoma los lineamientos del fallo “F.A.L.” mencionados y avanza en torno a la actualmente denominada causal salud. Así, la define desde una perspectiva integral, incorporando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales, a la vez que especifica que el riesgo a la salud puede ser potencial.

No obstante, el acceso derecho al aborto en Argentina sigue encontrando barreras, por ejemplo, se continúan judicializando varias situaciones. “[A] casi cuatro años de la exhortación efectuada por la CSJN, sólo nueve de las 24 jurisdicciones poseen protocolos de atención de los abortos no punibles que se corresponden, en buena medida, con los lineamientos fijados por el tribunal. Otras ocho dictaron protocolos que incluyen requisitos que dificultan, en vez de facilitar, el acceso de mujeres a servicios de aborto seguro y a los cuales tiene derecho acceder, y por último, nueve jurisdicciones no han dictado protocolo alguno. Es decir, más de la mitad de las jurisdicciones del país aún no cuenta con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tienen desde 1921” (CEDAW, 2016:3). Así, se observa que el acceso a la interrupción del embarazo es desigual en el territorio argentino.

1.2 SITUACIÓN ACTUAL EN ARGENTINA

En Argentina, actualmente se observa una diversidad de prácticas en torno al aborto. Éstas abarcan desde las seguras, tanto legales como ilegales, hasta las clandestinas.

Estas últimas constituyen la realización abortos pero en el marco de la ilegalidad, siendo en condiciones inseguras e insalubres, que en caso de complicaciones posteriores pueden provocar la muerte de las mujeres. “Las prácticas inseguras se mantienen por las dificultades de acceso a los abortos legales, a los medicamentos e información abortiva, por las desigualdades de acceso a la información, por los maltratos persistentes en hospitales y guardias a mujeres que solicitan abortos o atención por complicaciones de aborto” (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, 2018, <http://www.abortolegal.com.ar>). Asimismo, para realizarlo en condiciones seguras muchas mujeres lo realizan en el ámbito privado. Solo siendo efectivo para aquellas mujeres que cuentan con los recursos económicos para acceder al mismo, en tanto éste es un procedimiento seguro siempre y cuando se realice en las condiciones adecuadas. “Como consecuencia de esta configuración social, las mujeres trabajadoras empobrecidas enferman y mueren por realizarse una práctica que realizada de forma segura sería menos riesgosa que un parto” (Dosso, 2017:7).

El aborto constituye la primera causa individual de muerte materna desde el retorno a la democracia en Argentina. “Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que el 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros... en 2013 de acuerdo las Estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, 243 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas al embarazo. En 2012 las muertes habían ascendido a 258” (CEDAW, 2016:10-11). En este marco, siguiendo a Dosso (2017) el Estado es el garante de la gestión de la salud pública para todos sus habitantes, en este caso de brindar los dispositivos y medios para quien solicite un aborto, enmarcado por lo establecido por el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo. El mismo deberá realizarse en condiciones accesibles, seguras y gratuitas. Siguiendo a Floreal Ferrara “la Salud es la lucha por alcanzar un 'óptimo vital' tendiente a que el hombre y la mujer, los niños y las niñas sean felices y puedan avanzar, desarrollarse continuamente en su vida (...) es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad” (ATE-IDEP, 2014:30). En este sentido, se comprende al aborto como un asunto que hace a la salud pública, y a la salud integral de las mujeres que así lo demandan.

Durante el año pasado se desarrolló el debate legislativo sobre la despenalización y legalización del aborto. El 5 de marzo de 2018 se presentó por séptima vez consecutiva

el proyecto de Ley ante la Cámara de Diputados. Sin embargo, fue la primera vez que éste se trató en el recinto. El Proyecto de Ley de “Interrupción Voluntaria del Embarazo” (IVE) propuso modificar la regulación del aborto estableciendo que “toda mujer tiene derecho a decidir voluntariamente la interrupción de su embarazo durante las primeras catorce semanas del proceso gestacional” (Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, 2017). Finalmente, el 14 de junio obtuvo media sanción en la Cámara baja. Sin embargo, el día 8 de agosto fue rechazado por la Cámara de Senadores.

Este debate se ha extendido a toda la sociedad. Entre las organizaciones y actores involucrados en este proceso en el marco del aborto se puede mencionar a modo de ejemplificación: las organizaciones feministas como Socorristas en Red y la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir, los colegios profesionales, la sociedad de obstetricia e instituciones religiosas, entre otros. Estes actores toman posiciones que repercuten en las pujas institucionales, sociales y profesionales.

A su vez, se han conformando diferentes grupos entre aquellos que se encuentran a favor o en contra del proyecto de Ley anteriormente mencionado. A partir de ello surgieron actores en oposición ligados a las Iglesias Católica y Evangélica, como los autodenominados “Salvemos las dos vidas”. Posteriormente, estos actores recrudecieron su oposición hacia los derechos de las mujeres y las disidencias. En este sentido, se han observado numerosos “escraches” en el territorio nacional tanto a mujeres demandantes de la realización de una interrupción del embarazo, así como a las instituciones y profesiones involucradas, con el objetivo de obstruir el derecho de las mismas. En este marco, se ha cuestionado la legalidad del aborto en todas sus causales, tanto en el ámbito legislativo como, actualmente, en la sociedad. De este modo, estos actores han generado una avanzada contra los derechos reproductivos. Entre ellos, actualmente se posicionan en contra a la Educación Sexual Integral, que es un derecho de les niñas y adolescentes desde el año 2006.

Se entiende, que la oposición de parte de estos sectores al Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y al Programa de Educación Sexual Integral se debe a que éstos conllevan la autonomía de les sujetos. Son fruto de procesos feministas, de su lucha y sus conquistas. A su vez y por ello, van en contra de la ideología construida desde el sistema Patriarcal-Capitalista. Implican la posibilidad de elección

sobre el propio cuerpo, la posibilidad de re-vinculación del sexo con el placer (y no necesariamente con la procreación) y, la desnaturalización de la heterosexualidad y la maternidad como instituciones obligatorias.

Este proceso se da en el contexto de un gobierno de corte neoliberal que puja contra los derechos reproductivos de las mujeres y las disidencias. En este sentido, se observa por ejemplo el recorte en Políticas Públicas destinadas a éstas. Esta situación, en vinculación con el desfinanciamiento de la salud pública, impacta en las instituciones y en sus estrategias de intervención en torno a la interrupción legal del embarazo.

En este marco, a su vez, se observa un proceso de espectacularización de los abortos. Diariamente se publican noticias donde se expone la historia y datos personales de las mujeres, niñas y adolescentes que solicitan la interrupción de su embarazo, en el marco de las causales legales en Argentina y, cuyos derechos se encuentran obturados.

Así, se observa una arena política y social marcada por luchas en torno a la correlación de fuerzas de los diferentes actores en torno a la legalización del aborto. Esta puja se desarrolla en torno a las nominaciones y roles de género, ya que siguiendo a Villanueva Aguilar, en el ámbito de la Política Pública “quien define [la situación problemática] es quien decide” (Villanueva Aguilar 1992:52).

En este marco, y retomando lo expuesto hasta aquí, se entiende que el campo de la salud, y las profesiones de la salud como actores del mismo, se encuentran atravesados por estas disputas por la configuración de la agenda pública y la definición de los problemas. En otras palabras, se considera al campo de la salud como un campo político atravesado por los intereses en tensión de cada uno de los actores mencionados. Así, los procesos desarrollados hasta aquí se concretizan/materializan en el Hospital. De este modo, se entiende que estos debates constituyen un atravesamiento de singular relevancia al interior del equipo profesional del dispositivo de ILE del Hospital Thompson.

1.3 EL SISTEMA DE SALUD Y LA REPRODUCCIÓN DE LA MATERNIDAD OBLIGATORIA

Tal como se mencionó anteriormente, el aborto es un tema de salud pública, por tanto el Estado es responsable. Por este motivo, se considera de suma importancia desarrollar las características del sistema de salud pública en nuestro país.

El sistema de salud en nuestro país presenta una organización de tipo federal, es decir, que las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud. En Argentina coexisten tres grandes modelos de organización de la atención a la salud: estatal o público, seguridad social y, privado, brindándose una prestación de servicios de tipo mixta. A su vez, cuenta con tres niveles de atención. Asimismo, el sistema de salud en nuestro país es universalista y gratuito para todos los habitantes del país. “El financiamiento de estos servicios proviene de recursos establecidos por normas legales (impuestos) y la atención es brindada en establecimientos de propiedad de la autoridad gubernamental nacional o local con recursos humanos contratados a tal efecto” (Isuani y Mercer, 1986:10). Sin embargo, la normalización, monitoreo y control del sistema de salud corresponde a la esfera estatal.

No obstante, el sistema de salud frente a las mujeres en situación de aborto es expulsivo. “La negativa de los profesionales a realizar los abortos legales en el sector público, el maltrato que reciben algunas mujeres cuando acuden a una institución de salud por un aborto en curso, incompleto, etc., la tortura física y psíquica al que son sometidas en algunas guardias de los hospitales, provoca que las mujeres se encuentren sin salida frente a su problema, y recurran a alternativas riesgosas aún sabiendo que se exponen a la muerte” (Dosso, 2017:6). Las mujeres no acuden al Hospital por ser juzgadas al no desear la maternidad y decidir sobre su propio cuerpo, o lo hacen únicamente frente a complicaciones producto de prácticas inseguras. Así, son empujadas a la clandestinidad pese a los posibles inconvenientes para su salud, incluyendo la muerte.

A los fines de la presente investigación se toma al hospital Thompson, institución en la cual se realizó la investigación, como ejemplo paradigmático. Se entiende que el segundo nivel de atención, en este caso del hospital, condiciona las estrategias de atención e intervención del Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) que se desarrolla en el mismo. Por ello, se analizarán las intervenciones y respuestas brindadas desde el sistema de salud, a las mujeres que acuden a la guardia con un proceso de aborto en curso o finalizado. Al respecto una enfermera entrevistada refirió situaciones que, desde la presente investigación, se entienden que configuran maltrato y

violencia hacia las mujeres en situación de aborto, pese a especificar que el lineamiento institucional es “no juzgar”.

“Si es una mamá que perdió su embarazo por naturaleza tratamos lo más posible de alejarla de los bebés porque eso es muy deprimente. Tratamos de buscarle un lugar lo más aislada, donde esté no en contacto con bebés...Si son mamás que hicieron algo por sus medios no les va a importar si tienen un bebé al lado. Tenemos que también eso evaluar. Que se evalúa cómo. La evaluamos nosotros, la médica que la recibe, la enfermera de la Guardia, se evalúa eso. Si lo provocó va a la Sala General [Sala de Maternidad], porque significa que no le importa. Ahora, si no lo provocó va a una, tratamos de buscar un lugar que sea aislado” (Mabel⁶).

Se entiende que el campo de la salud se encuentra atravesado por el Patriarcado que construye históricamente prejuicios, concepciones y mandatos, produciendo y reproduciendo la opresión y subalternidad de las mujeres, al tiempo que legitima estas situaciones de maltrato y violencia.

Siguiendo a Young (1992) el Patriarcado y el Capitalismo no son esferas escindidas que se encuentren vinculadas, sino que conforman un único sistema. En este sistema la sumisión y subalternidad de las mujeres frente a los hombres es uno de los factores que permite la acumulación de capital. Esta autora sostiene que la acumulación del sistema Patriarcal-Capitalista se apoya en la división del trabajo por género entendida como “toda diferenciación del trabajo estructurada, según el género, dentro de una sociedad” (Young, 1992:7). A partir de esta división, se instauran trabajos separados para los sujetos, siendo que a los hombres les corresponde el trabajo vinculado a la producción, mientras que las mujeres serán las encargadas de la reproducción de la fuerza de trabajo. Esto fue socialmente y culturalmente naturalizado y reproducido. “Muy avanzado ya el siglo XIX aparecieron tratados que sostenían que la vocación verdadera de la mujer era la maternidad, que las mujeres eran demasiado débiles para el trabajo pesado, que su actividad propia era la crianza y el establecimiento de un ambiente de amparo y solaz para su familia” (Young, 1992:14). Entonces, siguiendo a Federici (2015), se entiende a esta última como un proceso de disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres, en tanto constituye una de las condiciones para el desarrollo del sistema Patriarcal-Capitalista.

⁶ Se utilizan pseudónimos.

Esta autora sostiene que las mujeres son explotadas y oprimidas dado que producen trabajadores.

Sin embargo, éste no sería el único interés detrás de la maternidad obligatoria. “Los capitalistas promovieron y continúan promoviendo activamente la ideología de la femineidad doméstica para justificar los bajos salarios pagados a la mujer, su indispensabilidad en el hogar, y para impedir que se organicen” (Young, 1992:14). Siguiendo a Rosenberg, “[y]a que en la actual división sexual del trabajo su vida está asignada esencialmente a la maternidad, el grado de autonomía o heteronomía de sus decisiones reproductivas también decide la calidad de su participación, en la vida social y política” (Rosenberg, 1995:1). Por este motivo, en palabras de D’Atri (2004) las mujeres no disponemos de nuestro propio cuerpo, de elegir la maternidad, ni cuándo y cuántos hijos se desean, ya que la Iglesia en complicidad con el Estado continúan imponiéndose sobre nuestras vidas.

Por lo expuesto, se observa que la maternidad obligatoria se encuentra estrechamente vinculada a los intereses del capital. Se ha construido socio-históricamente que las mujeres deben ser madres para cumplir con su rol “natural” en tanto mujeres. Se las reduce a un útero gestor, no como mujeres libres, dueñas de sus cuerpos y sus decisiones. A raíz de las entrevistas realizadas se observa cómo impactan estos atravesamientos y concepciones en el hospital Thompson. En este sentido, a partir del testimonio referido se observa que se sanciona la resistencia y negación a la maternidad obligatoria, en tanto la integridad psico-física de las mujeres que atraviesan un aborto espontáneo es protegida por la institución hospitalaria.

Por otra parte, una de las trabajadoras sociales entrevistadas refiere una situación de maltrato ante una mujer internada en la Sala de Maternidad que optó la vía de la adopción.

“la mujer me pidió: ¿le podes decir a las enfermeras que no me pregunten más por qué no voy a ver a mi bebé?, no tengo bebé” (Ana).

En este testimonio, se pone de manifiesto que la tensión no se constituye en torno al debate del inicio de la vida, sino sobre la maternidad obligatoria, y la autonomía de la mujer. Por este motivo, se conceptualiza a estas mujeres como “madres”, negando así la posibilidad de elección.

Sin embargo, a estas mujeres también se les niega su carácter de sujetos de derecho. Al respecto, Mabel refiere:

“Yo prefiero la vida. Porque si vos no querés tener un hijo tenés 10 mil maneras para no tenerlo. Te regalan los anticonceptivos, te regalan el DIU, te ponen el chip, y encima te hacen el Papanicolau y la Colpo, todo gratis y te estás asegurando de no tener un tumor. Entonces ¿de qué estás hablando? Si vos no querés un bebé por no levantarte a las 6 de la mañana a hacer una fila para hacer un turno” (Mabel)

Siguiendo a D’Atri, “aunque nunca antes como en el capitalismo se crearon las condiciones científicas, médicas, sanitarias que nos permitirían a las mujeres disponer de nuestros propios cuerpos, este derecho aún no nos pertenece. El desarrollo de los métodos anticonceptivos como las píldoras, los dispositivos intrauterinos, las ligaduras de trompas e incluso la posibilidad del aborto aséptico y sin complicaciones para la salud son hechos ineludibles” (D’Atri, 2004:22). El acceso a métodos anticonceptivos, a la salud pública, a la prevención y a la Educación Sexual Integral son derechos de las mujeres. El Estado en tanto actor es responsable por acción y omisión. No obstante, se puede observar cómo en el testimonio se niegan estas condiciones. Se invisibiliza que se trata de una situación problemática social, al individualizarse y depositarse toda la responsabilidad en cada mujer particular.

Asimismo, cabe señalar que en ningún momento se tiene en cuenta la Ley N° 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. Mediante la misma se reglamentan como derechos de, en este caso, las mujeres: la asistencia, el trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad pudiendo aceptar o rechazar el “tratamiento” propuesto por los profesionales y a recibir la información vinculada a su salud. Así, se constituye como una herramienta destinada a suplir la asimetría de poder entre los profesionales e instituciones de la salud, y los “pacientes”.

De este modo, se configura un modelo de atención que niega al mismo tiempo sus deberes en tanto efectores de salud.

“Y también seguíis viendo la que vino y se puso una sonda, y cualquier verdura, no sé una chica, no sé, joven y no perdió el útero de casualidad, y “qué desastre, qué desastre” se escucha en toda la Sala y está la chica ahí digamos, no sé. Falta un

montón, falta un montón...se ve, esto de que no la quieran porque es de pirulo, como fue un aborto incompleto nadie la quiere ni mirar ni tocar, es una persona como un sujeto que no existe” (Ana)

Estas prácticas constituyen una sanción directa sobre las mujeres en tanto cuestionan los mandatos patriarcales. Siguiendo a Rosenberg, “...las mujeres que abortan no son sólo víctimas de las condiciones que las llevan a esa situación: también son protagonistas de un cambio en las relaciones sociales de género” (Rosenberg, 2010:2). D’Atri (2004) sostiene que resistir la maternidad como el único camino para la autorrealización de las mujeres implica la posibilidad de separar el placer de la reproducción, lo cual conlleva una libertad entendida como peligrosa para los intereses de las clases dominantes al poner en riesgo las normas con las cuales regulan nuestros cuerpos. Así, las mujeres que deciden interrumpir una gesta “[e]ncuentran una forma de enfrentar un embarazo involuntario y tomar una decisión que les resulta preferible a una maternidad que no desean o que no pueden asumir” (Rosenberg, 2010:2). De este modo, “la interrupción voluntaria del embarazo es un acto logrado de sustracción del propio cuerpo a un destino heterónomo” (Rosenberg, 2010:3).

En este marco, se construye un modelo de atención punitivo, en tanto con la hostilidad y el maltrato lo que se busca es mandar un mensaje aleccionador a todas las mujeres: sus decisiones autónomas no serán respetadas, ni ellas tampoco. “Este carácter de sustracción al mandato patriarcal es un motivo para que haya tanta oposición, no sólo en la cúpula eclesiástica, sino entre los sectores que desde el poder, tienen que asegurarse el dominio sobre la reproducción social una de cuyas bases necesarias es el dominio del poder que otorga a las mujeres su capacidad biológica de dar vida” (Rosenberg, 2010:3). En otras palabras, el modelo de atención brindado reproduce en las mujeres los hostigamientos y estereotipos en torno al "deber ser madres", siendo así funcionales al Sistema Patriarcal-Capitalista.

El disciplinamiento del cuerpo de las mujeres, en términos de Federici, es reproducido por las intervenciones efectuadas desde el Hospital. Los posicionamientos de los efectores del sistema de salud determinarán el tipo de atención hacia las mujeres que se encuentran atravesando un embarazo no deseado por diferentes motivos y causales. Así, deciden si realizar o no la interrupción del embarazo, colocando barreras y dificultando el acceso al derecho de la salud.

CAPÍTULO 2

MARCO INSTITUCIONAL. LAS TENSIONES EN TORNO AL ABORTO EN EL CAMPO DE LA SALUD LOCAL.

“El Estado entrega con una mano lo que ya retiró con la otra”

Rita Segato.

En el presente capítulo se desarrollará una breve descripción del sistema de salud en torno al aborto del partido de General San Martín y del Hospital Thompson, a partir del análisis de la Política Pública municipal. Asimismo, se analizarán las tensiones relevadas en torno a su realización y las consecuencias que conllevan tanto en los efectores de salud y las estrategias de intervención, como en las mujeres en cuestión.

2.1 CARACTERIZACIÓN DEL PARTIDO

El partido de General San Martín forma parte del aglomerado urbano conocido como el primer cordón del Gran Buenos Aires, ubicándose en la zona norte. Éste pertenece a la Región Sanitaria V de la provincia. De acuerdo a la información aportada en su sitio web oficial, la misma está comprendida además por los siguientes municipios: Zárate, Campana, San Fernando (Islas), Exaltación de La Cruz, Pilar, Escobar, Tigre, Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Fernando, San Isidro, Vicente López y San Miguel. Conforme al Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, habría una población estimada de 3.131.892 habitantes.

En relación a la política en materia de salud en agosto de 2018 la coordinadora del Programa de Salud Sexual de la Región V, fue despedida tras 14 años de gestión. Ella era la encargada de la coordinación para garantizar el acceso de las mujeres de la región a las interrupciones de embarazo; su gestión era considerada amigable y no expulsiva.

Esto se da en el contexto de la puja política ocurrida tras la adhesión formal al Protocolo de ILE de Nación por parte de la provincia de Buenos Aires a través del Ministerio de Salud provincial, y su derogación dos días después tras los conflictos con la gobernadora María Eugenia Vidal. Esto conllevó que los efectores de salud de la región pierdan un apoyo político significativo a la hora de realizar esta práctica, lo cual contribuyó a la adopción de posturas más reticentes en torno a la realización de abortos.

Se entiende a la salud pública como un campo. Siguiendo a Spinelli, el campo de la salud se define por su complejidad siendo “producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción – macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas” (Spinelli, 2010:1). Así, en el ámbito de la salud en tanto campo se hallan tensiones y luchas por los distintos capitales y su apropiación. En torno al aborto estas tensiones generan avances y retrocesos, como el ocurrido en la Región Sanitaria V, que tienen consecuencias directas en torno el acceso a esta práctica por parte de las mujeres. Estas luchas a su vez, atraviesan y se reproducen al interior del partido de San Martín y sus instituciones.

El partido de Gral. San Martín, conforme el Censo de 2010, cuenta con 414.196 habitantes⁷ y presenta una población heterogénea, con clases sociales disímiles encontrándose grandes barrios de emergencia⁸. Por su parte, las mujeres en edad fértil del partido son 92.700, de las cuales se calcula que aproximadamente 37.000 poseen cobertura pública en salud. De este estimado 1.100 mujeres podrían estar en situación de aborto⁹. “En base a diferentes indicadores, se estima que en Argentina se produce un aborto cada 1,5 o 2 nacimientos, es decir que la mitad de los embarazos culminan con abortos, en su mayoría inducidos, y muchos de ellos en forma insegura” (Programa de Salud Sexual y Reproductiva de San Martín, 2017:1). En cuanto al sistema de salud el partido cuenta con: 19 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), que van del

⁷ Ver Anexo 3

⁸ Ver Anexos 4 y 5

⁹ Ver Anexo 6

Nº3 al 22 y se encuentran ubicados especialmente en los barrios más vulnerados del partido; 3 Hospitales Municipales, el hospital Thompson y, los locales Fleming y Marengo de menor complejidad; y 2 Hospitales provinciales de segundo nivel, generales de agudos, el zonal Gral. Belgrano, y el Policlínico Eva Perón¹⁰.

Asimismo, cuenta con un Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSyR) que depende de la Secretaría de Salud. Éste se encarga de la gestión de recursos materiales y humanos a los fines de garantizar acceso a la Interrupción Legal del Embarazo en el territorio municipal. Asimismo, la articulación con la Región Sanitaria V de la provincia se realiza a partir del mismo.

La coordinadora actual, Laura, fue solicitada por el municipio específicamente para trabajar sobre la Interrupción legal del embarazo. Anteriormente había trabajado en la Maternidad Estela de Carlotto; al despedirla en el contexto de los conflictos mencionados en la provincia de Buenos Aires, la contactaron desde la Secretaría de Salud de San Martín para consultar si se quería incorporar. En este sentido, se observa una clara decisión política municipal en pos de garantizar la realización del ILE en el partido. Siguiendo a Oszlak “el Estado ya no puede concebirse como una entidad monolítica al servicio de un proyecto político invariable, sino que debe ser visualizado como un sistema en permanente flujo, internamente diferenciado, sobre el que repercuten también diferencialmente demandas y contradicciones de la sociedad civil” (Oszlak, 1980:18). Así, se observa que a través de la creación de Programas y Políticas Públicas el Estado Municipal viene a posicionarse y reglamentar lo que los Estados Provincial y Nacional actualmente se niegan a realizar. De este modo, se pone de manifiesto una fuerte contradicción que atraviesa a las mujeres, el Estado es el ente a través del cual se garantiza el acceso al sistema de salud para la realización de interrupciones seguras. Sin embargo, es también el Estado, como se ha visto anteriormente, quien mediante acción u omisión perpetúa la clandestinidad en condiciones inseguras, conllevando la muerte de mujeres en situación de aborto.

Asimismo, esta situación se debe, entre otras causas, al atravesamiento por el Sistema Patriarcal-Capitalista, como se ha visto anteriormente. En este sentido, es notable que los obstáculos en torno al acceso al aborto no se reproducen en otras prácticas de salud.

¹⁰ Ver Anexo 5

Al respecto, Carla de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir expresa:

“Queda mucho camino por andar para superar los mitos y prejuicios en relación a una práctica médica de rutina. Sabemos que la sexualidad, de nosotras las mujeres, está sancionada y el Paradigma Médico Hegemónico tiene ahí un historial de maltrato que frente al estigma social referido al aborto hace que pocas se animen a denunciar... Los servicios deberían dar respuesta sin intervención de dirección, ni gobernador, ni prensa ¿Frente a qué otra práctica médica lo hacen?” (Carla).

Desde esta organización referencian a las mujeres que acuden a la organización demandando interrumpir su gesta al CAPS más cercano. Carla refiere que el partido de San Martín es “*amigable*” en cuanto al acceso al ILE.

Sin embargo, se pueden observar tensiones en torno al aborto a nivel municipal. A nivel político, San Martín se encuentra limitando por partidos cuyas intenciones son afines al gobierno nacional y provincial, y en esa línea, no realizarían interrupciones legales del embarazo. Sin embargo, los mismos informalmente derivarían a las mujeres a este partido. Al respecto Carla menciona que en la Región Norte los únicos partidos que garantizan este derecho son Tigre y San Martín. Frente a ello, uno de los requisitos a nivel municipal para acceder al sistema de salud es contar con domicilio en el partido. No obstante, Carla expresa que en la experiencia que han tenido desde la organización, si es de un partido aledaño, desde los CAPS orientan a la mujer, pudiendo realizarle una receta para la medicación, pero no tienen el acceso a la misma desde la institución. A su vez, desde el gobierno municipal se mantienen estrechos vínculos con representantes de la Iglesia Católica, especialmente de la corriente de la opción preferencial por los pobres, de la teología de la liberación. En este marco, esta decisión política contrasta con su invisibilidad; a modo de ejemplificación, no se encuentra información que garantice el acceso a interrupciones del embarazo seguras en el sistema de salud en la página oficial de la municipalidad.

2.1.1 EL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el marco de lo expuesto hasta aquí, la coordinadora menciona que los objetivos de su incorporación fueron armar un Protocolo, construir indicadores, realizar capacitaciones y mejorar la articulación con el Segundo Nivel. De acuerdo a lo recabado estos objetivos se han ido alcanzando o se encuentran en gestión. En este sentido, en el primer nivel coordinó capacitaciones, se resolvieron dudas y, se realizó un trabajo de sensibilización a los equipos que intervengan y acompañamiento a los mismos. En cuanto al segundo nivel el trabajo se encuentra enfocado en el seguimiento de cómo se resuelve cada situación.

Para que esto sea posible el programa se propuso trabajar bajo tres líneas programáticas: la primer línea es “Capacitación y normalización” realizando capacitaciones de acompañamiento en los CAPS; como segunda línea “Seguimiento de mujeres en situación de Interrupción Legal del Embarazo”; y como tercera línea “Medicación”, se entrega a las instituciones de salud bajo el informe de solicitud y receta de la medicación¹¹.

De este modo, desde el PSSyR se realiza el trabajo de articulación entre el primer y el segundo nivel en torno a la derivación de mujeres para la realización de la práctica. Actualmente, los CAPS, a excepción de uno, cuentan con consejerías pre y post aborto; su difusión es mediante cartelería en los mismos e, informalmente a través de la divulgación entre mujeres y de organizaciones sociales. Las interrupciones enmarcadas en el protocolo pueden efectuarse en el primer nivel cuando no supere las 13 semanas de gestación, ya que se realizan de forma ambulatoria; superado este tiempo se realizan en el ámbito hospitalario. A su vez, las mujeres pueden elegir dónde realizarlo. Para la realización en el ámbito doméstico se debe garantizar que la mujer cuente con un acompañamiento por parte de su red vincular, y con las condiciones materiales para que se realice en un espacio higiénico y seguro. En cuanto a la medicación, de acuerdo a les entrevistades, se realiza una receta desde el Centro de Salud o, la misma puede ser entregada a través del mencionado Programa, de acuerdo a los recursos económicos de la mujer en cuestión.

“nosotros pasamos de tener tres o cuatro centros de salud que pudieran resolver situaciones de Interrupción Legal del Embarazo, a tener 18 Centros de Salud que interrumpen el embarazo, sin complicaciones, con un protocolo, con sensibilización,

¹¹ Ver Anexo 6

con capacitación, con entrega de medicación para las mujeres que no pueden comprarlo, y además con sacarlo como del closet, con presentar estadísticas, es decir, bueno, cuántas interrupciones hicimos nosotros en Primer Nivel, cuántas se derivan al Segundo Nivel, que es menos del 10 %, y eso me parece que también fue una estrategia hacia afuera, para darle sustento y viabilidad sanitaria y política, y hacia dentro, con el Hospital, porque creo que ellos también se sienten como parte de esto mismo, de un equipo que realiza Interrupciones Legales del Embarazo en un Primer y Segundo Nivel” (Laura).

Laura manifiesta que el trabajo realizado junto al primer nivel de la salud ha permitido el acceso de una mayor cantidad mujeres en situación de aborto al sistema de salud, y más tempranamente. Esta situación la encuentra a su vez favorecida por el debate en torno a la legalización del aborto, que permitió que las mujeres se acerquen al mismo producto de contar con mayor información en torno a sus derechos, así como de la contribución que este debate realizó al colocar al aborto en la escena pública. No obstante, en el segundo nivel de la salud se observa que aún persisten concepciones y prácticas que atentan contra la salud de las mujeres, y el acceso a sus derechos reproductivos.

2.2 EL HOSPITAL THOMPSON

El Hospital Municipal Dr. Diego E. Thompson se encuentra ubicado en la calle Mitre 4433, partido de Gral. San Martín. El mismo es una institución de salud de carácter municipal. Pertenece al segundo nivel de atención, por ser un hospital general de agudos, y es de complejidad intermedia, dados los recursos materiales con los que cuenta, las situaciones a las que presta atención y su infraestructura.

En el mismo funciona el Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Así, se observa una fuerte contradicción al interior del hospital. En éste por un lado, se realiza ILE enmarcado en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva municipal, al tiempo que, como se ha visto, con las mujeres que llegan transitando un proceso de aborto mantiene prácticas de maltrato que reproducen la lógica expulsiva del sistema de salud en torno a esta problemática. Asimismo, Carla desde la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir expresa que desde esta organización se busca realizar una

derivación para ILE cuando las condiciones hacen que no sea posible dar respuesta en el primer nivel de salud, realizándose el contacto de servicio a servicio. No obstante, expresa que la respuesta suele ser negativa, lo cual considera una vulneración a los derechos del acceso a la salud.

Siguiendo a Bourdieu (1990), se entiende al ámbito hospitalario como campo entendido como un “espacio pluridimensional de posiciones” (Bourdieu, 1990:282), donde se disputan capitales económicos, simbólicos, sociales. Este autor desarrolla que los campos se constituyen y definen por uno de los capitales y la lucha por la apropiación del mismo. Así, quienes tienen su control desarrollarán estrategias de conservación, en tanto quienes aspiran a poseerlo generarán estrategias de subversión. De este modo, los campos determinan una forma específica de interés. En este sentido, el hospital Thompson se encuentra signado por tensiones y luchas conformadas a partir de la interrelación de diferentes actores que confluyen en el mismo con distintos capitales, demandas, intereses y posicionamientos. Entre estos actores se encuentran los profesionales del dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo, en los cuales confluyen sus posicionamientos ético-políticos, su función en tanto agentes de la salud pública y su carácter de empleados bajo relación de dependencia. Asimismo, vinculado a ello se presenta su relación con otras Áreas, dispositivos y profesionales dentro del Hospital, otras organizaciones de la salud y de la Municipalidad de Gral. San Martín y con los Directivos del Hospital. En cuanto a estos últimos, se observa a su vez el entrecruzamiento entre la toma de decisiones, su carácter de dependencia respecto de la Secretaría de Salud municipal y su vinculación con la Región V de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. De estas interrelaciones surgirían demandas al dispositivo en cuestión. Finalmente, se encuentran las mujeres que acuden al Hospital para realizar la interrupción del embarazo, quienes presentan sus propias demandas, posicionamientos e imaginarios, atravesados por una situación problemática.

En este sentido, el hospital Thompson en tanto organización se encuentra atravesado por instituciones, entre las cuales se encuentran la salud y el género. Siguiendo a Schvarstein las instituciones son entendidas como los “cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social” (2002:26). Éstas tienen su sustento en las organizaciones, donde se materializan, las cuales son las “mediatizadoras en la relación entre las instituciones y

los sujetos” (Schvarstein, 2002:27). Sin embargo, esta relación entre la organización y las instituciones no es “unidireccional, sino de determinación recíproca” (Schvarstein, 2002:30). Así, estas instituciones no se encuentran dadas, sino que se trata de un proceso dinámico conformado dialécticamente por el entrecruzamiento entre los distintos actores sociales, en interacción entre lo instituido y las fuerzas instituyentes.

Asimismo, las organizaciones se encuentran atravesadas por los debates y tensiones sociales, en un proceso dinámico de implicación, creación y reproducción mutuo. Siguiendo a Varela “no hay exterioridad entre una institución y la sociedad en que ella existe pues esa institución es una formación particular de esa sociedad... hay siempre continuidad, implicación entre lo individual, lo grupal, lo institucional, lo social” (Varela 2004:12). Así, en este proceso las organizaciones se producen y reproducen a sí mismas.

En este sentido, en el Hospital Thompson se observan tensiones en torno al aborto. Así, se manifiestan prácticas instituidas, entendidas como “aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social” (Schvarstein, 2002:26) y que se encuentran vinculadas a una visión negativa en torno al aborto y legitimadas en el Sistema Patriarcal-Capitalista hegemónico. No obstante, al mismo tiempo se puede observar la presencia de las fuerzas instituyentes “constituida[s] como protesta y como negación de lo instituido” (Schvarstein, 2002:27), que son impulsadas principalmente desde la gestión municipal. En este caso, se trata de una decisión política que busca gestionar los recursos materiales y humanos para garantizar el acceso al aborto en el partido, pero que actualmente no cuenta con el apoyo político para ello a nivel provincial.

En este sentido, la lucha por la definición de la concepción y las prácticas en torno al aborto es crucial ya que tendrá consecuencias directas sobre las mujeres. Siguiendo a este autor, el hospital en tanto organización tiene “efectos productores sobre los individuos, operando tanto sobre sus condiciones materiales de existencia como incidiendo en la constitución de su mundo interno” (Schvarstein, 2002:27).

A continuación se realizará un recorrido por las tensiones más relevantes a nivel intrahospitalario.

2.2.1 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Siguiendo a Alegre (2009) la objeción de conciencia es el derecho a no ser obligado a realizar acciones que afecten los posicionamientos éticos, morales y/o religiosos de una persona o mismo que puedan perjudicar a un tercero. Se reconoce legalmente tanto a nivel nacional como internacional.

Desde una perspectiva histórica siguiendo a este autor en nuestro país en primera instancia se debatió cuando el servicio militar era obligatorio y luego en la década de 1990 el debate se posicionó en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. “Estas normas ordenaron, por ejemplo, la creación de programas de salud sexual y reproductiva, el acceso a la anticoncepción quirúrgica, la provisión de anticoncepción de emergencia o el acceso al aborto no punible y la inducción del parto en casos de diagnósticos de patologías incompatibles con la vida extrauterina. En estas normas, cláusulas específicas regularon con distinto alcance el derecho de los profesionales de la salud y otros actores a ejercer la objeción de conciencia” (Alegre, 2009:2).

Siguiendo a Ariza y Michel (2018) el ejercicio de la objeción de conciencia es garantizado por el marco jurídico de la Constitucional Nacional en sus artículos n°14 y n°19. Así como también se encuentra amparado por en la Declaración Universal de Derechos Humanos expresado en el artículo n°18, indicando que todas las personas tienen derecho a la libertad de pensamiento, conciencia, religión y culto. Está expreso en la Ley 26.130 en el artículo n°6, el cual expresa que toda persona que participe del sistema de salud tiene derecho a hacer ejercicio de su objeción de conciencia, e insta a las autoridades del establecimiento proveer los replazos que sean necesarios. “En el mismo sentido, el Protocolo Nacional para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) establece la posibilidad de la objeción de conciencia individual...y la imposibilidad de ejercer la objeción de conciencia en caso de emergencia o cuando no exista personal disponible para realizar la práctica” (Ariza y Michel, 2018:9).

De este modo, se observa que la objeción de conciencia se encuentra reglamentada a los fines de que no se constituya como un impedimento al acceso de las mujeres al aborto. Sin embargo, desde el sistema de salud ha sido utilizado históricamente como un mecanismo para generar dilaciones y obturar su realización. En este sentido, en el

ámbito de la salud sexual y reproductiva operan diferentes factores. Siguiendo a Marcelo Alegre (2009) el primer factor es que aquellas acciones que generen los objetores de conciencia afectan los derechos a terceros, desfavoreciendo el acceso de información y a la prestación tanto sea sobre métodos anticonceptivos como de interrupciones legales del embarazo. Lo cual genera riesgos para esas personas, riesgo para su salud integral, su autonomía y el respeto de sus decisiones. El segundo factor para el autor refiere que los motivos para objetar son de estropear las políticas públicas en torno a salud sexual y reproductiva. El tercer factor refiere a reforzar la desigualdad estructural y desfavorecer el pleno acceso de los derechos sexuales y reproductivos a las mujeres en situación de pobreza. Dado que esta situación empuja a las mujeres a aceptar la maternidad de manera obligatoria, sin acceso a métodos anticonceptivos o al aborto en los casos permitidos por la legislación.

En este caso, a raíz de las entrevistas realizadas al equipo profesional se observa que en el Hospital Thompson todos los profesionales, incluyendo a los Directores, son objetores de conciencia, a excepción de Daniel, quien es miembro del Dispositivo de ILE del mismo. Cabe señalar, que de acuerdo a la reglamentación vigente los directivos de las instituciones de salud no pueden ser objetores. Sin embargo, estas objeciones son informales, nadie lo ha realizado por escrito. Siguiendo a Alegre (2009) en la provincia de Buenos Aires el (ex) Ministerio de Salud aprobó una normativa en la cual los espacios asistenciales tanto públicos como privados deberán tener una declaración donde se manifieste la objeción de conciencia para tener con anticipación dicha información y así poder prever un remplazo y poder garantizar el acceso a la prestación requerida vinculadas al goce del derecho a la salud sexual y reproductiva.

“La mayoría son unos chantas que no lo hacen para no laburar. Yo al único, el único que respeto como objetor de conciencia es uno que se jubiló este año, que era un tipo muy religioso, que toda su vida vivió acorde a lo que pensaba, entonces obviamente siempre estuvo en contra, pero un tipo que, muy creyente, muy religioso, y que por ejemplo no ligaba trompas porque le parecía viste que no, o que métodos anticonceptivos, el DIU no le gustaba porque para él era abortivo, entonces no usaba...la única me parece que yo respetaría si él estuviera trabajando como objetor de conciencia, bueno listo, después la mayoría son chantas, que generalmente en el Hospital no lo hacen, pero en el consultorio sí” (Daniel).

En este sentido, la objeción de conciencia puede ser concebida como una práctica discriminatoria. Daniel explicita que la objeción de conciencia es utilizada como un recurso por aquellos que no quieren realizarla en el ámbito público. Como se ha visto anteriormente en torno al aborto se configura un negocio que requiere a la vez que reproduce, la clandestinidad. En este caso se trataría de una oposición que resulta utilitaria al negocio privado constituido en torno a la negación de derechos de las mujeres, en cuyos cuerpos se manifiestan las consecuencias.

Sin embargo, siguiendo a D'Atri, y como se analizó previamente, “[a]demás de convertirse en un negocio muy rentable para un sector de profesionales, laboratorios, mafias policiales, etc., la posibilidad de separar el placer de la reproducción conlleva a una libertad que es peligrosa para los intereses de la clase dominante. (D'Atri, 2004:22)”. Estes profesionales no objetan conciencia frente a otras prácticas médicas en torno a la salud sexual y reproductiva como ser los procedimientos de fertilización asistida. Así, se pone de manifiesto nuevamente que lo que moralmente objetan es la autonomía de la mujer, la negación de la persona gestante a serlo, en concordancia con la imposición de la maternidad obligatoria hegemónica.

Se entiende que en vinculación con la objeción de conciencia se encuentra una acción de control social. Siguiendo a Pich en Dosso, en torno al aborto “el control social crea la conducta desviada o “antinatural” al definirla en el Código Penal. El nivel macrosocial, legislativo, son las reglas formales que estructuran el campo de la salud. El control social produce a la mujer “desviada” al señalar una mujer en vez de a otra que ha realizado una conducta similar, se activa diferencialmente por razones de clase. Es el nivel microsocioal, a través de las reglas formales e informales que regulan las instituciones de salud e intervenciones profesionales. El control social se garantiza a través de la *producción del consenso*, la *coerción al consenso* y la *represión del disenso*” (Dosso, 2017:5). En este caso se reproducen estereotipos de “buenas” y “malas” mujeres, a través de la maternidad obligatoria.

Sin embargo, las mujeres a quienes se les niega el acceso al aborto en el hospital, generalmente, son provenientes de clases sociales subalternas, que no cuentan con los recursos económicos para acceder a la práctica en el “consultorio privado” y se encuentran obligadas a recurrir a condiciones inseguras. “En nuestro país la pobreza y sus consecuencias penalizan la práctica de la anticoncepción y del aborto más que la

misma ley, que debe ser la más infringida y la menos aplicada del Código Penal” (Rosenberg, 1995:57). De este modo, se observa que la subalternidad responde una intersección entre género y clase, resultando doblemente vulneradas.

En este marco, desde el PSSyR, Laura expresa que la formalización de la objeción de conciencia no sería una primera estrategia conveniente, en tanto quedaría sólo Daniel. Por el contrario, entiende que primero se debe realizar una estrategia de capacitación y sensibilización en torno al aborto como práctica médica de salud, y que por ello, en tanto efectores de salud e institución hospitalaria de la salud pública debe garantizarse su realización y acceso. En este sentido, entiende que la objeción de conciencia hoy en día genera un alivio, cuando debería “*pesar*”, en tanto conlleva un incumplimiento en tanto efector de la salud.

En este contexto, Daniel ha generado estrategias que viabilizarían modificar la correlación de fuerzas al interior del hospital. En este sentido, se está realizando un trabajo de capacitación y sensibilización con los residentes, al cual se propuso participación al Área de Trabajo Social, integrante del Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo. Así, se busca enseñar a realizar interrupciones del embarazo desde una perspectiva del derecho a la salud. Se concibe que en tanto es una práctica médica deben aprender a realizarla, más allá de los posicionamientos ético-ideológicos que les residentes pudieran tener. Sobre las causas y objetivos de esta estrategia Daniel expresó:

“...pretendo convertir al Hospital en un Hospital amigable, un Hospital que no sea expulsivo para la mujer que viene, y eso es lo que trato todo el tiempo de trabajar con los chicos, la mujer viene y nosotros le tenemos que resolver el problema, y la tenemos que atender, basta de qué te hiciste, y qué te pusiste, por qué, que qué te quisiste hacer, basta de eso, eso ya no va más, nosotros tenemos que tratar la complicación, si la mujer en edad gestacional se puso algo, tenemos que bueno recibirla con el respeto y, es terrible, es terrible, pero las mujeres vienen con vergüenza, con mucho miedo, con mucho pudor, con mucha, viste, “hice algo mal”, vienen así, entonces cuando vos las atendés bien te lo agradecen, te tienen que atender como a cualquiera, pero viste, es eso, vos sentís eso, por que “qué te hiciste, qué te pusiste, eh te vas a morir” ¿viste? Entonces la mina no quiere venir, entonces viene de última si se está muriendo, desangrada, o infectada, entonces bueno, trabajando con eso”. (Daniel)

Estos recaudos toman mayor seriedad cuando se observa que se han presentado situaciones de maltrato obstétrico hacia las mujeres en situación de aborto. En este sentido, la preparación de los residentes incluye, de acuerdo a lo expresado por Daniel, el respeto al paciente. La preparación de los profesionales en formación, podría contribuir a modificar progresivamente una conducta de maltrato y violencia obstétrica históricamente instalada contra las mujeres.

El campo de la salud, como se ha visto, se encuentra atravesado por las tensiones y debates socio-históricos. Sobre los profesionales operan también temores producto de las amenazas, juicios, y “escraches” que se están realizando a algunos efectores que han ejecutado una interrupción. Esto conlleva que aquellos no fueran “chantas” como expresó Daniel, y estuvieran posicionados ideológicamente a favor de los derechos reproductivos de las personas gestantes, podrían sentir temores de realizarlo y optar por la opción que “alivia” como expresó Laura.

Así, se pone de manifiesto dentro del campo hospitalario cómo operan las tensiones en torno al aborto, y las consecuencias que conllevan en cuanto al acceso al derecho a la salud. En este marco, la institución hospitalaria no puede garantizarlo a través de un único médico, como práctica de la salud debe ser garantizado mediante el sistema de salud.

2.2.2 EL ABORTO COMO PRÁCTICA CLANDESTINA DENTRO DEL HOSPITAL

En vinculación con lo desarrollado hasta aquí, el Dispositivo de ILE funciona de forma oculta tanto al interior del hospital como de la sociedad, frente al posicionamiento en contra del aborto imperante en el campo de la salud. Así, ante un hospital reaccionario, caracterizado por la objeción de conciencia de todo el personal, a excepción del único médico que realiza las interrupciones, y en vinculación con el atravesamiento del Patriarcado, que conlleva prácticas expulsivas instituidas desde el sistema de salud, se genera una lógica que produce y reproduce dentro de la organización hospitalaria la clandestinidad construida hegemónicamente en torno al aborto en la sociedad.

Anteriormente se desarrolló cómo impactan en el hospital los debates y tensiones socio-históricas en torno al aborto. En ese contexto, dentro del Hospital Thompson el equipo profesional del Dispositivo da muestras de que el mismo se constituye en esta organización como un espacio negativo.

“me da vergüenza decir algunas cosas, pero algunos han llegado a decir, “¿qué van a traficar ADN?, ¿qué van a hacer con?”. (Daniel)

Esta situación genera presiones en los profesionales que lo conforman. Asimismo, se observa que la misma se enmarca en un campo signado por luchas simbólicas. Siguiendo a Bourdieu (1990) en el caso del capital simbólico, entendido comúnmente como prestigio y distinción, como la forma legítima y con reputación que adquieren los otros capitales, lo que se disputa es el punto de vista legítimo. Los agentes con gran volumen de capital simbólico son usualmente quienes tienen la capacidad de nominar y otorgar sentidos. Así, a partir de este testimonio se entiende que se realiza una puja en torno a dos dimensiones. Por un lado, se configura una lucha simbólica respecto de la concepción del aborto. Sin embargo, al mismo tiempo, se pone en tensión el rol de los profesionales que lo realizan, a partir de cuestionarse su posicionamiento ético y moral.

Asimismo, se observa que el diseño y ejecución de Políticas Públicas municipales no alcanza como capital para establecer su concepción en torno al aborto de forma legítima. Sin embargo, los profesionales entrevistados han referido que el aval Municipal desde la Secretaría de Salud y el PSSyR es un facilitador. De este modo, se entiende que éste es el que garantiza que en este contexto los profesionales continúen realizando las prácticas.

Este autor expresa al respecto que las lógicas de acción de agentes se mueven a partir de determinados “habitus” internalizados como “estructuras estructurantes estructuradas”. Al respecto expresa que “hablar de habitus es plantear que lo individual, e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, a saber colectivo. El habitus es una subjetividad socializada” (Bourdieu, Wacquant, 1995:87). Así, las estructuras contrarias al derecho al aborto, construidas históricamente de forma hegemónica, a partir del proceso analizado previamente en torno al sistema Patriarcal-Capitalista, logran imponerse de forma naturalizada.

“temas de prejuicio, seguro, imposible que no haya. Lo que nosotros no queremos tampoco es que se torne como que bueno, somos los aborteros del Municipio, bueno se hace así, y ojalá en algún momento se legalice...la verdad no me gustaría que piensen “estos son los aborteros” porque la verdad que, por ahora, lo que estamos, estamos muy legalistas y hacemos lo que dice el Protocolo, supongo que no, no me enteré digamos que digan nada. Y cada vez lo hacen más CAPS, las consejerías, y todo eso, así que bueno, eso está bueno también.” (Paula)

En este marco, el Dispositivo se mantiene oculto como estrategia de protección para el equipo profesional, quienes comprenden que la divulgación del Dispositivo implicaría una construcción negativa en torno a los mismos profesionales. Esto se debe al contexto social e institucional donde día a día se recrudecen los posicionamientos contrarios al aborto legal, seguro y gratuito y, se construyen y legitiman situaciones de hostilidad hacia las mujeres y los profesionales que garantizan este derecho. Sin embargo, esto genera que las interrupciones que se realizan en el hospital se realicen en una lógica de secretismo.

“No es que nosotros pusimos, o salimos a vender un producto...tampoco es que tenemos carteles, ni estamos, pero me parece que de a poco sí, se va conociendo. Pasa que viste cómo se conoce “ah si lo venimos a ver a usted porque me dijo que usted los hace” viste, bueno entonces, “no mirá, no es”, pasa mucho lo que es explicar, a mi me cuesta un poco más, pero yo creo que de a poco se va conociendo más” (Horacio).

Así, se observa que los temores descritos, en relación al contexto socio-político, conllevan un obstáculo en el acceso al aborto seguro en el sistema de salud estatal. Al no querer ser les “aborteros del municipio” no se divulga la información a la población, en pos de obturar la demanda espontánea. Lo que se quiere evitar es una identificación personal, que genere que la gente los busque a ellos específicamente, frente a un campo de salud que mayoritariamente no realiza interrupciones del embarazo. Así, al no hacerse público desde el Hospital ni desde el gobierno municipal, se niega información a las mujeres que han decidido interrumpir su embarazo. Esta situación es utilitaria al sostenimiento de las prácticas clandestinas de abortos en la sociedad, sintiéndose las consecuencias en los cuerpos de éstas.

No obstante, esto se vincula con la configuración del campo hospitalario que confluye en que el equipo profesional realice estas las interrupciones en solitario y no sintiéndose respaldados totalmente por parte de la institución. En relación a esto, la vinculación con las demás áreas del Hospital se presenta obstaculizada. Mediante el relato de les profesionales del dispositivo de ILE se puede afirmar que el mismo no es conocido por el resto de las personas que trabajan dentro de la institución. Esta situación se pone de manifiesto en torno a la vinculación con Enfermería donde se habría decidido no informar sobre el funcionamiento del Dispositivo, sino solamente direccionar cómo asistir a las mujeres. Así, les entrevistades refieren que las internaciones las disponen desde el equipo, agregando que el Área de Enfermería solo debe cumplir con las normativas y las indicaciones que ellos establecen. Pero aclara que no se informa respecto de la situación de la mujer, así como del contexto de su internación a través del dispositivo.

En este sentido, a partir del relato de Mabel, enfermera del Área de Maternidad del hospital, queda de manifiesto la concepción negativa construida en torno al aborto, y con ello del funcionamiento del dispositivo de ILE.

“Entrevistadora: ¿Sabés si acá en el Hospital funciona el Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo?”

Mabel: ¿Legal?

E: Sí

M: Eso es pregunta para el jefe, no para mí”.

De este modo, pese a que para la atención de la salud de las mujeres en situación de aborto se requiere del trabajo articulado con el Área de Enfermería, se presenta un cuestionamiento a la legalidad de las prácticas realizadas. Los temores en torno a una posible judicialización por su realización, en articulación con un posicionamiento político - ideológico “*a favor de la vida*” como previamente se observó que Mabel lo define, contribuyen a la construcción del ocultamiento del Dispositivo, al punto que decide no hablar en el marco de la entrevista sobre ello.

Así, pese a realizarse el ILE en el hospital, éste se configura en una lógica de secretismo que reproduce la clandestinidad imperante en la sociedad, al interior de la organización. Las mujeres acceden, pero su proceso está enmarcado en una lógica de ocultamiento, al

tiempo que atravesado por estas tensiones hasta aquí analizadas. Esto conlleva consecuencias en las mismas, como ser maltratos por parte de efectores de la salud que no pertenecen al dispositivo, como se verá en el capítulo 4.

Por lo expuesto hasta aquí, siguiendo a los autores Oliva, Mallardi y Pérez (2010), se entiende que las intervenciones profesionales siempre deben ser analizadas enmarcadas en el contexto socio-político e institucional. En tanto sostienen que las mismas tienen una serie de mediaciones vinculadas a otros actores y a un contexto socio-político determinado en un momento histórico dado. Por ello “no puede ser considerada unidireccional entre el profesional y los usuarios” (Oliva et.al, 2010:1), sino que “hay determinantes y condicionantes políticos, económicos, históricos, institucionales que inciden en los procesos de intervención atravesando y conformando el ejercicio profesional” (Oliva et.al, 2010:3). Las demandas y lineamientos municipales impactan fuertemente dentro del Dispositivo de ILE. Por este motivo, se entiende que el marco institucional tanto hospitalario, como municipal, atraviesan al Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo, condicionando la construcción de las estrategias de intervención. En los próximos capítulos se desarrolla cómo se configura el modelo de atención del dispositivo en este contexto.

CAPÍTULO 3

DISPOSITIVO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO.

"El rol del profesional de la salud es ofrecer el apoyo necesario para que la mujer tome su decisión en forma libre"

Daniela Dosso.

El presente capítulo pretende explicar cómo surge el dispositivo de ILE en el Hospital Thompson, de qué forma interviene el equipo profesional y cómo se constituye el mismo en su interior. A su vez, se caracteriza cómo se desarrolla el trabajo interdisciplinario y cuáles son los causales que el equipo decide abordar.

3.1. HISTORICIDAD

En el Hospital Thompson se comienzan a realizar Abortos No Punibles (ANP) de forma informal por la iniciativa de un médico, el doctor Giménez, quien los realizaba en solitario. Éste consideraba que el Hospital en tanto efector de salud debía cumplir con lo estipulado en la legislación argentina.

Posteriormente, entre el 2014 y el 2015¹², tras la jubilación del mencionado médico, se establece la creación de un Comité de Interrupción Legal del Embarazo (ILE). El mismo se impulsa en el marco de la política municipal previamente analizada. Por su parte, los integrantes del mismo encuentran como motivo de la creación del Comité la obligación de cumplir con la Ley, que establece que deben garantizar el efectivo cumplimiento de las interrupciones legales del embarazo que se encuentran en el marco de las causales establecidas en la legislación. Desde este lugar se asumen y presentan como efectores de la salud pública.

¹² Los informantes refieren años distintos

Sin embargo, se observa que su creación se da en un marco particular: un municipio caracterizado como “*amigable*” en torno al aborto y un hospital “*reaccionario*” al mismo. Frente a la imposibilidad de brindar la atención correspondiente desde el sistema de salud, como se realiza con cualquier otra práctica médica, se debe impulsar la creación de un Dispositivo especialmente para ello. En este contexto, dado que la mayoría de los profesionales son objetores de conciencia, se establece un lineamiento institucional que determina que los Jefes de Servicio deberán conformar el Comité. Los entrevistados refieren que en un inicio se trató de un dispositivo informal y, que progresivamente se fue formalizando e institucionalizando.

De este modo, se observa que la mayoría de los miembros del Comité no pertenecen al mismo por elección propia. Una sola integrante refiere haber decidido formar parte del mismo; Ana manifiesta que al comenzar a trabajar en el Hospital en el año 2018 le propusieron ser parte del dispositivo, dado que contaba con experiencia en Atención Primaria de la Salud (APS) en San Martín, formando parte de la consejería pre y post aborto. En este sentido, se observa que los profesionales se encuentran atravesados por su carácter de asalariados. Así, pese a contar con una autonomía relativa, deben cumplir con los lineamientos de la organización que compra su fuerza de trabajo entendida como “el conjunto de las facultades físicas y mentales que existen en la corporeidad, en la personalidad viva de un ser humano y que él pone en movimiento cuando produce valores de uso de cualquier índole” (Marx, 1986:203). No obstante, no se trataría tampoco de una obligación, sino de una elección condicionada. En términos de Bourdieu, un cargo de jefatura implica reconocimiento vinculado al capital simbólico, por cuanto conlleva una “ganancia” para los mismos. Es así como tres de los miembros ingresaron al Comité aceptando la jefatura.

Sin embargo, esto generará nuevas tensiones al interior del equipo, en tanto se observa una pluralidad de posicionamientos políticos, ideológicos y teóricos, en torno al aborto. Estos tendrán repercusiones en la construcción de las estrategias de intervención, conllevando incluso prácticas resistenciales que pueden obturar el acceso al mismo.

3.2 EL COMITÉ DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Siguiendo a Foucault en Agamben, se entiende por dispositivo a un conjunto, a una red entre distintos elementos tales como las instituciones, las leyes, los discursos, entre otros. El mismo responde a una urgencia. “De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...] esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos” (Agamben, 2011:24).

En este sentido, se entiende que el Comité de ILE en tanto se encuentra atravesado por las tensiones y luchas simbólicas propias del campo institucional, se configura como un Dispositivo. Así, se desarrollan, producen y reproducen tensiones vinculadas al saber, el poder y la subjetividad, en términos de Foucault, que atraviesan la construcción de las estrategias de intervención.

El equipo profesional del dispositivo de interrupción del embarazo del Hospital Thompson se encuentra compuesto por: tres médicos -Horacio, Daniel y Paula-, de los cuáles dos son obstetras y una pediatra, teniendo todos cargos jerárquicos en el Hospital, una psicóloga -Pilar- y, cuatro trabajadoras sociales -Agustina, Lorena, Ana y Susana- de las cuales dos se encuentran de licencia actualmente y entre las que se encuentra la Jefa del Servicio. Éste depende del PSSyR municipal. No obstante, cuentan con autonomía relativa para la construcción de estrategias de intervención. Siguiendo a Bourdieu en Danani, este autor “define la autonomía de un campo como la capacidad de éste de ejercer un efecto de refracción, de retraducción de las coacciones que el mundo social ejerce sobre el mismo; capacidad que está intrínsecamente relacionada con aquella múltiple especificidad (de leyes, relaciones, capital, productos) y que hace que esas fuerzas exteriores sean mediadas por la lógica del campo” (Danani, 2006:191).

Contrariamente, se estaría ante un campo heterónomo cuando “asumimos una ley que nos ha sido dada sin injerencia de nuestra decisión, impuesta por un poder diferente, ajeno, y que corresponde a la ley que hemos interiorizado en el proceso de socialización, convirtiéndonos en consumidores de ciertos patrones” (Aquín et al, 2012: 305-306). Danani, por su parte expresa que se trataría de la manifestación de “la

incapacidad de regularse por leyes propias (e incluso la inexistencia de éstas), de designar/seleccionar agentes, temas y resultados posibles; y, por lo tanto, de constituir un capital distinto de aquel que caracteriza a otros campos (sea económico, político, etc.)” (Danani 2006:191).

De este modo, Aquín, Custo y Torres (2012), expresan que en el campo en términos de Bourdieu, se hallan tensiones y movimientos entre autonomía – heteronomía, por lo cual consideran que la autonomía siempre será relativa.

En este sentido, se observa que el Dispositivo se encuentra en constante dinamismo, atravesado por el contexto social y político en torno a los distintos debates de la presente temática. Lo cual conlleva a la construcción de una autonomía relativa. A partir de las entrevistas realizadas se pudo analizar que dicho dispositivo se encuentra condicionado y determinado tanto por el campo como por los lineamientos institucionales. Pero al mismo tiempo cuenta con autonomía relativa para intervenir de una manera que represente a sus propios intereses y no solo a la direccionalidad que se les impone.

En el desarrollo del presente capítulo y el siguiente será posible observar este movimiento dinámico en la construcción de una autonomía relativa particular.

El dispositivo de ILE del Hospital Thompson funciona los días miércoles. Al respecto Susana refiere que este día fue solicitado desde el Área de Trabajo Social, ya que se encuentran todas las trabajadoras sociales, en tanto realizan las reuniones de equipo, permitiéndoles mayor organización. Asimismo, ese mismo día Daniel, quien realiza las interrupciones, hace ecografías y por las noches se encuentra de guardia.

No obstante, se evidencia cómo la falta de un equipo de salud que resuelva estas situaciones puede generar dilaciones innecesarias. En lugar de resolverse por las profesiones de Obstetricia y de Guardia, las mujeres deben aguardar al día miércoles a que el único médico que no es objetor de conciencia pueda realizar la interrupción. Esta situación se agrava dado que generalmente las mujeres que acuden al dispositivo se encuentran cursando un embarazo avanzado; entonces si el sistema de salud demora la atención y no garantiza este derecho podría generar que ya no pueda acceder, por haberse pasado del límite de semanas de gestación, como se verá posteriormente.

Las mujeres que acceden al Dispositivo de ILE lo hacen a través de derivaciones provenientes de los CAPS. No obstante, el Dispositivo no tiene una vinculación directa con los CAPS. Las derivaciones se realizan mediante un informe que es entregado a través de la coordinadora del PSSyR.

Al momento, de acuerdo a les entrevistades, no habrían tenido situaciones de demanda espontánea. Asimismo, el Comité no cuenta con un espacio físico determinado dentro del Hospital. Estas situaciones se encuentran en concordancia con lo analizado en el apartado 2.2.2. “El aborto como práctica clandestina dentro del hospital”, donde se observó que el mismo se encuentra “oculto”.

Así, hasta el año 2017 las reuniones de equipo se realizaban en la Sala de Servicio Social. A partir del año 2018, las mismas se habrían comenzado a efectuar en la de Obstetricia. Les entrevistades, han referido que este cambio se debería a una cuestión de mayor espacio. Sin embargo, como se verá posteriormente, se observa que podría deberse a una reducción del peso relativo al interior de grupo por parte del Área de Trabajo Social. Siguiendo a Bourdieu en este espacio los agentes se distribuyen primeramente por el “volumen global del capital que poseen” (Bourdieu, 1990:282), y secundamente por la “composición de su capital; es decir, según el peso relativo de las diferentes especies en el conjunto de sus posesiones” (Bourdieu, 1990:282). De este modo, la posición de los agentes en el Campo Social se determina por las posiciones que ocupan en cada uno de los campos, es decir, por la “distribución de poderes actuantes en cada uno de ellos, sea principalmente el capital económico — bajo sus diferentes especies —, el capital cultural y el capital social, así como el capital simbólico” (Bourdieu, 1990:282). En este sentido, se ha observado que los cambios en cuanto al espacio físico seleccionado se dan en el contexto de modificaciones realizadas en cuanto a las estrategias de intervención, que conllevaron a su vez cambios en torno a los roles de las distintas disciplinas¹³.

3.2.1 EL ACONTECER GRUPAL

¹³ Será retomado en el apartado “3.2.2 Interdisciplinariedad”.

Siguiendo a Pichón Riviere (1988) se entiende que el equipo profesional es un grupo operativo, entendido como “un conjunto restringido de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, que se propone en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles” (Riviere, 1988:187). Es decir, se encuentra centrado en una tarea, en este caso a las intervenciones que efectúan en torno a la ILE. Sin embargo, siguiendo a Sartre en Rosenfeld, el grupo no es algo dado, no es una estructura acabada, sino que es un proceso continuo de conformación y cambio. De este modo, el grupo “no es jamás nada más que un acto. Es un proceso en marcha, en una marcha que...es dialéctica” (Rosenfeld, 1972:19). En este sentido, entendiendo que el grupo es dinámico lo que se analiza en este apartado constituye una foto de la situación del proceso grupal al momento de realizarse las entrevistas.

Siguiendo a Manigot (1986) para comprender el acontecer grupal es necesario analizar la comunicación grupal. En este caso, el diálogo entre los profesionales de las diferentes profesiones se ha caracterizado como “complicado”.

“Bueno, es complicado porque todos los Servicios están como superados de trabajo, entonces un espacio para discutir ciertas cosas que estarían buenas, para poder no trabajar sobre la urgencia, si no con otros tiempos de elaboración nuestra también, porque esto nos implica como profesionales, como personas, o sea, hay opiniones de cada uno, que se yo, desde su opinión, digamos, personal, y la cuestión profesional, que tenemos que cumplir también con un derecho, las pacientes, que bueno, en ciertas circunstancias, más allá de lo que uno piensa, hay que abordarlo y acompañarlas, y bueno ir para adelante, creo que como equipo podría mejorarse ese aspecto. No es fácil, a todos nos preocupa la situación, todos los que participamos estamos implicados en esto, no es me sobra un ratito y voy y lo hago, no, o sea, nos genera un espacio de discusión, pero los tiempos institucionales son acotados, así que bueno, hay un montón de otras cosas ¿no? que es el grueso por ahí del tiempo que ocupamos acá” (Pilar).

De este modo, nuevamente se observan los inconvenientes generados a partir de que sea un grupo restringido de personas quienes garantizan este derecho, y no el sistema de salud en sí. Al tratarse de un grupo restringido, los profesionales, por la lógica del campo de la salud, se encuentran saturados para abordar esta problemática compleja.

Así, el trabajo se realiza en torno a cada situación en particular, sin lograrse avanzar en acuerdos y estrategias de intervención superadoras de la situación individual.

Frente a ello, los canales de comunicación utilizados son primordialmente tecnológicos. Cuentan con un grupo de whatsapp para conversar respecto de las mujeres que demandan la interrupción del embarazo. Asimismo, los informes derivados desde los CAPS son circulados entre los miembros del Comité vía mail. En este marco, las reuniones de equipo se realizarían los días lunes, frente a una situación de mayor complejidad que genere un debate al interior del mismo. En este sentido, no se habilitan los espacios al diálogo al punto que desconocen las ideologías de los demás.

En términos de Manigot, la comunicación es vital en la dinámica grupal, evitando que vuelva a ser una serie. “El intercambio de mensajes posibilita la unidad del grupo y su continuidad como tal, si cesara, los sujetos quedarían aislados y el grupo como tal desaparecería” (Manigot, 1986:1). A partir de las entrevistas realizadas se observa que la comunicación del grupo se estaría debilitando, quedado dividida en sub-grupos agrupados por profesión. Asimismo, como se verá a continuación, estos inconvenientes en la comunicación contribuyen a la imposibilidad del desarrollo de la interdisciplina.

3.2.2 INTERDISCIPLINARIEDAD

Se entiende que la intervención debe realizarse desde un marco interdisciplinario, ya que las mujeres que acceden al Dispositivo se encuentran atravesadas por situaciones problemáticas complejas “entendidas como: a) situaciones retomando el concepto de situación de Matus, b) manifestaciones de la cuestión social, c) interacciones entre distintas dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas, ideológicas, d) expresiones en las que coexisten aspectos subjetivos y objetivos, e) el espacio de la particularidad” (Cavalleri, 2008:44). En ese sentido, se observa que la población que acude al dispositivo se encuentra atravesada por la interseccionalidad entre género y clase. Por ello, se requiere la participación de las distintas profesiones.

Siguiendo a Stolkiner (1999) el equipo profesional debe realizar su labor desde el marco de la interdisciplinariedad, comprendiéndose como un posicionamiento y no una teoría unívoca, el cual obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada

disciplina, legitimando las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas atravesado por distintos saberes disciplinarios. En este sentido, esta autora sostiene que la interdisciplina no se construye a partir de la mera yuxtaposición de disciplinas. “La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios” (Stolkiner, 1999:1).

Siguiendo a Cazzaniga “la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones” (Cazzaniga, 2001:8); teniendo en cuenta que, como sostiene Iamamoto, “el comportamiento asumido por los profesionales frente a la demanda no es un mero reflejo” (Iamamoto, 1998:XXII). Asimismo, como afirma Rozas Pagaza, “la intervención no solo es la constitución de acciones diversas y desconectadas, [sino que] por el contrario debe estar fundamentada en bases teóricas y metodológicas, que superen el carácter normativo e instrumental de la misma. En esta perspectiva, el concepto de la intervención en trabajo social es la conjugación del análisis del contexto, concepto e instrumentos que tienen sentido en función de sus objetivos y fines” (Rozas Pagaza, 2001: 317).

De este modo, se entiende que los obstáculos en el diálogo fluido generan consecuencias en la toma de decisiones conjuntas y en la construcción de estrategias de intervención que recuperen los saberes de las diferentes disciplinas. No obstante, cabe señalar que el equipo profesional se encuentra en un proceso tendiente a realizar las modificaciones necesarias para solucionar estas tensiones. En este sentido, por ejemplo, uno de los médicos expresó que para la fortaleza del equipo es necesario que haya un trabajo interdisciplinario y fortalecer el diálogo. Refirió también que la intervención por parte de Trabajo Social es fundamental dado que puede contribuir al debate y a la problematización de las situaciones que deben abordar. Desde el PSSyR se busca trabajar sobre este punto para reforzar el diálogo y el debate.

Asimismo, al momento de realizar la investigación no se observan con claridad los roles de las distintas disciplinas al interior del equipo profesional, a partir de una modificación en la intervención con las mujeres en situación de aborto. A continuación se desarrollará este proceso.

Desde su creación, el Dispositivo ha pasado por una serie de modificaciones y cambios. Así, primeramente al llegar la mujer derivada por los CAPS se realizaba una entrevista interdisciplinaria cuyo objetivo era determinar si la mujer entraba dentro de las causales y orientarla en el proceso que se realizaría. Vale mencionar que en lo que concierne al Área de Psicología estas entrevistas se realizaban, en un comienzo, con el objetivo de construir un diagnóstico parcial de su estado de salud mental, observándose particularmente si se encontraba “orientada en tiempo y espacio”. No obstante, posteriormente se fue modificando hacia un proceso de acompañamiento. De este modo, la entrevista la realizaban como mínimo tres personas: la psicóloga, una trabajadora social y un/e médico.

En palabras de Susana dichas entrevistas se realizaban debido a que sin el informe del primer nivel no sabían si se había realizado la evaluación, poniendo en tensión la comunicación con los CAPS. Se observó que se trataba de una re-evaluación, que se constituía en una revictimización para la mujer. Posteriormente esta entrevista comenzó a ponerse en cuestión. De este modo, se realizaron reuniones al interior del equipo profesional y con el PSSyR, de las cuales se decide que no realizarán más dichas entrevistas. Se decidió mejorar la comunicación entre el Hospital y los CAPS, afianzando el Sistema de Salud como un conjunto. Se decidió que se enviarían informes y sobre éstos decidirían si la mujer ingresa en el Protocolo y se puede presentar para la interrupción del embarazo.

No obstante, esto habría conducido a la suspensión de realización de todo tipo de entrevistas en el marco hospitalario. Frente a ello, las Áreas de Trabajo Social y Psicología manifestaron no tener un rol claramente definido.

“Una vez que se reguló que lleguen con informe, con evaluación, ya mantener una entrevista acá, exponer a la mujer a la misma situación que ya se había expuesto no tenía ningún sentido. Entonces ahí es cuando, por lo menos yo llego acá, y te diría que fueron, de las que fueron interrupciones que derivaron de APS yo no conocí la cara ni

una sola de las chicas de Junio a esta parte, por eso te digo la intervención es formal como parte del equipo pero no estamos participando activamente de las entrevistas, ni nada del desarrollo, lo resuelven en la parte de Maternidad, se resuelven por ahora” (Ana).

Siguiendo a Mallardi, la entrevista es entendida como “una instancia dialógica entre el profesional y el/los usuario/s, pudiendo ubicar en la misma dos momentos regidos por la lógica de estar insertos en un mismo proceso, cuya relación no es lineal sino dialéctica: En primer lugar, ubicamos la reconstrucción de las manifestaciones de la cuestión social que se objetivan en la vida cotidiana de los sujetos. Por otro lado, a partir del momento anterior, implica el ejercicio de una acción socioeducativa vinculada a la desnaturalización y a la problematización de la situación por parte del entrevistado” (Mallardi, 2011:49-50). En este sentido constituye un instrumental táctico-operativo cuyo desarrollo estará guiado por el objetivo que le profesional construya a partir del posicionamiento teórico-ideológico, en vinculación con “las tendencias existentes, tanto dentro de la profesión como en el contexto en el que la misma se desarrolla” (Mallardi, 2011:50). Así, se observa que este momento de re-victimización detectado por les profesionales del Dispositivo y del PSSyR, no es producto del espacio de entrevista sino del objetivo de evaluación. Desde la presente investigación se entiende que la realización de una entrevista con el objetivo de acompañar a la mujer en situación de aborto, de explicar el procedimiento que se le realizará y despejar dudas que la misma podría tener, no constituiría un espacio de revictimización.

Siguiendo a Stolkiner “un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente” (Stolkiner, 1999:2). En este sentido, a las tensiones producto de los inconvenientes en la comunicación se adicionan aquellos derivados de no contar con un rol claro en el equipo profesional. En este marco, la Medicina toma una posición preponderante al interior del mismo entendido como campo. Esta situación, se encuentra atravesada a su vez por el Modelo Médico Hegemónico, entendido como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual ... ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta

entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado ” (Menéndez, 1988: 452).

En este contexto, se observa que la imposibilidad actual de desarrollar la interdisciplina tiene consecuencias en las estrategias de intervención. Les médicos, por su parte, expresan que su rol es meramente técnico, vinculado a la realización de la interrupción del embarazo. En términos de Schvarstein, el sistema de salud reproduce las intervenciones técnicas. “La institución salud define roles institucionales médico y paciente en este caso. Pero además prescribe modos instituidos de su desempeño, colocando un médico “que sabe” frente a un paciente “que viene a que lo curen”, mediatizados por un tratamiento administrado, en general, a un sujeto pasivo” (Schvarstein, 2002:26). De este modo, el Dispositivo de ILE actualmente se encuentra atravesado por una impronta médica preponderante, que conduce a que sus intervenciones sean principalmente “*técnicas*” y atravesadas por una concepción biologicista de la salud. Esto, a su vez, tendrá consecuencias en el proceso de aborto que atraviesan las mujeres y en la vinculación que desde el Dispositivo se establece con las mismas.

3.3 LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Frente a la ausencia de una ley que regule el aborto, en el Hospital Thompson y más precisamente en el Dispositivo de ILE, confluyen distintos Protocolos con perspectivas y alcances disímiles.

El Dispositivo adhiere formalmente al Protocolo de Abortos No Punibles (ANP) de la provincia de Buenos Aires. Esta adhesión se encuentra atravesada por la tensión propia de la provincia, la cual no se ha adherido formalmente al Protocolo de ILE ¹⁴. Como se ha visto, la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles se encuentra en concordancia con lo establecido en el Código Penal.

No obstante, les entrevistades han asegurado que dependiendo de la situación también consultan el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) de la Nación

¹⁴ Como se ha visto anteriormente, la provincia de Buenos Aires adhirió formalmente dos días.

Argentina. Por ejemplo ante la demanda de aborto por parte de una adolescente, se lo tomaría, ya que esta situación se encuentra contemplada acorde a la legislación vigente. Conforme al Código Civil y Comercial de la Nación “[s]e presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física... A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo” (Highton, 2015:5). Así, una adolescente de 16 años o más no requeriría el permiso de los padres o tutores legales para acceder al mismo.

Asimismo, desde el Dispositivo cuentan con un Protocolo propio realizado por el Comité. En éste se establecen los requisitos que desde el Hospital se construyeron para el acceso a la interrupción del embarazo.

Finalmente, el partido de Gral. San Martín cuenta con un Protocolo municipal del año 2017, el cual es utilizado primordialmente por los CAPS. Éste retoma los principios del Protocolo de ILE de Nación. En este sentido, a diferencia del Protocolo de ANP utilizado por el Dispositivo, comprenden la Salud de forma integral, adoptando la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones: física, mental-emocional y social, de acuerdo a lo establecido por la OMS” (Protocolo Para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, 2015:15). En este marco, se observa que el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del municipio se ha posicionado desde la concepción de salud integral. Esto conlleva un lineamiento hacia las instituciones en pos de la realización de causal salud, la cual se realiza en los CAPS.

“...el causal salud, en el sentido amplio, yo fui pidiendo explícitamente que no se diferencie salud mental, salud física, salud, para no ser nosotros funcionales a, entonces es salud.” (Laura).

En este sentido, se entiende que la realización de la causal salud es un posicionamiento político, en tanto permite el acceso a una mayor cantidad de mujeres en concordancia con una concepción integral de la salud. Por este motivo, no es casual que desde el gobierno municipal de San Martín se busque impulsar su realización.

Contrariamente a esto desde el Dispositivo se realizan únicamente las causales **“riesgo de vida”** y **“violación”**, en concordancia con el Protocolo de ANP y lo establecido por el Código Penal. La primera mencionada es entendida como la afectación de la morbilidad materna, en términos de una enfermedad que se agrave con el embarazo y que comprometa seriamente la salud de la mujer y, la imposibilidad de sobrevivida extrauterina del feto.

En relación a ello, durante el proceso de investigación hemos observado que la ausencia de una ley de aborto, así como la multiplicidad de Protocolos y reglamentaciones, con diferentes posicionamientos se constituye en un obstáculo en torno a la accesibilidad. Les profesionales refieren diferentes temores en torno a la situación legal actual respecto del aborto, al encontrarse atravesados por este marco socio-político que venimos desarrollando a lo largo de los capítulos, signado por *“escraches”* y, posteriormente, la judicialización de los efectos de salud que los realizan. Les profesionales han puesto de manifiesto las tensiones al respecto durante las entrevistas. Daniel refiere que deben cuidarse legalmente dado que pueden ser *“atacados”* por todos lados, tanto sea por no aplicar la ley o bien por un escrache por ser *“aborteros”*. Horacio aclara que no hacen nada ilegal, que no exceda a la interpretación del Protocolo que ellos realizan. En este sentido, cabe señalar que en el marco institucional desde la organización hospitalaria no se les brinda apoyo en torno a la realización de esta práctica. Sin embargo, no sería la misma situación desde el municipio, quienes les brindarían el aval correspondiente.

Al respecto, Paula manifiesta que en este contexto, como profesionales que realizan la intervención terminan actuando como *“jueces”*, decidiendo ante qué situaciones sí y ante qué situaciones no hacerlo. En este sentido, Pilar expresó:

“...estamos como esperando la Ley, que salga y que resuelva un montón de cosas que tenemos que resolver nosotros” (Pilar).

Así, desde el equipo de profesionales en general consideran que el aborto debería estar legalizado, tanto por motivos de posicionamiento ético-político, como por los conflictos analizados hasta aquí. Sin embargo, una profesional expresó que dentro del equipo hay miembros que se cuestionan la disponibilidad de recursos en caso de que se legalice. De este modo, teniendo en cuenta las estimaciones estadísticas oficiales y la posibilidad de

que haya un subregistro dada la clandestinidad de su práctica, consideran que el Hospital podría sobrepoblarse, no logrando dar respuesta a todas las demandas que llegarían al mismo.

Se observa que la ley al establecer claramente la reglamentación respecto de la intervención del embarazo, permitiría a les profesionales ocupar únicamente el lugar de efectores de la salud en este campo y no de “jueces”. No obstante, les profesionales cuentan con autonomía relativa y un gobierno municipal afín, que les permitiría, en la correlación de fuerzas dentro del campo institucional que conforma al Hospital Thompson, construir estrategias de intervención tendientes a garantizar la accesibilidad de las mujeres a su derecho. Sin embargo, esta posición de toma de decisiones en el que se ha colocado (y se coloca) el Comité, es justamente la que le aporta la posibilidad de construir intervenciones tendientes a ampliar los derechos de las mismas. Siguiendo a Montaña la “fuente privilegiada de poder recae en su contacto con el medio social, con los beneficiarios, con el entorno de la institución, o sea, depende fundamentalmente de su “situación de frontera institucional”; elemento generalmente insuficiente como para enfrentar victoriosamente tales presiones institucionales” (Montaña, 1998:90). En este sentido, Imamoto sostiene que “es la existencia y comprensión de ese movimiento contradictorio que, inclusive, abre la posibilidad para que el Asistente Social se coloque al servicio de un proyecto de clase alternativo a aquel para el cual es llamado a intervenir” (Imamoto, 1997:97). Así, “a pesar de constituida para servir a los intereses del capital, la profesión no reproduce monolíticamente necesidades que le son exclusivas: también participa, al lado de otras instituciones sociales, de las respuestas a las necesidades legítimas de sobrevivencia de las clases trabajadoras, frente a sus condiciones de vida, dadas históricamente” (Ídem). De acuerdo a la autora, esto sucede en tanto responde a las demandas del capital y del trabajo; no obstante, únicamente puede fortalecer a uno de los polos.

En este marco, se considera que la construcción de la interdisciplina es de vital importancia. Siguiendo a Dosso (2017) para que la mujer pueda acceder a un aborto seguro es necesaria la intervención profesional. “La brecha entre el pedido de aborto de las mujeres y los permisos legales expresados en el Código Penal nos convocan a los profesionales de la salud a poner a operar marcos teóricos ... para que la mujer pueda acceder a su legítimo derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas” (Dosso, 2017:4).

En este caso, a modo de ejemplificación, una interpretación de la salud en términos integrales, así como la adhesión formal al Protocolo Municipal, permitiría modificar el escenario institucional. En este sentido, esta autora sostiene que “una de las herramientas con la que contamos los profesionales que nos sentimos convocados a transformar el campo de la salud es la *acción reflexiva*. Esta permite encontrar dentro del mismo campo de intervención los principios rectores para producir visiones y prácticas contra-hegemónicas, coherentes con nuestros propios intereses y los de las mujeres” (Dosso, 2017:9). De este modo, el aporte de estas disciplinas podría contribuir mediante la acción reflexiva, entendida como “un proceso [colectivo] de problematización y desnaturalización de las prácticas profesionales para tomar decisiones respecto de qué se debe hacer, cómo y para qué” (Ídem), a la construcción de una visión integral de la salud, que recupere el aborto como una situación problemática compleja, permitiendo facilitar el acceso al aborto público y seguro.

3.3.1 EL COMITÉ EN TORNO AL CAUSAL VIOLACIÓN

En el Dispositivo de ILE de este hospital, de acuerdo a las entrevistadas, el mayor porcentaje de interrupciones del embarazo realizadas son enmarcadas en la causal violación.

Las mujeres en las entrevistas realizadas por los equipos profesionales, tanto sea en el primer o segundo nivel, expresan ser mayoritariamente víctimas de violencia de género. Relatan que fueron víctimas sexuales de sus parejas, ex parejas y/o familiares de los mismos.

Se entiende a “la violencia [como] un vínculo, una forma de relación social por la cual uno de los términos realiza su poder acumulado. Hay violencia cada vez que se destruye un cuerpo o bien se destruya una relación social establecida” (Izaguirre, 1998:1). En este marco, se entiende como violencia de género a la práctica cultural patriarcal que sustenta y reproduce el fenómeno de discriminación y maltrato a la mujer de múltiples formas llegando hasta la muerte y siendo impunes para la Justicia de nuestro país. Asimismo, se comprende a la violencia sexual “en tanto producto social y cultural, ejercida en mayor medida por los hombres hacia las mujeres, es concebida como un atentado directo contra la integridad física y psíquica de la persona, que malogra su

condición ciudadana y la igualdad de oportunidades para ejercer los derechos y participar en la vida pública” (Protocolo y Guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención, 2012:3).

Frente a esta situación, de acuerdo a lo establecido en la legislación argentina a partir del fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia, las mujeres no requieren realizar la denuncia para acceder a la interrupción de la gesta. Por este motivo, desde el Dispositivo se comunica a las mujeres que, en caso de realizarla, tienen la posibilidad de utilizar el material genético extraído como prueba en juicio. En torno a esto hay diferentes perspectivas entre los profesionales del equipo del Dispositivo de ILE. Desde el Área de Psicología Pilar expresa que en la mayoría de las situaciones las mujeres no realizan la denuncia por violación. Es decir, manifiesta que no realizan una acción que pueda perjudicar a la persona que las violó. Por este motivo, considera que las mujeres son responsables en parte de lo ocurrido. Se refiere a un embarazo forzado y su interrupción como “solucionar” un problema sin tener en cuenta lo que puede llegar a representar para cada mujer.

“nos llamó la atención, es que en general la violación fue hace 20 días, un mes y medio, que se yo, ahí con el embarazo, ¿y qué pasó antes? Las mujeres no quieren, no lo refieren en general, como también son un poco cómplices, esto de tapar, como resolver el problema y ya está” (Pilar).

Las mujeres que padecen violencia doméstica suelen estar dentro de un ciclo que se repite constantemente. Siguiendo a Leonor Walker las mujeres no son agredidas todo el tiempo de la misma manera y se conforman tres fases. “La primera denominada aumento de la tensión, la segunda denominada incidente agudo de agresión y la última denominada arrepentimiento y comportamiento cariñoso. Estas etapas se repiten una y otra vez, disminuyendo el tiempo entre una y otra” (Protocolo y Guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención, 2012:14). En este contexto, la realización de la denuncia dependerá del proceso de desnaturalización realizado por la mujer. Asimismo, cabe señalar que varias mujeres que se realizaron un aborto en este contexto, continúan al momento conviviendo con su violador, por cuanto la realización de una denuncia conllevaría un riesgo a su integridad y a su vida. Asimismo esta acción repercutirá en su organización vital, por ejemplo, debiendo cambiar de lugar de residencia, lo cual no siempre es viable debido al

atravesamiento de la violencia económica. Si bien la Municipalidad de Gral. San Martín cuenta con una Dirección de Políticas de Género, no queda claro a raíz del relato de les entrevistades que se realice un trabajo articulado para abordar esta problemática.

Se considera entonces que la violencia de género debe ser abordada como una problemática de salud. Siguiendo a Teodori se entiende a “la violencia intrafamiliar como fuente de sufrimiento y padecimiento, e incluso como origen de problemas de salud...El tratamiento de las lesiones físicas de la violencia, que muchas veces desatiende tanto las causas que les dieron origen como al contexto de la paciente, forma parte, sin embargo, de la tarea de atención sanitaria de rutina” (Teodori, 2015:150). En este sentido, la consecuencia de la violencia, el embarazo forzado, es “tratado” desde el sistema de salud. No obstante, si no se realiza una intervención sensibilizadora y problematizadora en pos de transformar la situación de violencia que atraviesa a la mujer, la misma podría volver a las mismas condiciones. A partir del relato de les entrevistades, no se observa que se realice una intervención en este sentido. Asimismo, les profesionales desconocen si desde los CAPS de referencia se realizan.

“...pusimos causal violación para empezar a hacer algo y no decir que en el Hospital hacemos” (Horacio).

No obstante, la causal violación sería la más accesible a los equipos de salud frente a los conflictos, tensiones y pujas de poder en torno al aborto en Argentina. En este sentido, se ha observado que la clara reglamentación y legislación en torno a la misma, así como la mayor aceptación social¹⁵ serían facilitadores para el equipo profesional del dispositivo.

En este sentido, cabe señalar que a nivel municipal de acuerdo a les entrevistades las mujeres mayoritariamente solicitan el ILE enmarcadas en causal salud. Ante esto, se observa una discrepancia con lo que ocurre al interior del Hospital Thompson.

3.3.2 EL COMITÉ EN TORNO A LA CAUSAL SALUD

¹⁵ Al momento que se escribe esta tesina en la sociedad se vivencia un proceso reaccionario que se propone cuestionar la interrupción del embarazo incluso ante embarazos producto de una violación.

En el partido de Gral. San Martín, de acuerdo a lo referenciado desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva municipal, el causal que más llega es causal salud. No obstante, estas situaciones se resuelven principalmente en APS.

El sistema de salud argentino se encuentra signado por un fuerte debate en torno a la misma. Así, dado que el Código Penal argentino no especifica la definición de la salud, ésta es interpretada desde una perspectiva restrictiva a la salud física. Frente a ello, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, como se ha visto, incorpora la definición de la salud integral. No obstante, éste no tiene carácter de Ley, por cuanto su realización dependerá de la utilización de la autonomía relativa por parte de los profesionales de acuerdo de sus posicionamientos político-ideológicos, así como del marco institucional en el cual se desarrollen. Asimismo, esta situación se encuentra atravesada por las tensiones propias de la provincia de Buenos Aires en torno a los Protocolos.

En este contexto, dentro del Comité hay profesionales que consideran que la causal salud se trata de una legalización encubierta.

“en el Protocolo de Nación está la causal, en el Protocolo de Provincia no, ¿por qué? Y porque tenés que legalizarla, tenés que legalizarla y listo, y la causal salud también es muy amplia, porque entonces todo sería, es una legalización encubierta, entonces legalízalo y listo, y es más honesto como sociedad, lo legalizo porque me parece que está bien, no que tengo que inventarme que entonces porque la OMS, ¿entendés?”. (Paula)

La causal salud como se ha visto entonces introduce la salud psicológica y social. La primera mencionada “requiere que se constate la existencia, o no, de sufrimiento psíquico en la mujer a causa de un embarazo que se produce en determinadas condiciones físicas y subjetivas (cuerpo-texto) y socio-familiares (contexto)” (Dosso, 2017:15). Mientras que respecto de la segunda referida, esta autora sostiene que “para la constatación del riesgo a la salud de la mujer a causa del embarazo debe considerarse la dimensión social como las condiciones materiales y simbólicas de existencia que conforman el contexto de producción de la decisión de abortar. Estas condiciones son objetivas y se relacionan con el sujeto –la mujer– en una relación de determinación” (Dosso, 2017:14).

En ese marco, se puede observar que el equipo profesional del dispositivo de ILE del Hospital Thompson decide no realizar causal salud actualmente condicionados por las presiones sociales en contra del aborto, así como los grises legales previamente analizados. Así, han expresado que uno de los inconvenientes por los cuáles no la realizan, es por las dificultades para constatar la afectación a la salud entendida en estos términos. No obstante, siguiendo a Dosso (2017) la evaluación del riesgo a la salud integral de la mujer debe ser operacionalizada en dimensiones e indicadores, a los fines de que sean observables. De este modo, esta autora refiere en torno a la dimensión social de la salud, que se deben observar las circunstancias particulares en que se produjo el embarazo y las relaciones sociales, que influyen en la toma de decisión de la mujer, en no poder criar un hijo, o no querer hacerlo en un momento determinado de su vida. Así como, las determinaciones que estas circunstancias le imponen teniendo en cuenta que lo social se expresa en cada mujer singularmente.

En concordancia con los lineamientos del PSSyR municipal, desde el Dispositivo de ILE detectan la realización de la causal salud como una demanda proveniente del mismo. Se comprende que consideran que el Programa construye su demanda en torno a la demanda de la mujer. Sin embargo, contrariamente desde les profesionales del Comité no han referido demandas de las mujeres.

No obstante, desde el Programa municipal se realizan diferentes estrategias para tensionar la negativa en torno a la causal salud. En este sentido, Laura refiere que actualmente envía los informes de las mujeres que se insertan en la misma al Dispositivo de ILE, y solicita que se le envíe un informe de negativa aduciendo los motivos. De este modo, se busca propiciar el debate y la reflexión dentro del equipo profesional, en torno a por qué un causal sería más válido que otro. Se considera en esta línea que la causal salud le da autonomía a la mujer, dado que decide sobre su propio cuerpo. En el próximo capítulo se abordará esta situación.

En el marco desarrollado hasta aquí, se han observado resistencias respecto de su realización en el Hospital. Les profesionales del Dispositivo de ILE presentan distintos posicionamientos éticos, políticos, ideológicos y profesionales, conllevando un fuerte debate al interior del equipo en torno a esta causal.

Así, una de las profesionales expresó encontrarse ideológicamente de acuerdo con su realización, pero que el Protocolo no lo permite. Sin embargo, algunos profesionales han expresado que la resistencia al interior del equipo profesional a realizarla se debe a la formación de los médicos, que les impediría tener una visión más social de la salud. En este sentido, consideran que los equipos de APS se encontrarían más propicios a realizar dicha causal. Esto dado que presentarían otra formación, al contar con más médicos generalistas y trabajo territorial.

No obstante, Paula expresa que la causal salud es una decisión que es tomada por aquellos equipos de salud que se posicionan a favor del derecho al aborto. Así, se observa que en el campo de la salud se pueden utilizar los distintos marcos teóricos como capitales en el contexto de las luchas simbólicas y la correlación de fuerzas:

“la salud para la Organización Mundial de la Salud, el equilibrio psico, físico, y social, bueno, todos tendrían que ser, porque si vos no querés algo, obviamente te va a traer un trastorno. Entonces desde ese lugar lo toman los que realmente quieren hacerlo, y lo dibujan y tendrías un amparo ahí, agarrándote a esa, a la causal salud, se llama, pero bueno, acá no todos los del Comité están tan de acuerdo, tienen miedo, y como no está legalizado, y le tenés que buscar la vuelta, entonces respetamos, somos un Comité para eso, para estar de acuerdo todos” (Paula)

En este sentido, se observa una contradicción al interior del equipo profesional. Durante el momento de entrevistas se consultó respecto de la concepción de la salud. Ante esto la mayoría de los profesionales procedió a citar a las OMS. Sin embargo, se observa que esta definición no es utilizada en el marco del Dispositivo de ILE. Por su parte, Daniel considera que la interpretación de la salud en términos biologicistas constituye un recorte arbitrario. Así, se pone de manifiesto que esta interpretación es una toma de decisión y posicionamiento en el campo de la salud grupal, aunque condicionada.

Siguiendo a Oliva, Mallardi y Pérez, “la relativa autonomía (Iamamoto, 1997)... estará directamente relacionada con el posicionamiento ético-político y su participación en la correlación de fuerzas sociales. De esta manera las alternativas se evaluarán en función de las finalidades que se persigan, en un espacio ocupacional concreto y en función del análisis que haga de dicha correlación de fuerzas que allí se establezcan” (Oliva et.al, 2010:4-5). De este modo, la autonomía relativa dependerá a su vez de la opción política.

“Eso supone evidentemente, por parte del profesional, una clara comprensión teórica de las implicancias de su práctica profesional, posibilitándole mayor control y dirección de la misma, dentro de los límites socialmente establecidos ... se trata de la necesidad de una reflexión sobre el carácter político de la práctica profesional, como condición para el establecimiento de una estrategia teórico-práctica que posibilite, dentro de una perspectiva histórica, la alteración del carácter de clase de la legitimidad de ese ejercicio profesional” (Iamamoto, 1997:98). De este modo, la interpretación de la salud en términos restrictivos a la biología se encuentra enmarcada en el Modelo Médico Hegemónico. Siguiendo a Menéndez la salud se encuentra atravesada por un proceso donde la misma se concibe desde términos biológicos, desde una “percepción positiva de la medicina científica (...) [que] tiene que ver con procesos ideológicos y técnicos que operan a nivel de la sociedad global” (Menéndez, 1985:1). Vinculado a este proceso, la Medicina y los efectores de salud se encargarían especialmente de la enfermedad. Sin embargo, ésta es tan solo uno de los factores que componen la salud de la población. De este modo, en el campo de la salud la Medicina se configura como el actor que, en términos de Bourdieu, tiene el control imperante de los capitales. Asimismo, entendemos que la misma se encuentra vinculada y legitimada en una conceptualización Patriarcal-Capitalista de los cuerpos y la autonomía de la mujer, al tiempo que la reproduce. En este sentido, en el campo de la salud se produce una articulación entre el Modelo Médico Hegemónico y el Patriarcado que permite obturar y recortar el acceso a las interrupciones del embarazo.

Se ha observado a lo largo de las entrevistas que el sistema Patriarcal-Capitalista atraviesa a las instituciones que conforman a la sociedad, entre ellas la institución salud que se materializa en la organización hospitalaria. En este sentido, este sistema posiciona a la mujer como víctima, ya sea de una violación o de una enfermedad. Por el contrario, la causal salud es comprendida desde esta lógica Patriarcal-Capitalista-Biologicista como una decisión autónoma de la mujer de no continuar con su embarazo; situación que será rechazada y conllevará la imposición de un embarazo forzado en torno a un precepto de maternidad obligatoria. En este sentido, se considera que la participación de las mencionadas profesiones en la toma de decisión sería de vital importancia, a los fines de contribuir a la reflexión y problematización dentro del dispositivo respecto a las condiciones de accesibilidad.

No obstante, mayoritariamente el equipo profesional refiere que no se realiza la causal salud dado que uno de los médicos no concuerda con la misma, entendiendo que para realizarlo deberían estar todos de acuerdo ya que son un Comité. Por otro lado, también han expresado que no intentan ampliar la causal por temor a perder lo conseguido hasta aquí y que podrían realizarlo cuando este médico se jubile. Siguiendo a Pichón Riviere en Del Cueto y Fernández, se observa que el médico en cuestión cumple el rol del *chivo emisario* en el grupo del dispositivo de ILE. Por éste entiende “la depositación en un miembro del grupo de aspectos negativos o atemorizantes del mismo o de la tarea” (Del Cueto, Fernández, 1985:7). Así, el chivo emisario es utilitario al grupo en tanto mediante dicha depositación se despoja de estos elementos. En el caso analizado el grupo le depositaría a este médico la responsabilidad por la cual no se realizaría la causal salud, acto en el cual al mismo tiempo se des-responsabilizan como grupo de tomar la decisión.

Por esta razón, las estrategias de intervención se encuentran condicionadas por el marco institucional analizado en los capítulos anteriores. Sin embargo, como se ha visto, en esta situación los posicionamientos teórico-político-ideológicos, en conjunto con el aval municipal, constituyen una herramienta que posibilitaría la realización de la causal salud en el hospital. Pese a ello, se realiza una interpretación restrictiva de la salud que tiene consecuencias directas sobre la accesibilidad a la interrupción legal del embarazo, y sobre la vida de las mujeres. En este sentido, se observa que en este marco institucional la autonomía relativa construida desde el Comité es tendiente a un proceso de resistencia y reducción de derechos.

CAPÍTULO 4

LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL DISPOSITIVO DE ILE.

“El orden patriarcal... que penetra y cruza todo el sistema social a través de la inercia residual de sus instituciones inmemoriales, estableciendo concepciones morales acordes a sus intereses sobre la sexualidad femenina y la procreación, obstaculiza la posibilidad de incorporar los derechos reproductivos como tales”

Checa & Rosenberg.

En el presente capítulo se caracterizan las estrategias de intervención construidas desde el Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo en el marco de las tensiones analizadas en los capítulos precedentes. Asimismo, pretende desarrollar sus efectos en la experiencia de las mujeres que transitan un proceso de aborto en el mismo, y en la accesibilidad.

4.1 SITUACIONES ABORDADAS

En el Hospital Thompson, de acuerdo a lo recabado en las entrevistas, durante el año 2017 se han realizado 60 interrupciones, mientras que hasta octubre del 2018 se habían efectuado 18. Todas las situaciones fueron derivadas de los CAPS.

Conforme a un informe realizado por el PSSyR¹⁶, entre enero del 2017 y el 22 de noviembre de dicho año, a partir de lo registrado en el sistema de turnos municipal, accedieron a los CAPS solicitando la interrupción de un embarazo “309 mujeres, de las cuales se derivaron al programa 38 situaciones. De esas 38 situaciones: 15 se resolvieron en el Hospital Thompson, 5 mujeres continuaron con el embarazo, 5 situaciones no pudieron resolverse, 3 situaciones se volvieron a referenciar a los CAPS

¹⁶ Ver Anexo 6

para la resolución, 4 situaciones se resolvieron por la región sanitaria V, 4 situaciones se resolvieron por fuera de la región sanitaria V, 2 situaciones se resolvieron pero no está el dato del lugar de resolución” (Programa de Salud Sexual y Reproductiva de San Martín, 2017:2-3).

De este modo, se observa que las interrupciones de embarazos realizadas en el hospital han ido en descenso. Si bien no coinciden los datos del informe con lo relatado por el equipo profesional, se entiende que se debería a una falta de registro, en tanto podrían haber accedido a los CAPS por demanda espontánea en lugar de hacerlo mediante el sistema de turno municipal.

No obstante, les entrevistades coinciden en que esta reducción se debe dos factores. Por un lado, a una ampliación en la oferta a partir de la realización de las consejerías pre y post aborto en la mayoría de los CAPS en el partido de San Martín. Por el otro, a que acceden al mismo antes de la semana 13 de gestación, por cuanto se puede realizar de forma ambulatoria. Esto se debería a la circulación de la información en torno a las consejerías, al trabajo de las organizaciones sociales y, al debate en torno a la legalización del aborto que habilitó a las mujeres a consultar en el sistema de salud.

4.2 PROCEDIMIENTO

En un primer momento, llega el informe al Hospital proveniente del CAPS mediante la intermediación del PSSyR, los cuales se analizan los días lunes. Este día fue acordado por el Comité. Les profesionales proceden a evaluar la situación, es decir, que se cumplan los requisitos establecidos y causales que se realizan en el Hospital. Posteriormente, envían una respuesta pudiendo ser negativa o afirmativa. En el último caso, la mujer es citada para el día miércoles, en cuanto se reúnan las condiciones necesarias.

Al llegar la mujer se le explicaría el procedimiento. En caso de tratarse de causal violación, y habiendo denuncia previa se ofrece la utilización del material biológico expulsado como prueba de ADN en juicio. En caso de que la mujer así lo quiera desde el Comité, usualmente el Área de Trabajo Social, se ponen en contacto con la Fiscalía

interviniente para acordar la entrega del mismo. Asimismo, se explica y firma el consentimiento informado y la declaración jurada.

En caso de no contar con ecografía, o que les médicos evalúen que se requiere una actualizada, por ejemplo para corroborar las semanas de gestación, se procede a su realización.

Luego, se procede a la internación. En el Hospital Thompson se realiza la interrupción utilizándose la técnica de Misoprostol intravaginal. El médico coloca la medicación y deja las indicaciones al personal de guardia, ya que cerca del mediodía se retira del Hospital. Durante las horas que no está en la institución realiza seguimiento de la situación mediante llamadas telefónicas esporádicas. Posteriormente, en horas de la noche regresa para realizar la guardia. El mismo efectúa un control de la mujer y de la situación, y coloca nuevamente la medicación. En circunstancias óptimas la expulsión se estaría realizando en horas de la madrugada. Finalmente se realiza el raspaje de útero y la mujer permanece unas horas en observación, luego se procede a realizar una ecografía para verificar si no quedan restos. La internación puede durar entre 24 y 48 horas dependiendo del caso particular.

Sin embargo, los médicos del Comité deben generar diferentes estrategias que permitan garantizar el acceso al aborto, en torno a las complicaciones que trae aparejado que un sólo médico en el hospital no sea objetor de conciencia. Así, frente a su período vacacional es el Jefe de Obstetricia quien se encarga de realizar el procedimiento, que se mantiene los días miércoles. Sin embargo, éste no realiza guardia dicho día. De este modo, se suelen producir dilaciones por la ausencia de efectores de la salud que coloquen la medicación. En este caso la segunda medicación que suele colocarse en horas de la noche, generalmente es colocada en horas de la mañana al regresar éste al hospital. Así, la internación se extiende debido a los obstáculos al acceso al derecho al aborto legal producto de los posicionamientos ideológicos de los profesionales que no conforman parte del Comité.

Esta situación puede generar trastornos en la organización de la mujer. Muchas veces éstas tienen hijos pequeños o familiares sobre quienes cumplen las tareas de cuidado. Así, al internarse deben organizar con sus redes de contención quién se encargue de estas tareas durante el tiempo de internación, que en este caso podría extenderse entre

12 y 24 horas por falta de personal que realice la interrupción. Asimismo, en los casos de violación muchas veces el agresor es su pareja, en el marco de relaciones con violencia de género. Frente a estos casos, usualmente la mujer no le comunica que se realizará un aborto, sino que organiza con sus redes alguna excusa para ausentarse del hogar y posteriormente decir que perdió el embarazo. En estos casos, además de lo previamente mencionado, la dilación pondría en riesgo a la mujer.

Finalmente, se procede a la externación. Las mujeres reciben las indicaciones correspondientes y saldrían con un método de anticoncepción. El seguimiento se realiza en el CAPS de derivación debido a su carácter territorial, a partir del lineamiento del PSSyR que busca generar un abordaje de la problemática en un enfoque que integre al sistema de salud en su totalidad.

4.2.1 INTERNACIÓN

El Hospital Thompson no dispone al momento de una sala de internación para las mujeres que se encuentran en proceso de aborto. La internación de acuerdo a las entrevistadas se realiza generalmente en la Sala de Maternidad. Este Área está compuesto por dos salas comunes con disponibilidad de 24 camas.

Actualmente el hospital se encuentra en obra, siendo reformado por alas; esta situación complejizaría aún más el faltante de camas. Siguiendo a Iamamoto se entiende que no todos los medios y/o recursos necesarios para ejercer la profesión son brindados por el Estado. Es decir, por más que dispongan de autonomía relativa para ejercer necesitan “del Estado, empresa o entidad no gubernamental, las que posibilitan que los usuarios accedan a sus servicios, provean los medios y recursos para su realización, establezcan propiedades, en la definición de papeles y funciones que componen el cotidiano del trabajo institucional” (Iamamoto, 2003:83). No obstante, como se ha desarrollado, esta situación se enmarca en el contexto pujas institucionales que obstaculizan el acceso a las camas.

En este marco, los lineamientos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del municipio incluyen el lugar de internación. Se realizaron reuniones a los fines de

garantizar que la internación no sea en la Sala de Obstetricia, en las cuales se habría acordado la disponibilidad de camas para las interrupciones:

“...costó de hecho un montón tener una habitación para las mujeres que se hagan el procedimiento, para que no estén en esa Sala General, digamos...” (Laura).

Sin embargo, en el campo hospitalario se ha observado que tanto les médicos como los Directores del hospital serían objetores de conciencia. Asimismo, como se ha analizado previamente, cuando las mujeres acuden al hospital en situación de aborto, el acceso a una cama o mayor privacidad depende de si el aborto es voluntario o involuntario, atravesado por la disponibilidad de los recursos materiales y de los posicionamientos de los profesionales. Así, estos actores viabilizan sus capitales en pos de retrotraer un lineamiento municipal tendiente a mejorar las condiciones de las mujeres en situación de ILE.

Les profesionales señalan este inconveniente en torno a la internación como una de las prioridades a modificar para mejorar la atención de las mujeres.

“Se supone que sí, pero se sabe, yo directamente no lo he visto, pero sí sale en el equipo el tema de lo que es la violencia obstétrica o esta cuestión del maltrato por su decisión, esto sí ha pasado. Desde el personal, ajeno al equipo, en el sentido que no son los que participan de las reuniones, pero que participan de alguna manera del Dispositivo, porque qué sé yo, médicas de guardia, las enfermeras, o sea, el paciente está, después lo sigue otro médico, no siempre Daniel, entonces bueno, esto se ha referido”. (Pilar)

De este modo, se configura una doble situación de violencia hacia las mujeres: el maltrato directo, ejercido a partir de un efector de la salud que mediante el Modelo Médico Hegemónico se configura como un agente con poder sobre una “paciente” y, el indirecto a partir de la internación en un contexto de mujeres que se encuentran por parir, o que parieron y están con sus hijos. Frente a esto, Lorena refiere que desde el Dispositivo se ha propuesto que la internación se realice en una habitación de la Sala de Adultos. No obstante, manifiesta que nunca se habría podido llevar a cabo, dado que la respuesta habría sido en todas las oportunidades que se “*encuentra cubierta*”. Siguiendo a Montaña, el asistente social se encuentra atravesado por las tensiones entre los intereses de la institución donde brinde servicio y las necesidades populares. “El

asistente social trabaja fuertemente presionado por “expectativas institucionales de papeles” y demandas ambiguas y hasta contradictorias” (Montaño, 1998:89).

Así, les profesionales responden ambiguamente a las demandas del PSSyR y de las mujeres, al tiempo que intentan responder a sus propias expectativas como equipo profesional, las cuales se encuentran atravesadas por contradicciones internas. En este contexto heterogéneo, buscan propiciar las mejores condiciones posibles a las mujeres. Sin embargo, en el marco de las correlaciones de fuerzas dentro del hospital, no han logrado al momento viabilizar una solución para el proceso de internación.

Por este motivo, se encuentran esperando una posible resolución en torno a los recursos disponibles, con la reforma edilicia. En tanto la Sala de Obstetricia pasaría a contar con habitaciones de dos camas, permitiendo mayor privacidad y contención a la mujer.

Sin embargo, nuevamente se pueden observar tensiones en torno a ello. Primeramente la disponibilidad de una habitación para ILE no habría sido acordada. Asimismo, algunos miembros del Comité tienen reparos con la disposición de una habitación exclusivamente para las interrupciones de embarazo, en tanto consideran que se debería pensar la categorización, ya que las nominaciones generan consecuencias. En este sentido, la definición informal del “sector de las ILE” podría ser estigmatizante para las mujeres. Así, se observa que la tensión es también simbólica, en tanto esta nominación conllevaría una carga negativa en el campo institucional, que podría generar la reproducción de situaciones de maltrato.

De este modo, se puede observar que la internación se encuentra atravesada por luchas simbólicas, en términos de Bourdieu. Luchas que se dan en el marco de una correlación de fuerzas en el campo organizacional y que condicionan las estrategias de intervención de los profesionales del Dispositivo de ILE. Las intervenciones en este sentido se observan signadas por una autonomía relativa restringida y limitada. Así, los posicionamientos ideológicos contra el aborto legal, seguro y gratuito obstaculizarían el acceso a condiciones más humanitarias para transitar el proceso de interrupción del embarazo a la mujer.

4.3 REQUISITOS PARA EL ACCESO AL ILE

El acceso al aborto en el Thompson se encuentra mediado por una serie de requisitos, entre los que se encuentran los legales, protocolares, municipales y los propios del dispositivo del hospital Thompson. Sin embargo, al mismo tiempo se observa una serie de debates al interior del equipo, y de estrategias tendientes a la amplitud del acceso que los tensionan.

En este sentido, el primer requisito que determina fundamentalmente el acceso de las mujeres a la interrupción es el ingreso en las causales analizadas previamente, que se realizan en el hospital. En caso de tratarse de riesgo de vida fetal o materna, o de un aumento de la morbilidad, se requiere certificado médico. Por su parte, para la causal violación, en concordancia con la legislación argentina vigente, el requisito construido desde el Comité es que el relato de la mujer contenga indicadores de una violación bastando la palabra de la mujer y la firma del consentimiento para su realización.

Desde el municipio, se solicita que las mujeres residan en el partido de Gral. San Martín, verificándose mediante el domicilio en el DNI. Este requerimiento no es exclusivo para la interrupción del embarazo, sino que es requisito para el acceso en la atención en el hospital. Si la mujer reside en zonas muy alejadas al municipio, por ejemplo otras provincias, no se lo exige. De este modo, se observa que se trata de una restricción en torno a los municipios linderos principalmente, en el contexto de la puja política a nivel municipal, previamente mencionada. Sin embargo, desde el PSSyR han expresado que ante situaciones de mujeres se que acercaron a los CAPS, provenientes de otros municipios, al momento de la derivación, Laura ha realizado un pedido de excepción, que permitió el acceso al aborto, teniendo en cuenta que estos municipios no contarían con dispositivos de ILE.

Asimismo, desde el Hospital se solicita que para la internación cuenten con una acompañante. Sin embargo, debido a las características de la internación, se establece como requisito que la acompañante sea de género femenino. En caso de que la mujer no pudiera viabilizar entre sus redes alguien que la acompañara, desde el Programa municipal viabilizan que una promotora de los CAPS la acompañe. No obstante, este requisito no sería excluyente, presentándose varias situaciones de mujeres que transitan por una interrupción sin una acompañante de su elección y confianza. Desde el PSSyR, Laura manifiesta que se debe a un déficit en los recursos humanos del hospital, que no permiten un acompañamiento adecuado.

A su vez, desde el Dispositivo del hospital se solicita a los CAPS que las mujeres presenten al momento de realizarse la interrupción una ecografía actualizada y laboratorio mínimo.

Finalmente, uno de los requisitos más importantes lo configura las semanas de gestación. En este sentido, tanto el Protocolo de ILE como la Guía Técnica de ANP, siguiendo a la OMS, establecen los métodos de interrupción hasta la semana 22. No obstante, en Argentina no existe un límite establecido legalmente.

Por su parte desde el Comité se encuentran en un momento de diálogo, modificaciones y acuerdos. Actualmente están dialogando bajar el límite del hospital en torno de las semanas de gestación. Les médicos manifiestan que el límite actual es de 20 semanas y 500 gramos de peso del feto, con la posibilidad de bajarlo a entre 18 y 15 semanas. Los límites actuales se vinculan con el cuidado de la mujer, en tanto evitar posibles riesgos a su salud y, a la posibilidad de sobrevida extrauterina. En este sentido, un feto de 500 gramos al ser expulsado podría nacer con vida, lo cual depositaría a los médicos la responsabilidad de tener que decidir los pasos a seguir. En este sentido, se debería proceder a la derivación a Neonatología teniendo en cuenta que el Código Civil y Comercial de la Argentina en el artículo 21 establece que “Los derechos y obligaciones del concebido o implantado en la mujer quedan irrevocablemente adquiridos si nace con vida” (Código Civil y Comercial de la Nación, 2014:47), entre ellos el derecho a la vida. De este modo, no se habría respetado la decisión de la mujer. No obstante, cabe señalar que se puede realizar un aborto quirúrgico durante el segundo trimestre, entendido como la “utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación” (Organización Mundial de la Salud, 2012:IV). Estos métodos permitirían evitar las complicaciones mencionadas, si bien es recomendado por la OMS no es tenido en cuenta al momento de realizar el procedimiento.

El debate al interior del equipo profesional en torno a bajar las semanas de gestación se encontraría vinculado al Proyecto de Ley de IVE que establece hasta la “semana 14 para todos los casos, salvo en casos de violación, peligro para la salud o vida de la persona gestante, o malformaciones fetales graves, en que este límite queda sin efecto” (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, 2018, <http://www.abortolegal.com.ar>). De este modo, al encontrarse el debate en torno a la

semana 14 de gestación, algunos miembros comenzaron a manifestar su descontento en cuanto a realizar interrupciones de hasta 20 semanas. Frente a ello, desde el Comité la posibilidad de reducir este requisito es construida como un símbolo de concesión, a los fines de abrir el diálogo sobre la ampliación e incorporación de la causal salud.

Asimismo, cabe señalar que les profesionales de Psicología y Trabajo Social, miembros del Comité, no se encontrarían al tanto del límite actual establecido por el mismo Dispositivo. En este sentido, Pilar mencionó que la misma sería la semana 16 actualmente o menos, mientras que antes cree que era de 20 semanas. Por su parte, desde Trabajo Social consideran que el límite sería de 18 semanas. En este marco, se pone de manifiesto que desde estas disciplinas actualmente desconocen el requisito construido en torno a las semanas de gestación, evidenciándose que no participarían activamente del diálogo al respecto.

Se entiende que este requisito no constituye un requerimiento exclusivamente médico. Éste se trata, a su vez, de un límite al acceso al derecho a la salud y al aborto de las mujeres, al tiempo que la modificación se buscaría realizar en el marco de una negociación por la inclusión de la causal salud.

En este sentido, se puede observar cómo las tensiones analizadas hasta aquí repercuten en la construcción de los requisitos. Se ha establecido que el campo de la salud municipal y hospitalario se encuentra atravesado por el Patriarcado. Así, se configuran tensiones, posicionamientos y prácticas tendientes a obturar el acceso al derecho al ILE; los cuales encuentran representación al interior del Dispositivo. En este contexto, el Modelo Médico Hegemónico que “legitima” una concepción biologicista imperante, en vinculación con la imposibilidad de desarrollar cabalmente la interdisciplinariedad se vuelven utilitarios a tales fines.

Asimismo, los requisitos operan como una forma de control social, a través de los cuales les profesionales quedan posicionados nuevamente en el lugar de “*jueces*” en términos de Paula. Éstos asumen el rol de evaluar la situación de la mujer a los fines de constatar que cumpla con los requerimientos establecidos, y así asegurarse que ellos no tendrán inconvenientes sociales ni legales. Así, se puede observar que les profesionales del dispositivo muchas veces quedan posicionados como ejecutores de la legislación, en tanto “fiscalizadores de la legalidad de la demanda”. Siguiendo a Iamamoto, el asistente

social “es llamado a constituirse en el agente institucional de “línea de frente” en las relaciones entre la institución y la población, entre los servicios prestados y la solicitud de los interesados por esos mismos servicios” (Iamamoto, 1997:114-115). Dados los recursos escasos el Trabajo Social seleccionará a aquellos que efectivamente accederán a los programas y derechos. De este modo, en su actividad reforzará y reproducirá a la vez las contradicciones intrínsecas a la Sociedad [Patriarcal] Capitalista. Montaña expresa que, “desde un análisis histórico-estructural a nivel societal, el asistente social se presenta como un “profesional de la coerción y del consenso”... debatiéndose ambigua y contradictoriamente entre los intereses institucionales y las necesidades populares” (Montaña, 1998: 91).

Así, además de ejercer como efectores de la salud pública en pos del acceso al derecho a la salud de la mujer, se posicionan (y son posicionados al mismo tiempo) como un frente de control social. Siguiendo a Iamamoto, se puede afirmar que “el control social no se reduce al control gubernamental e institucional [sino que] es ejercido también, a través de relaciones directas, expresando el poder de influencia de determinados agentes sociales sobre el cotidiano de vida de los individuos, reforzando la internalización de normas y comportamientos legitimados socialmente” (Iamamoto, 1997:110). En este caso, les profesionales en tanto miembros del Comité al seleccionar a aquellas que efectivamente accederán a un aborto, también reproducen situaciones legítimas y merecedoras de una intervención, mientras otras son sancionadas mediante el rechazo.

Sin embargo, siguiendo a la autora les profesionales pueden optar por seguir las instrucciones y/o lineamientos de formas de intervención o bien idear en conjunto con sus colegas y usuarios una forma alternativa de intervención. “Se trata, a partir del juego de fuerzas sociales presentes en las circunstancias de su trabajo, de reorientar la práctica profesional al servicio de los intereses y necesidades de los segmentos mayoritarios de la población, consolidando junto a ellos nuevas fuentes de legitimidad para el Servicio Social” (Iamamoto, 1997: 122). En este sentido, se observa que la no reducción del requisito de las semanas de gestación, así como la realización de causal salud sería una estrategia de intervención que permitiría orientar el Dispositivo hacia los intereses y necesidades de las mujeres.

A partir de lo desarrollado hasta aquí, se observa que se reproducen los paradigmas hegemónicos analizados en los capítulos precedentes. A continuación se desarrollan sus consecuencias: las negativas en el acceso.

4.3.1 NEGATIVAS EN EL ACCESO AL ILE

Las negativas en el acceso a la ILE permiten observar la autonomía relativa del Dispositivo. En este sentido, pese a que las derivaciones son realizadas mediante la coordinación del PSSyR, con quien tienen una relación de dependencia, los profesionales mediante los requisitos construidos y la concepción de salud restrictiva utilizada cuentan con un mecanismo que les permite no realizar el aborto.

Frente a los rechazos, desde el Dispositivo se envía una nota al PSSyR informando la negativa y se explicitan los motivos de la misma. Frente a esto, Laura se contacta con la Región V de Salud de la provincia, a los fines de buscarse una institución donde pueda realizarse la interrupción. Asimismo, desde la Región V se han derivado mujeres a través del PSSyR. Frente a estos, también cuentan con la autonomía para evaluar el ingreso, y ante una negativa el proceso es el mismo.

“Hubo rechazos. Pero porque estaban mal enviados o mal diagnosticados, y no ingresaba dentro de lo que, por ejemplo, causal violación....Porque ya eso ingresaba dentro de lo que sería un aborto punible. Entonces no se después si se resolvió o no”
(Horacio)

Sin embargo, se puede observar una tensión con las instituciones derivantes. A través de este relato se observa que no se problematiza que como institución de salud pública se negó un procedimiento sino que se considera que hubo una falla por parte de la coordinadora al derivarlo con ellos. En este marco, los profesionales refieren que la comunicación con los CAPS sería complicada, en tanto consideran que la derivación de situaciones que no cumplen con los requisitos se debería a que la información no les llegaría, o que simplemente no los respetan. No obstante, como se ha visto previamente esto responde a una estrategia municipal tendiente a generar la reflexión al interior del equipo en torno a la causal salud, a los fines de ampliar progresivamente su realización.

En este contexto, durante las entrevistas se consultó respecto de alguna situación de la que se arrepintieron. Algunos informantes refirieron la situación de una adolescente de Santiago del Estero. La misma llega al Dispositivo de ILE demandando una interrupción legal del embarazo, en el marco de causal salud. Asimismo, se trataba de un embarazo de 22 semanas, por cuanto no se cumplían dos de los requisitos establecidos. No obstante, la joven se habría mostrado determinada a realizar el aborto, expresando que si no realizaban la interrupción allí iría a un lugar clandestino.

“Te juro en un momento nos mirábamos y decíamos ¿qué hacemos? Porque no estamos protegidos por la Ley. Cuando yo le pregunto ¿cómo fue? ¿pero te cuidaste? Como para que me diga, sí, se rompió el preservativo, no sé, algo. O, no quería y no sé, me emborrachó, o... mentime, lo que queríamos, creo. Y la verdad que nos quedamos mal, mal, porque no teníamos con qué agarrarnos para hacerlo, después hay gente que diría “no, no, porque yo me lo hice, me hice un aborto en el Hospital” “¿y por qué lo hicieron?” “pero yo les dije que”. Entonces eso nos dejó mal, muy mal, no fue hace mucho esto eh, hace poco... Porque esta piba se iba a ir, nos convenció de que se iba a hacerse el aborto, nos convenció de eso y sentimos una sensación rara, como la culpa de eso, pero por otro lado tampoco estás amparado por la Ley, porque no está el aborto, no está la Ley, entonces bueno no sé, no, no, no encontramos la manera de darle la vuelta para protegerte, y protegerla, porque se lo iba a hacer” (Paula)

“la verdad que yo me angustié mucho y me dio mucha bronca, pero bueno, yo creo que si Horacio, en ese sentido, y Paula, que es la Jefa del Departamento, viste, los dos me cuidaron, porque si yo me mando estoy saliendo del Protocolo y de cierta forma es un riesgo, es un riesgo para la mujer, es un riesgo para uno hacer algo que no sabés cómo va a terminar, entonces viste no, no quisieron, y, porque yo creo que si ellos hubiesen dado manija un poco más, yo también me mandaba, pero bueno, se decidió que no” (Daniel)

En estos relatos, se observa cómo las tensiones analizadas a lo largo de los capítulos se ponen de manifiesto en las situaciones particulares, en los cuerpos de las mujeres demandantes. En este caso, los grises legales, las correlaciones de fuerzas en el campo de la salud que se concretizan en el hospital y, las presiones sociales obturaron el acceso de la joven a una interrupción del embarazo seguro. En esta situación en particular, se observa cómo la joven se encuentra doblemente vulnerada a partir de la

interseccionalidad de género y clase. Siguiendo a Dosso, “la acción u omisión del Estado en este tema, el abuso de poder ejercido de hecho en las instituciones de salud pública y el negocio que representa el aborto en el sector privado, tienen efectos de control social, es decir, tienden a reproducir las condiciones de desigualdad de clase y de género” (Dosso, 2017:7). Así, no sólo no pudo acceder al aborto en el hospital público, sino que frente a un embarazo que se configura forzado, y no teniendo los recursos económicos que el negocio construido en torno a la penalización del aborto impone para acceder a consultorios privados, no pudo acceder a realizarlo en condiciones seguras. Dado que les profesionales no mantuvieron un seguimiento de la situación, se desconoce si su salud, o incluso su vida, se han visto afectadas y en qué medida.

Asimismo, quienes desempeñan tareas de jefatura se han manifestado bajo la obligación de cuidar al médico que realiza las interrupciones, en el marco de las tensiones institucionales, sociales y políticas, y frente a los temores descritos a lo largo de los capítulos. En este sentido, se observa que les profesionales aguardan la ley para poder sentirse seguras al cumplir con sus funciones como efectores de la salud pública, sin tener que requerir que la mujer “les mienta”.

Este capítulo demostró cómo la construcción de estrategias de intervención del equipo profesional del Dispositivo delimita el acceso al derecho de la interrupción legal del embarazo para las mujeres; por tanto aquellas situaciones que son negadas refuerzan las cargas que impone el sistema patriarcal en torno a la maternidad obligatoria.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo de investigación pretendió conocer la autonomía relativa de los profesionales de salud en la construcción de las estrategias de intervención con mujeres que demandan la realización de un aborto al dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Thompson de Gral. San Martín en el periodo 2017 - 2018. La pregunta problema sobre la cual se desprendió dicho trabajo fue indagar cómo se vincula la atención brindada por el equipo de profesionales de salud del mencionado dispositivo de ILE con el campo institucional en el cual se conforma el acceso a la salud y al aborto, en dicho periodo.

Se partió desde la hipótesis de que la construcción de estrategias de intervención y la atención brindada a las mujeres demandantes de interrumpir un embarazo desde el dispositivo de ILE, se encuentra condicionada y determinada por los posicionamientos políticos, ideológicos, religiosos e institucionales. Asimismo, se encuentran atravesadas por las presiones sociales en torno a las concepciones sobre el aborto y el Modelo Médico Hegemónico, que a su vez reproduce la Institución.

A raíz de la investigación realizada se observa que las tensiones en torno al aborto efectivamente condicionan la construcción de estrategias de intervención del Dispositivo de ILE del hospital. No obstante, se han realizado descubrimientos no contemplados al momento de realizar el Diseño de Investigación.

En este sentido, se observa que el sistema Patriarcal - Capitalista y el campo de la salud se encuentran vinculados. Este sistema construye y utiliza la dominación, sumisión y subalternidad de las mujeres, para la acumulación de capitales. Así, conformó y normalizó utilitariamente el binomio hombre-mujer, reforzado y relacionado con la división sexual del trabajo. Para ello se conjugó un proceso histórico, material, simbólico, cultural, ideológico y violento de normalización de las mujeres, tendiente a naturalizar la maternidad como obligatoria. En este marco, este sistema atraviesa al campo de la salud estableciendo determinadas prácticas como legítimas y hegemónicas, las cuales son tendientes a reproducir los estereotipos de femineidad vinculados a la maternidad obligatoria como se mencionó anteriormente.

De este modo, se configura desde el sistema de salud, una lógica de control social que es reproducida por los efectores de salud a partir de diferentes mecanismos. Así, se observa la utilización de la violencia, tanto directa como indirecta, como una de las prácticas instituidas que se emplean como modo de aleccionar a las mujeres. Sin embargo, existen otras herramientas más sutiles, como ser la objeción de conciencia. Mediante ésta se produce un vaciamiento del sistema de salud que, de forma utilitaria a los mandatos patriarcales, obtura el acceso al aborto público y seguro.

En este sentido, se observa que este conjunto de prácticas hostiles se debe, entre otras causas, a que estas mujeres cuestionan los roles y estereotipos hegemónicos y con ello al sistema Patriarcal-Capitalista, a partir de la negación de un destino decidido heterónomamente. La decisión de interrumpir un embarazo configura una maternidad que puede ser elegida, y con ello la autonomía de la mujer sobre su cuerpo y su vida.

De esta forma, el campo de la salud históricamente se ha vuelto expulsivo. Las mujeres no acuden a los hospitales, por temor a los posibles hostigamientos, o lo hacen frente a las complicaciones suscitadas a partir de realizar una interrupción de forma insegura. Así, el ámbito de la salud se configura utilitario a la clandestinidad del aborto. Mediante sus prácticas expulsivas, contribuye al sostenimiento del negocio en torno a la ilegalidad del aborto. Cabe señalar que en este sentido el Estado es responsable; como garante de los derechos consagrados de las mujeres, en tanto tiene las facultades para abrir un verdadero debate tendiente a su legalización, y en tanto efector responsable de la salud y sus instituciones.

Sin embargo, como se ha visto, no todas las mujeres sufrirán las consecuencias del mismo modo. Se produce una interseccionalidad entre género y clase que conlleva que las mujeres de clases subalternas sean doblemente vulneradas. Éstas no cuentan con los recursos económicos para acceder a un aborto en condiciones seguras en un consultorio privado. Así, frente a las barreras impuestas desde el campo de la salud, recurren a prácticas inseguras. En este sentido, vale señalar que ésta es la población que llega mayoritariamente a las instituciones de salud del partido de Gral. San Martín.

En este marco, uno de los hallazgos más significativos del trabajo fue la reproducción de la clandestinidad al interior del Hospital Thompson. De este modo, se pone de manifiesto que estas tensiones atraviesan al mismo tiempo al Dispositivo de ILE y a les

profesionales que lo conforman, condicionando sus estrategias de intervención. En este caso, se condiciona la visibilidad del dispositivo.

Asimismo, ésta no es la única dimensión que atraviesa al campo de la salud. Las intervenciones del Comité de ILE se encuentran condicionadas a su vez, por los debates socio-políticos en torno al aborto y, las tensiones sociales y la experiencia de otros profesionales e instituciones que son judicializados tanto por realizar interrupciones como por no hacerlo. En este sentido, se observan fuertes temores al interior del equipo profesional, que conducen a la construcción de una atención resistencial que genera una reducción de la Política Pública municipal. Esta situación se observa por ejemplo al no realizar la causal salud a partir de definir la salud en términos biologicistas-restrictivos. Así, se observa que en el espacio del Dispositivo de ILE se articulan las tensiones coyunturales, con el sistema Patriarcal-Capitalista y el Modelo Médico Hegemónico, que contribuyen a obstaculizar el acceso de las mujeres.

Esto se debe a que, en términos de Bourdieu, en el interior del campo hospitalario, debido a la correlación de fuerzas actual, el Dispositivo de ILE no cuenta con los capitales para instituir un modelo de atención y una concepción tendiente a garantizar el aborto. Así, pese a contar con un gobierno municipal que, aunque con contradicciones, se posiciona a favor de los derechos reproductivos de las mujeres, éste no logra penetrar en el hospital Thompson entendido como campo. Se pudo observar a través de la investigación que el sistema de salud no actúa como una totalidad sino que brinda una atención fragmentada entre los distintos niveles. Esto se evidenció en la comunicación entre los CAPS y el Hospital, teniendo que intervenir la coordinadora del PPSyR. Es decir, los niveles se perciben como momentos escindidos, articulados por dicha coordinadora. En tanto las situaciones que no son derivadas por el municipio resultan ser rechazadas. En consecuencia aquellas mujeres que no cuenten con una derivación previa no pueden acceder al Dispositivo, siendo esto un condicionamiento para no cumplir con el derecho al acceso de la salud.

El Hospital depende del municipio y desde el mismo se intenta direccionar la forma de intervenir con las mujeres que demandan un aborto. Se observa que el municipio es un actor facilitador en relación a la accesibilidad para las mismas.

No obstante, no solo influyen los factores externos al dispositivo, sino que también el equipo profesional cuenta con diferentes concepciones respecto del aborto. Esto ocurre

dado que algunos de los miembros no ingresaron al dispositivo por elegir pertenecer sino que se les ofrecía desde la dirección del Hospital la jefatura en las distintas Áreas de las que formaban parte pero para ello era necesario la conformación del dispositivo de ILE; excepto una de las profesionales que sí eligió formar parte dado su interés y experiencia en la temática.

A través del análisis del grupo de profesionales que conforma el dispositivo se pudo observar que el equipo profesional tiene dificultades para poner en práctica el trabajo interdisciplinario. Las decisiones de cómo resolver cada situación las construyen los médicos. En tanto el Trabajo Social y el Área de Psicología quedaron al momento de efectuar la investigación como disciplinas solo en lo formal para la composición del equipo, no desarrollando intervenciones con las mujeres que demandan un aborto.

Cabe agregar que desde las autoridades del hospital son objetores de conciencia, lo cual genera que las decisiones y responsabilidades sobre cómo intervenir con las mujeres recaigan sobre los profesionales del dispositivo de ILE.

A raíz del marco teórico seleccionado y el contexto socio-político en torno al aborto, se había partido de la preconcepción que la autonomía relativa del Dispositivo de ILE se construiría a los fines de ampliar el acceso a la ILE, en un campo institucional reaccionario. No obstante, se ha observado que la misma presenta contradicciones. En este sentido, frente a las prácticas que reproducen la lógica expulsiva del sistema de salud al interior del hospital, se observa la búsqueda de estrategias tendientes a su transformación, aunque con dificultades para su concreción debido a la correlación de fuerzas en el campo organizacional. Esto se pudo observar durante el proceso de internación de mujeres en situación de aborto. En tanto que desde el PSSyR se solicitan que las mismas puedan transitar ese momento en una sala separada que no se comparta con el Área de Maternidad, pero desde el Hospital se decide no respetar esta forma de cuidado hacia las mujeres. Sin embargo, al mismo tiempo, se observa una construcción de una autonomía relativa resistencial. Es decir, de prácticas que conllevan un obstáculo a la realización de interrupciones del embarazo.

A partir de la investigación realizada, se reafirma que para que se dejen de vulnerar los derechos de las mujeres y se pueda romper con estas lógicas patriarcales es necesaria la legalización del aborto y el fortalecimiento al interior de los equipos profesionales que abordan esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES SECUNDARIAS:

- Agamben, G. (2011). ¿ Qué es un dispositivo?. *Sociológica (México)*, 26(73), 249-264.
- Alegre, Marcelo (2009) “Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva”. En despenalización.org.ar
- Aquín, N., Custo, E., & Torres, E. (2012). El problema de la autonomía en el Trabajo Social. *Revista Tandil*, 5(8), 304-320.
- Ariza Navarrete, Sonia & Ramón Michel, Agustina (2018) . Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina. CEDES e IPAS, Buenos Aires.
- ATE-IDEP (2014) *Labradores de la salud popular*. Floreal Ferrara Cuadernillo N°3. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1990) “Espacio social y génesis de las “clases”. En *Sociología y Cultura*. Editorial Grijalbo, D.F., México
- Bourdieu, P. y Wacquant, L (1995). “Respuestas por una antropología reflexiva”. Grijalbo. México.
- Cavalleri, María Silvina (2008) “Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas”. En: “Compartiendo notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad”. Colección Salud Comunitaria. Ed. UNLa.
- Cazzaniga, Susana (2001) “ Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. En *Revista Margen* N°27

- CEDAW, (2016). Situación del aborto en la Argentina, disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/06/situaci%C3%B3n-del-aborto-en-la-Argentina.Informe-CEDAW.pdf>
- Danani, Claudia (2006) "Politización: ¿Autonomía para el trabajo social? Un intento de reconstrucción del panorama latinoamericano" *Revista Katálisis* 9(2), 189-199.
- D'Atri, Andrea (2004) "Pan y rosas. Pertenencia de género y antagonismo de clase en el capitalismo". Ediciones Las armas de la crítica
- Del Cueto, A. M., & Fernández, A. M. (1985). El dispositivo grupal. *Lo grupal*, 2, 13-56.
- Dosso, Daniela (2017) "Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo" en Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y ginecología (FLASOG)
- Federici, Silvia (2015) "El patriarcado del salario. Lo que llaman amor, nosotras lo llamamos trabajo no pagado". Conversaciones con Silvia Federici, por Gladys TzulTzul.
- Highton, E. (2015). Los jóvenes o adolescentes en el Código Civil y Comercial. *Diario La Ley*, 13(04).
- Iamamoto, Marilda. (1997). "Servicio Social y división del trabajo". Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, Cortes Editora, San Pablo.
- Iamamoto, Marilda. (2003) "El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional". Cortez. Brasil
- Isuani, Ernesto y Mercer, Hugo (1986) "Fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?" Boletín informativo de Techint
- Izaguirre, Inés (1998) "Presentación. Reflexiones sobre la violencia". En *Violencia Social y Derechos Humanos*. Buenos Aires
- Manigot, Marta (1986) "Intervenciones desde el vector comunicación". Buenos Aires, Editorial Cinco.

- Marx, K.(1986). “El capital. Crítica de la economía política”. Tomo I, Fondo de Cultura Económica, México, 1871/1986. Sección 2: Capítulo IV.
- Menéndez, Eduardo (1985) “Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud.”. Cuadernos Médico Sociales N° 33. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Menéndez, Eduardo. (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria de la Salud”. En: II Jornadas de A.P.S- CONAMER- A.R.H.N.R.G. Buenos Aires, Universidad de Lanús.
- Montaña, C. (1998). La naturaleza del servicio social. Editorial Cortez.
- Oliva, A., & Mallardi, M. (2011). Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social. Consejo Editorial de la UNCPBA, Tandil.
- Oliva, A.; Mallardi, M. y Perez, Ma. C. (2010) “Problematizando los procesos de intervención y las tácticas operativas en la práctica profesional del Trabajo social”. 3er. Encuentro Argentino y Latinoamericano de Trabajo Social: Escenario político de Latinoamérica, el desafío del pensamiento crítico en las Ciencias Sociales y el Trabajo Social. Córdoba, Argentina.
- Oszlak, Oscar (1980) “Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas”, Buenos Aires, CEDES.
- Rivière, Pichón (1988) “El Proceso Grupal”, Nueva Visión, Bs. As Argentina.
- Rosenberg, M. (1995). “Derecho reproductivos: legitimidad, poder y recursos para las mujeres”.
- Rosenberg, Martha (2010): "Sobre la significación de la práctica del aborto en la clandestinidad". Seminario Internacional: “El derecho al aborto, una deuda de la democracia”. Buenos Aires: Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Disponible en www.abortolegal.com.ar
- Rosenfeld, David (1972): “Sartre y la psicoterapia de los grupos”. Capítulo I. Buenos Aires, Editorial Piados.

- Rozzas Pagazza, Margarita (2001) “ La Intervención Profesional en Relación con la Cuestión Social: El Caso Del Trabajo Social” Ed. Espacio.
- Schvarstein, Leonardo (2002) “Psicología Social de las Organizaciones”. Paidós. Buenos Aires- Barcelona México Cap 1.
- Stolkiner, A. (1999). “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada, 3(10).
- Spinelli, Hugo (2010): “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina” en “SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293.
- Teodori, C. E. (2015). “A los saltos buscando el cielo: Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar”. Biblos.
- Varela, Cristian (2004). “La entrada al terreno institucional”. Revista TRAMAS, N°20, México, Publicación UNAM.
- Villanueva Aguilar Luis F. (1992) “Problemas públicos y agenda de gobierno”; Grupo Editorial; México.
- Young, Iris (1992) “Marxismo y feminismo, más allá del ‘matrimonio infeliz’ (una crítica al sistema dual)”. En: El cielo por asalto, Año II, N°4, Ot/Inv. 1992

NORMAS Y PROTOCOLOS:

- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ley 26.994
- Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179. 1984.
- CSJN “F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva” , sentencia del 13 de Marzo de 2012.
- Ley N° 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). Guía Técnica para la atención de abortos no punibles.

- Ministerio de Salud de la Nación (2012) Protocolo y Guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.
- Organización Mundial de la Salud (2012) Aborto sin Riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

SITIOS WEB:

<http://www.abortosinbarreras.org/>

<http://www.abortolegal.com.ar>

<https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/interrupcion-legal-del-embarazo/historia-del-aborto-en-argentina/>

<http://niunamenos.org.ar/>

<http://www.region-v.com.ar/>

ANEXOS

Guía de entrevista

Eje: Dispositivo

- ¿Dónde funciona el dispositivo? ¿Cómo está conformado el equipo profesional?
- ¿Cómo surgió el dispositivo? ¿Hubo cambios con el tiempo?
- ¿Disponen de todo lo que necesitan para trabajar?
- ¿Nos podrías contar cómo llegaste a conformar parte del dispositivo de ILE?
- ¿Cuáles son tus funciones?
- ¿Cómo funciona el dispositivo? ¿Cuáles son los roles de cada uno? ¿Hay tensiones al interior del equipo?
- ¿Hay reuniones de equipo? ¿Cada cuanto tiempo? ¿Ante que situaciones? ¿Nos podrías dar un ejemplo?
- ¿Sobre qué protocolo trabajan? ¿Cuál son los pasos? ¿Se consulta con alguien?
- ¿Crees que el dispositivo le brinda una respuesta a todas las mujeres que acuden?

Eje: Marco Institucional

- ¿Cómo llegan las mujeres al dispositivo? En cuanto a la intervención ¿existe alguna diferencia con las mujeres que son derivadas de los CAPS y las que son derivadas de la Región Sanitaria V?
- ¿Cómo es el diálogo con otras instituciones? ¿Tienen articulación?
- ¿A partir de las derivaciones se procede a aplicar la ILE? ¿Se realizan evaluaciones previas al interior del equipo o se realizan directamente las intervenciones? ¿De qué depende?
- ¿Cómo se decide?
- ¿Cuál es la vinculación con las autoridades del Hospital? ¿Cómo es? ¿Hubo desacuerdos en algún momento? Si los hubo, ¿cómo se resolvieron?
- ¿Cómo es la relación con otras áreas del Hospital? ¿Se realiza trabajo interdisciplinario?
- ¿Existe una vinculación con la Secretaría de Salud? ¿Tienen intercambio/dialogo con la Región Sanitaria V? ¿Por qué?
- En cuanto a esas instituciones ¿qué consideras que esperan del Dispositivo de ILE?
- ¿Saben el hospital sobre el funcionamiento del Dispositivo? ¿Cómo se enteran oficial/clandestino?

Eje: Accesibilidad

- ¿Consideras que es fácil el acceso para las mujeres que demandan la atención del dispositivo?

¿Hay requisitos? ¿Estos obstaculizan el acceso?

¿Cuál es el plazo para la realización de la ILE?

¿Bajo qué causales se realizan? ¿Por qué causal salud no? ¿Recordas algún ejemplo?

¿Cómo se decide hacer unos y otros no? ¿A los que no, por qué? ¿Sabes qué paso con esa mujer?

¿Qué es lo más difícil de decidir? (Solo TS y PSICO)

¿Hay objeción de conciencia en el Hospital? ¿Conoces algún caso?

Eje: Posicionamientos

¿Desde que concepción de salud se posiciona el dispositivo? ¿En términos biológicos o psico bio social? ¿Estás de acuerdo?

¿Consideras que influyen las creencias religiosas políticas y/o ideológicas en las intervenciones? ¿Por qué sucede? ¿Nos podrías dar un ejemplo?

Solo a TS

A las mujeres que acuden al Dispositivo ¿Las atraviesa alguna problemática?

En caso de que así sea, ¿se realiza una derivación?

¿Se establece algún vínculo con estas mujeres?

¿Qué respuestas de les dan?

Solo PSICO

¿Hay mujeres que generan mas empatía que otras?

Eje: Aborto

Si no fueras parte del dispositivo ¿Cambiarías tu concepción sobre la interrupción legal del embarazo?

A partir de tu experiencia en el dispositivo como profesional ¿Cambia tu concepción?

¿Antes pensabas igual? ¿Ahora?

¿Tuvieron algún caso del que sienten que se equivocaron? ¿Con qué situación?

Cierre

¿Quisieras comentar algo que no hayamos preguntado?

Guía de preguntas para la Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Apertura

Profesión:

Cargo:

Marco Municipal.

¿Hay estadísticas del partido? ¿Qué se mide?

¿Cuál es la Causal por la que más casos llegan?

En la comisión en el Senado hiciste referencia a 800 abortos en un municipio del conurbano, ¿era acá? ¿en qué período?

¿Cuántos se hacen por año en San Martín?

Nos hacían referencia que el número de interrupciones que se hicieron este año en el Hospital es mucho menor respecto al del año pasado, ¿qué cambió?

En Senadores diste otro número, 3.030 muertas desde el regreso de la democracia, ¿hay números de San Martín?

¿Tienen intercambio/diálogo con la Región Sanitaria V? ¿Por qué? (¿Qué cambió ahora?)

Siguiendo el lema de la campaña, ¿en San Martín hay ESI y Anticonceptivos? ¿Hay información?

¿Tienen todos los recursos que necesitan? ¿Bajan de provincia, los compran?

¿Tras realizarse una interrupción se trabaja MAC? ¿La idea es que se externen con un método anticonceptivo? (¿Lo pueden elegir?)

Dispositivo.

¿Tienen reuniones con el Dispositivo de ILE? (Cada cuánto, por qué circunstancias)

¿Cómo surgió el dispositivo?

¿Cómo se formalizó el Dispositivo? ¿En qué año?

¿Cómo se tomó la decisión política: de formalizarlo en el Hospital y las consejerías en los CAPS?

¿Cómo funciona el dispositivo?

¿Hubo cambios con el tiempo? (interno y externo)

¿Cómo llegan las mujeres al dispositivo?

Cuándo te llega el informe, ¿Cómo evaluás quién ingresa al Thompson? ¿Hay otra institución de segundo nivel disponible? (por ejemplo ante causal salud)

¿Conoces alguna situación de interrupción en personas trans?

Para el Programa, ¿cuál es el objetivo del Dispositivo? (al inicio que se hacían entrevistas para ver si la persona estaba en su “sano juicio”)

¿Sobre qué protocolo trabajan? ¿Por qué? ¿Hay un Protocolo de San Martín? (en qué cambia) ¿Se usa en todas las instituciones (CAPS y Hospi) o cada uno tiene su propia versión/ acuerdo?

¿Por qué acá no se realiza la causal salud? ¿Qué condiciones permiten que en el primer nivel si se realice?

Marco Institucional.

¿Cómo es la vinculación con las autoridades del Hospital? ¿Hubo desacuerdos en algún momento? Si los hubo, ¿cómo se resolvieron?

¿Saben en el hospital sobre el funcionamiento del Dispositivo? ¿Cómo se enteran oficial/clandestino?

Uno de los mayores problemas con esta temática es la violencia y el maltrato obstétrico (ref. senadores), ¿cómo se trabaja acá?

¿Se realizan capacitaciones sobre aborto y la legalidad actual?

En el Senado al hacer referencia a los equipos interdisciplinarios incluiste a enfermería,
¿Por qué acá no es parte? ¿Hay diálogo / lineamientos de trabajo?

Accesibilidad

¿Hubo cambios con el Debate del Aborto? ¿Qué impacto tuvo?

¿Hay objeción de conciencia en el Hospital? ¿Conoces algún caso? Nos hacían referencia a que no hay ningún caso formal, pero sí verbalmente, ¿a qué responde esto?

¿Hay actores que sean obstaculizadores en el Hospital/Partido?

¿Consideras que es fácil el acceso para las mujeres que demandan la atención del dispositivo?

¿Considerás que los requisitos que tienen en el Hospital obstaculizan el acceso?

Si en el Hospital determinan que no ingresa por protocolo, te vuelve el informe con la negativa a vos... ¿cómo continúa el recorrido? (ejemplo)

¿Tuvieron algún caso del que sentís que se equivocaron? ¿Con qué situación? ¿Habrías hecho algo distinto?

¿Qué condiciones institucionales cambiarías para mejorar la atención? (Muches hicieron referencia al tema del espacio de internación ¿Sabés si va a haber una sala especial o algo habitaciones más chicas?)

Cierre

¿Quisieras comentar algo que no hayamos preguntado?

Guía de Observación

Fecha de observación:

Lugar de observación:

Cantidad de participantes:

Organizaciones políticas/sociales de pertenencia:

Presentación del consentimiento informado

Ejes de observación:

- Perspectiva de las organizaciones en torno al aborto en el Partido de San Martín
- Espacios de debate en torno al aborto
- Vínculos con los CAPS y Hospital
- Posicionamientos en torno a la objeción de conciencia
- Orientación a mujeres y acompañamiento a las mismas
- Consejerías Pre y Post aborto
- Situación respecto de la compra del misoprostol
- Vínculo con el Municipio y el Programa de Salud Sexual y Reproductivo
- Concepción del Dispositivo de ILE del hospital Thompson.
- Vinculación con los demás partidos de la Región V sanitaria.
- Cómo viven el proceso de interrupción del embarazo las mujeres.

Informe del Programa de Salud Sexual y Reproductiva - Interrupción Legal del Embarazo

23 de noviembre de 2017.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Interrupción legal del embarazo

Estimación de la población objetivo en el Municipio de San Martín

En el Primer nivel de atención del Municipio de San Martín en el año 2017 se encuentran en seguimiento 1800 mujeres embarazadas y se calculan aproximadamente 2800 nacimientos anuales atendidos en el sistema público de salud, entre los tres hospitales públicos: los provinciales Eva Perón y Belgrano, y el municipal D. Thompson.

En base a diferentes indicadores, se estima que en Argentina se produce un aborto cada 1,5 o 2 nacimientos, es decir que la mitad de los embarazos culminan con abortos, en su mayoría inducidos, y muchos de ellos en forma insegura. A partir de esta información consideramos que en 2015, en el sistema público de salud, ocurrieron aproximadamente 1100 abortos (40% de los nacimientos).

Siendo la población de mujeres en edad fértil del Partido de San Martín 92.700 (Censo 2010), se calculan 37.000 personas con cobertura pública en salud exclusiva. De éstas, como expresamos anteriormente, 1100 podrían estar en situación de aborto.

Nuestro objetivo es proporcionar los medios (dispositivos para consejerías pre y post aborto en todos los CAPS, estudios complementarios, acceso al tratamiento farmacológico en los casos que así se requiera o mayor complejidad en los hospitales del municipio) para abordar adecuadamente este problema de salud.

En el año 2017 desde el programa se trabajo en tres líneas programáticas respecto a ILE

Primera línea: Capacitación y normatización

Realización de proceso de atención en primer nivel y derivación al segundo nivel de Ile

Acompañamiento y capacitación de equipos territoriales en los CAPS

Normatización y seguimiento en segundo nivel (Hospital Thompson, Región Sanitaria V y Hospitales Provinciales).

Se realizaron 12 reuniones en los caps de acompañamiento y capacitación en los siguientes caps:

Caps 3, Agote, caps 5, caps 7, caps 10, caps 11, caps 20, caps 22, están programadas reuniones en lo que resta de diciembre en el caps 6, caps 9, caps 14, caps 21 y Htal. Marengo.

Segunda línea: Seguimiento de mujeres en situación de ile

Desde enero del 2017 hasta el 22 de noviembre del 2017 se atendieron en los caps:

Según el registro en sistema de turnos

309 mujeres, de las cuales se derivaron al programa 38 situaciones (desde marzo 2017 donde se formalizo el registro de derivación)

De esas 38 situaciones:

15 se resolvieron en el Hospital Thompson

5 mujeres continuaron con el embarazo

5 situaciones no pudieron resolverse

3 situaciones se volvieron a referenciar a los caps para la resolución.

4 situaciones se resolvieron por la región sanitaria V

4 situaciones se resolvieron por fuera de la región sanitaria V

2 situaciones se resolvieron pero no está el dato del lugar de resolución

POBLACION OBJETIVO *	POBLACION TOTAL ATENDIDA **	POBLACION ATENDIDA A C/ CPE**	POBLACION BAJO PROGRAMA* **	COBERTURA** **
980	309	186	134	13,67%

*40% de los nacidos vivos con CPE del partido de San Martín (1100/12*10.7)

** Fuente Sistema de Turnos código A09 (consejería pre aborto)

*** Población Bajo Programa: mujeres que consultaron por ILE con CPE residentes del municipio de Gral. San Martín.

**** Cobertura = Población bajo programa

Población objetivo

Tercera línea: Medicación

Se entregaron a los caps bajo el informe de solicitud y receta de medicación

25 tratamientos completos con misoprostol de 12 comprimidos cada uno.

Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido General San Martín. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010

Edad	Población total	Sexo		Índice de masculinidad
		Varones	Mujeres	
Total	414.196	198.094	216.102	91,7
0-4	30.305	15.264	15.041	101,5
0	6.088	3.084	3.004	102,7
1	6.124	3.099	3.025	102,4
2	6.115	3.005	3.110	96,6
3	5.896	2.991	2.905	103,0
4	6.082	3.085	2.997	102,9
5-9	30.242	15.369	14.873	103,3
5	6.097	3.087	3.010	102,6
6	6.276	3.155	3.121	101,1
7	5.889	2.936	2.953	99,4
8	5.825	3.010	2.815	106,9
9	6.155	3.181	2.974	107,0
10-14	30.008	15.102	14.906	101,3
10	6.075	3.130	2.945	106,3
11	5.904	3.033	2.871	105,6
12	5.940	2.933	3.007	97,5
13	5.810	2.873	2.937	97,8
14	6.279	3.133	3.146	99,6
15-19	31.638	15.762	15.876	99,3
15	6.209	3.049	3.160	96,5
16	6.000	3.019	2.981	101,3
17	6.196	3.209	2.987	107,4
18	6.553	3.271	3.282	99,7
19	6.680	3.214	3.466	92,7
20-24	33.247	16.484	16.763	98,3
20	6.711	3.416	3.295	103,7
21	6.637	3.309	3.328	99,4
22	6.698	3.272	3.426	95,5
23	6.528	3.220	3.308	97,3
24	6.673	3.267	3.406	95,9
25-29	32.101	16.098	16.003	100,6
25	6.434	3.212	3.222	99,7
26	6.226	3.149	3.077	102,3
27	6.286	3.216	3.070	104,8
28	6.617	3.266	3.351	97,5
29	6.538	3.255	3.283	99,1
30-34	32.071	15.989	16.082	99,4
30	6.971	3.404	3.567	95,4
31	6.415	3.247	3.168	102,5
32	6.191	3.066	3.125	98,1
33	6.547	3.207	3.340	96,0
34	5.947	3.065	2.882	106,3
35-39	28.759	14.013	14.746	95,0
35	6.090	2.976	3.114	95,6
36	5.603	2.691	2.912	92,4
37	5.854	2.884	2.970	97,1
38	5.622	2.747	2.875	95,5

Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido General San Martín. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010

Edad	Población total	Sexo		Índice de masculinidad
		Varones	Mujeres	
39	5.590	2.715	2.875	94,4
40-44	24.914	12.102	12.812	94,5
40	5.610	2.701	2.909	92,8
41	4.999	2.452	2.547	96,3
42	4.851	2.393	2.458	97,4
43	4.947	2.368	2.579	91,8
44	4.507	2.188	2.319	94,4
45-49	23.412	11.150	12.262	90,9
45	4.676	2.241	2.435	92,0
46	4.672	2.238	2.434	91,9
47	4.866	2.402	2.464	97,5
48	4.569	2.157	2.412	89,4
49	4.629	2.112	2.517	83,9
50-54	22.946	10.944	12.002	91,2
50	4.801	2.343	2.458	95,3
51	4.498	2.088	2.410	86,6
52	4.535	2.208	2.327	94,9
53	4.624	2.236	2.388	93,6
54	4.488	2.069	2.419	85,5
55-59	21.470	10.046	11.424	87,9
55	4.419	2.144	2.275	94,2
56	4.260	1.999	2.261	88,4
57	4.410	2.104	2.306	91,2
58	4.259	1.942	2.317	83,8
59	4.122	1.857	2.265	82,0
60-64	19.233	8.733	10.500	83,2
60	4.550	2.047	2.503	81,8
61	3.693	1.729	1.964	88,0
62	3.730	1.696	2.034	83,4
63	3.711	1.670	2.041	81,8
64	3.549	1.591	1.958	81,3
65-69	15.702	6.956	8.746	79,5
65	3.585	1.597	1.988	80,3
66	3.358	1.444	1.914	75,4
67	3.087	1.418	1.669	85,0
68	2.921	1.283	1.638	78,3
69	2.751	1.214	1.537	79,0
70-74	13.467	5.518	7.949	69,4
70	3.112	1.293	1.819	71,1
71	2.643	1.095	1.548	70,7
72	2.698	1.140	1.558	73,2
73	2.494	976	1.518	64,3
74	2.520	1.014	1.506	67,3
75-79	10.941	4.196	6.745	62,2
75	2.419	968	1.451	66,7
76	2.202	839	1.363	61,6
77	2.182	865	1.317	65,7
78	2.117	798	1.319	60,5
79	2.021	726	1.295	56,1

Cuadro P2-D. Provincia de Buenos Aires, partido General San Martín. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010

Edad	Población total	Sexo		Índice de masculinidad
		Varones	Mujeres	
80-84	7.876	2.710	5.166	52,5
80	1.886	650	1.236	52,6
81	1.663	593	1.070	55,4
82	1.609	543	1.066	50,9
83	1.447	491	956	51,4
84	1.271	433	838	51,7
85-89	4.268	1.273	2.995	42,5
85	1.139	349	790	44,2
86	1.045	350	695	50,4
87	855	233	622	37,5
88	706	204	502	40,6
89	523	137	386	35,5
90-94	1.297	316	981	32,2
90	474	122	352	34,7
91	276	70	206	34,0
92	248	60	188	31,9
93	182	33	149	22,1
94	117	31	86	36,0
95-99	255	61	194	31,4
95	121	39	82	47,6
96	52	8	44	18,2
97	39	5	34	14,7
98	29	7	22	31,8
99	14	2	12	16,7
100 y más	44	8	36	22,2

Nota: la población total incluye a las personas viviendo en situación de calle.

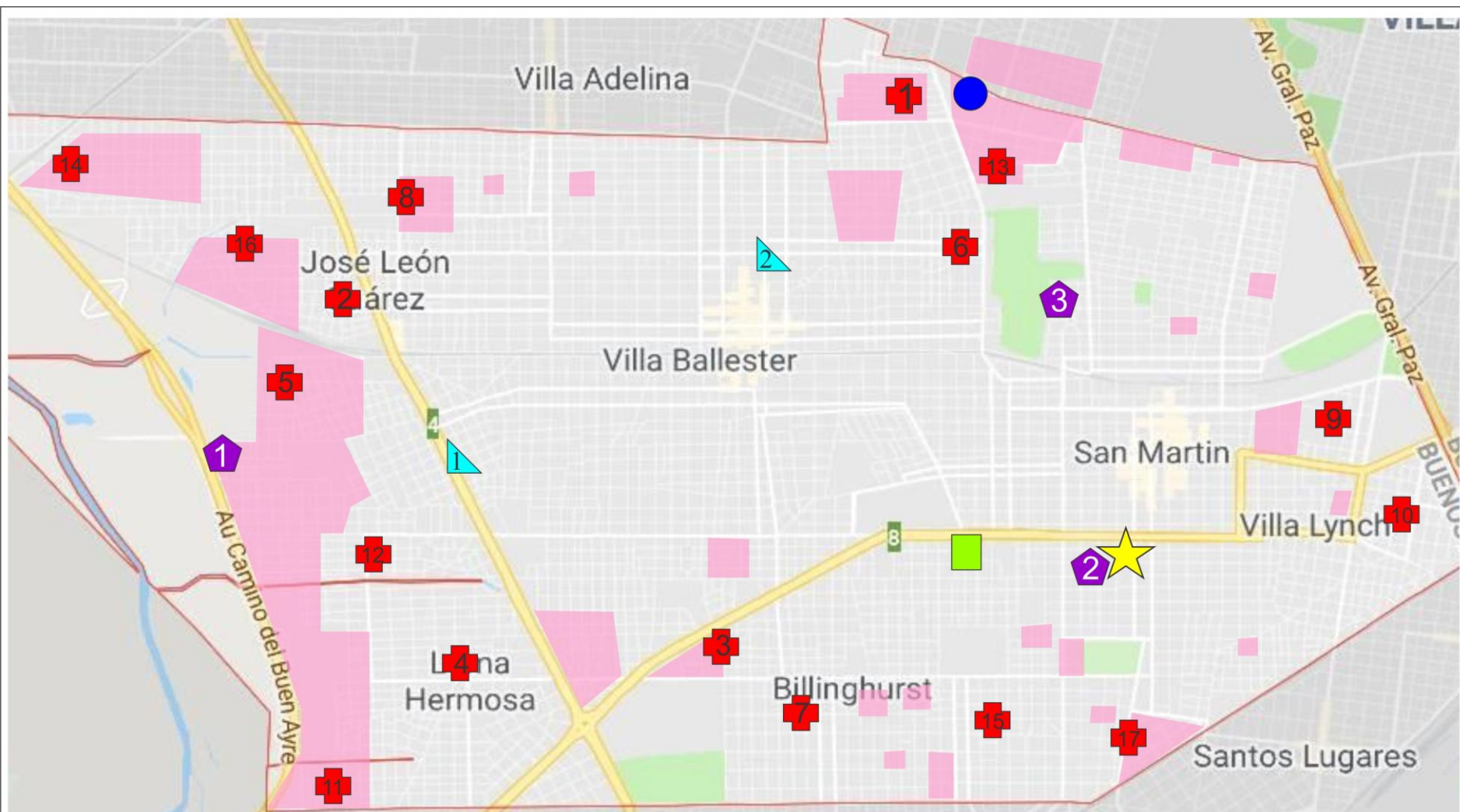
El índice de masculinidad indica la cantidad de varones por cada 100 mujeres.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Cuadro H5-D. Provincia de Buenos Aires, partido General San Martín. Hogares por tipo de vivienda, según combustible utilizado principalmente para cocinar. Año 2010

Combustible utilizado principalmente para cocinar	Total de hogares	Tipo de vivienda							
		Casa	Rancho	Casilla	Departamento	Pieza/s en inquilinato	Pieza/s en hotel o pensión	Local no construido para habitación	Vivienda móvil
Total	133.202	104.541	777	2.155	24.012	1.150	185	375	7
Gas de red	104.795	81.770	58	228	22.008	441	116	172	2
Gas a granel (zeppelin)	107	87	-	2	15	2	-	1	-
Gas en tubo	581	476	5	6	68	18	-	7	1
Gas en garrafa	27.290	21.967	685	1.873	1.859	657	67	179	3
Electricidad	228	147	3	4	54	14	-	6	-
Leña o carbón	76	25	19	31	1	-	-	-	-
Otro	125	69	7	11	7	18	2	10	1

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.



★ Hospital Municipal Dr. Diego Thompson

■ Policlínico Eva Perón (Ex Castex)

● Hospital Zonal Gral. Manuel Belgrano

▲ 1- Hospital Local Dr. Alexander Fleming
2- Hospital Local Dr. Enrique Marengo

✚ 1- CAPS N°3 Villa Concepción
2- CAPS N°4 Dr. Luis Agote
3- CAPS N°5 Dr. Ramón Carrillo
4- CAPS N°6 Barrio Libertador
5- CAPS N°7 José Pereyra
6- CAPS N°8 H. de Malvinas
7- CAPS N°9 Billinghurst
8- CAPS N°10 Villa Esperanza

9- CAPS N°12 Villa Piaggio
10- CAPS N°13 Villa Lynch
11- CAPS N°14 Barrio UTA
12- CAPS N°15 Atamdos
13- CAPS N°16 Villa Zagala
14- CAPS N°17 Barrio Eugenio Necochea
15- CAPS N°19 Villa Libertad
16- CAPS N°20 Barrio Carcova Moisés Modad

17- CAPS N°21 Villa Ayacucho

⬠ 1- Centro de Salud N°22
2- Comunidad Terapéutica
3- Sala Santa Ana

■ Barrios de Emergencia