



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Interrupción legal del embarazo: accesibilidad de las mujeres al sistema público de salud

Autores (en el caso de tesistas y directores):

María Sofía Cicciaro

Martina Domínguez Soler

Miranda González Martín, 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

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

*"Interrupción Legal del Embarazo. Accesibilidad de las
mujeres al Sistema Público de Salud"*

Trabajo de investigación final

- **Autoras**

Cicciaro, Ma. Sofía - 38-890-373 sofia.cicciaro@gmail.com

Domínguez Soler, Martina - 37-659-675 martudsoler@gmail.com

- **Seminario TIF:** Primer cuatrimestre 2018

- **Tutora temática:** Miranda González Martin

mirandagonmar@gmail.com

- **Fecha de presentación:** 06/06/19

➤ AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, amigas y amigos, quienes nos acompañaron en el proceso, valorando nuestro interés por la temática y apoyándonos con sus palabras y gestos.

A Vicky, nuestra tutora metodológica, que nos animó y guió en la decisión de investigar esta temática.

A Miranda, nuestra tutora temática, quien, a partir de sus saberes y lectura crítica, nos brindó las herramientas necesarias en este proceso. Como también por ampliar nuestros horizontes respecto a la lucha por los derechos de las mujeres.

A Ile, nuestra referente de las prácticas pre profesionales de Taller IV, quien nos habilitó los canales de comunicación institucional, nos invitó a repensar nuestras prácticas, y fue una compañía idónea en todo momento.

A la Facultad de Ciencias Sociales y dentro de ella, a la Carrera de Trabajo Social, la cual, desde un principio, dio lugar a muchas reflexiones para pensar la realidad social.

Y a todos aquellos que de alguna manera colaboraron para hacer posible el desarrollo de esta investigación.

➤ **RESUMEN**

Título: “Interrupción Legal del Embarazo. Accesibilidad de las mujeres al Sistema Público de Salud”

Autoras: - Cicciaro, María. Sofía DNI 38.890.373 sofia.cicciaro@gmail.com

- Domínguez Soler, Martina DNI 37.659.675 martudsoler@gmail.com

Fecha de Presentación: 6 de junio de 2019

Palabras Clave: **Interrupción Legal del Embarazo - Accesibilidad - Barreras - Salud - Trayectorias Institucionales - Mujeres**

El presente trabajo tiene como finalidad conocer, a través del relato de las y los profesionales de ciertas instituciones de salud, las trayectorias institucionales por las que atraviesan las mujeres para acceder a la Interrupción Legal del Embarazo. Para ello, realizamos desde una metodología cualitativa, entrevistas en profundidad a las y los profesionales de centros de salud, de un hospital, y de un programa municipal.

El concepto central que orienta nuestro análisis para el objetivo planteado, es el de accesibilidad. Haciendo hincapié en aquellos obstáculos a los que se enfrentan las mujeres en sus recorridos institucionales, desde una perspectiva biopsicosocial de la salud. En virtud de ello, indagamos en las representaciones y paradigmas que se manifiestan en las estrategias de abordaje de los diferentes actores intervinientes.

Teniendo en cuenta que esta práctica se enmarca en el “*Protocolo para la atención integral para las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*” ahondamos en cómo se contemplan las tres causales por las cuales, actualmente, no es penalizado el aborto. Cuando exista peligro para la salud o esté en riesgo la vida de la mujer y/o el feto, o si el embarazo es producto de una violación.

En relación a las referencias teóricas que apoyan esta investigación, destacamos los aportes de Stolkiner, Comes, Spinelli, Vacarezza, Zaldúa, y Dosso. Los cuales nos brindan herramientas para problematizar nuestra intervención desde el Trabajo Social, y ampliar nuestros horizontes de análisis respecto de las trayectorias complejas por las que atraviesan las mujeres, incluso siendo la práctica de interrupción del embarazo, un derecho adquirido.

➤ **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I - Aproximaciones teóricas y coyunturales	5
Contexto actual en el que se escribió el diseño de este Trabajo de Investigación	5
Partiendo desde la perspectiva de complejidad	6
Problematizando la definición de Salud	9
Descubriendo el concepto de accesibilidad en el campo de la salud argentina	10
Historizando la Interrupción Legal del Embarazo en Argentina	15
CAPÍTULO II - Trayectorias institucionales: del Centro de Salud al Hospital Belén	22
Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio Elizabeth	23
Dinámica de los Centros de Atención Primaria de la Salud y de sus derivaciones	26
Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital "Belén"	30
CAPÍTULO III - Barreras en la Accesibilidad a la Interrupción Legal del Embarazo	39
<u>Imaginario y representaciones: Barreras simbólicas</u>	42
El lugar estigmatizante que ocupa la mujer frente a distintos paradigmas	42
El acceso a la información: un derecho ausente	43
Las mujeres lo transitan en soledad	46
Modelo Médico Hegemónico: un saber ejercido como poder	48
Objeción de conciencia: lo ético y lo moral en juego	51
Tensiones entre las y los profesionales intervinientes	53
La complejidad de la causal salud	55
REFLEXIONES FINALES	58
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

- **Aclaraciones para la lectura**

Justificación del lenguaje

El lenguaje a utilizar es un aspecto central a tener en cuenta al momento de desarrollar una investigación de este tipo, ya que simboliza los marcos de interpretación y comprensión desde donde se para quien investiga procesos sociales. Como implica situarse desde un lugar, y por tanto excluye otras maneras desde donde observar estos procesos, es una forma de tomar posición. Por ello, el lenguaje no puede entenderse como aspecto neutro. El mismo es espejo de nuestro marco ético-político, tan relevante para nuestra profesión. Así como hemos aprehendido que la mayoría de nuestras acciones como sujetos y actores sociales son prácticas políticas, consideramos que el lenguaje es un terreno donde esto se expresa de manera preponderante. Sus distintas formas son producto de luchas de intereses que legitiman determinadas concepciones por sobre otras. Ningún proceso social es natural de por sí, menos aún el lenguaje. Poder problematizarlo resulta relevante para hacer una lectura acorde a esos marcos de interpretación desde los que partimos.

La utilización del lenguaje ha sido reflejo de desigualdades históricas, entre ellas la más fuerte, el lugar subalterno impuesto a la mujer. Entendemos que *“construimos teóricamente a través del lenguaje y el lenguaje tiene sesgos, deslizamientos que a veces tienen los propios sujetos al hablar de sí mismos o de sí mismas”* (Maffia, 2011:48) En este sentido, para no pluralizar a los sujetos en masculino, decidimos escribir también explicitando lo femenino, con el objetivo de reivindicar el lugar que ocupan las mujeres en todo el proceso de nuestra investigación.

Por último, utilizamos la primera persona del plural para dejar asentado con claridad los frutos y conclusiones a las que arribamos en un proceso de reflexión conjunta como estudiantes y futuras profesionales, para visualizar el lugar desde el cual nos paramos frente a aquello que observamos.

Resguardos éticos

Hemos decidido conservar la confidencialidad y el anonimato de las y los profesionales e instituciones que fueron objeto de nuestra investigación, haciendo referencia a los mismos a partir de nombres ficticios. En virtud del objetivo de esta producción, los reemplazamos por el nombre de mujeres que han atravesado la situación de un aborto por fuera de una trayectoria legal, con consecuencias en su salud o, aún peor, provocando su fallecimiento; y cuyos casos se

han vuelto mediáticos¹. Consideramos que ello da sustento al presente desarrollo y a la importancia otorgada a visibilizar las condiciones de accesibilidad a los derechos de las mujeres.

¹ Para conocer en detalle las situaciones elegidas y su justificación, ver anexos.

Introducción

El presente trabajo de investigación final está enmarcado en la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Es resultado de un proceso de trabajo llevado a cabo en las prácticas pre-profesionales de taller Nivel IV realizadas en el Hospital Belén, dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio Elizabeth, durante el año 2018. El mismo pretende ahondar en el funcionamiento de un dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo (en adelante, ILE) de dicho nosocomio, el cual se crea a partir de un protocolo nacional² elaborado a raíz del Fallo FAL.

El interés principal que nos motiva a su investigación es el poder ampliar el conocimiento sobre las trayectorias de las mujeres que buscan realizar una interrupción legal de su embarazo. En torno a un contexto en que se escuchan muchas voces que interpelan y ponen en tela de juicio estas acciones, y en el cual parece haber una sociedad que está conmovida producto de las tensiones ideológicas, políticas, económicas y sociales que implica esta problemática, es que nos disponemos a estudiarlo en profundidad.

A partir de algunos discursos y datos que hemos recabado, percibimos la gran necesidad de analizar aquellas intervenciones que habilitan u obstaculizan la accesibilidad de dicha población a la interrupción de su embarazo. Creemos necesario problematizar las condiciones de acceso de las pacientes a la misma, porque permite percibir prácticas que muchas veces producen y reproducen la desigualdad social sobre aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad social. Para ello, pretendemos analizar el conjunto de sus dimensiones, desde una perspectiva integral. En este sentido, el Trabajo Social tiene un lugar fundamental, en tanto sus profesionales trabajan en la promoción y vehiculización de derechos.

La pregunta que da motivo al desarrollo de esta investigación se propone indagar en *¿Cómo son las trayectorias institucionales que transitan las mujeres en situación de vulnerabilidad social derivadas al dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Belén, en relación a las estrategias de intervención de las y los profesionales involucrados en ese proceso, durante el 2018?*

² “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”

Para abordar dicha pregunta y las inquietudes que fueron producto de nuestras observaciones, planteamos como objetivo general *“Analizar cómo se configura la **accesibilidad al sistema de salud** de las mujeres en situación de vulnerabilidad social que son derivadas al dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Belén, respecto de las tensiones existentes entre el entramado de actores involucrados en su implementación en el año 2018”*. Y en pos de aproximarnos al mismo, pensamos los siguientes objetivos específicos: Conocer las instancias comunitarias de salud por las que transitan las mujeres hasta su derivación al dispositivo de ILE a través de entrevistas con profesionales de Centros de Salud y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Municipalidad; Conocer las percepciones y representaciones de las y los profesionales, respecto de las estrategias de abordaje de la interrupción del embarazo, a partir de la participación y observación de reuniones de debate y entrevistas en profundidad; Indagar en las estrategias de articulación que tienen profesionales intervinientes con otros efectores de la salud en los procesos de interrupción del embarazo, a través de sus propios relatos e intervenciones.

Resulta una investigación de carácter descriptiva, abordada desde una metodología cualitativa. En este tipo de metodología se busca la comprensión, la interpretación y el análisis en profundidad de las situaciones a investigar. Se pretende indagar en los aspectos cualitativos de las concepciones y de las prácticas de los actores sociales. Ello implica comprender los datos en el contexto en el que fueron recogidos.

De acuerdo con dicha metodología, trabajamos sobre la comprensión de la forma en que transcurren las experiencias de las mujeres en sus trayectorias institucionales que desembocan en la derivación al dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Belén. Analizamos cómo se construye la accesibilidad, los obstáculos y los factores vehiculizadores existentes en el campo de la salud por los cuales las mujeres transitan durante el período hacia la interrupción de su embarazo, desde la perspectiva de las y los profesionales. Ello nos permitió sumergirnos en el plano de la subjetividad y de las representaciones sociales. Nos orientamos hacia la particularidad del caso singular que se enmarca en un plano universal, retomando el discurso de otras y otros que permita construir material científico para dar legitimidad a su palabra. Dicha metodología, es vehículo del diálogo entre la teoría y la praxis, proceso indispensable para comprender el hecho social que nos convoca y para contribuir a la construcción de nuevo conocimiento, comprendiendo

que los resultados no son generalizables, pero podrán ser de utilidad para futuras investigaciones.

Las técnicas a utilizar fueron la entrevista y la observación. Se llevaron a cabo nueve (9) entrevistas en profundidad a dos médicas y una trabajadora social de distintos centros de salud, a la coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio Elizabeth (en dos oportunidades) y a dos médicos, una trabajadora social y una psicóloga del Comité al cual son derivadas para la interrupción del embarazo en el Hospital Belén. La modalidad de las entrevistas fue estandarizada abierta, que se caracteriza por ser un listado de preguntas iguales para todas y todos los entrevistados, pero con respuesta abierta, sin ser necesario que se adecúe a una respuesta particular. Esto se considera vital para la investigación, ya que el objetivo apunta a profundizar en los significados y acciones que están en torno a la manera en que cada profesional promueve una determinada práctica, a los sentidos que subyacen a sus intervenciones, y cómo estos entran en tensión. A su vez, se incluyen registros de observación realizados en el trayecto de las prácticas pre-profesionales como también datos empíricos extraídos de la sistematización de datos que tiene el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio Elizabeth.

Las unidades de análisis de nuestra investigación son las mujeres que transitan por un proceso de interrupción de su embarazo, pero no así nuestra fuente de recolección de datos. Esto se decidió a los efectos de no revictimizar a las mujeres y por considerarse inviable en el marco del dispositivo. Sobre la base de lo expuesto, nuestra fuente de recolección de datos son las y los profesionales intervinientes, seleccionando según distintas disciplinas e instituciones por las que atraviesan las mujeres.

En la interpretación de los datos se tuvieron en cuenta dos niveles: el nivel de las representaciones sociales, de las concepciones; y el nivel de las prácticas de los actores sociales. Estos niveles de análisis permiten conocer las ambigüedades, las contradicciones entre el nivel del pensamiento y el de las prácticas en concreto. Esto es central en este estudio, ya que para acceder a las estrategias de intervención se tienen en cuenta las representaciones sociales de los actores a cargo de su desarrollo. La perspectiva que guía el proyecto de investigación articula lo macro social con lo micro social, ya que busca analizar la interacciones e interpretaciones del problema a investigar, pero pretendiendo también dar cuenta de algunas tendencias generales de la sociedad (Gamardo; 2015)

No hemos tenido obstáculos relevantes para el desarrollo de la investigación, aunque sí en algunas ocasiones dilatación de tiempos por dificultades en la coordinación de horarios para la realización de entrevistas. En virtud de la necesidad de ampliar algunos argumentos y de emergentes en el desarrollo de las mismas, decidimos realizar algunas modificaciones. En referencia al conjunto de las y los profesionales que fueron entrevistados, valoramos su predisposición y voluntad de participación. Asimismo, destacamos que se prestaron a la grabación de las entrevistas sin ninguna objeción al respecto. Vale aclarar que, en cada entrevista, hemos informado los objetivos de la investigación.

El trabajo se estructura a partir de tres capítulos. El primero, capítulo introductorio, es el que nos acerca a los conceptos teóricos base de la investigación, definiendo a la salud y la accesibilidad como ejes centrales de la presente, complementándose de los hechos coyunturales que acompañaron el proceso de elaboración de la misma.

En el segundo capítulo, nos adentramos en las trayectorias institucionales que recorren las mujeres, haciendo hincapié en el funcionamiento de los Centros de Salud, del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y del Hospital Belén del Municipio Elizabeth. En ese contexto, analizamos las estrategias de intervención de las y los profesionales, teniendo en cuentas las diferencias en el abordaje respecto de las causales de ILE.

En el tercer capítulo, profundizamos sobre la accesibilidad al campo de la salud, precisando aquellos obstaculizadores entendidos como barreras a las cuales se enfrentan las mujeres en el proceso hacia una interrupción legal de su embarazo.

A modo de conclusión, realizamos algunas reflexiones finales, en donde retomamos nuestra pregunta problema de investigación inicial, vinculándola con los objetivos y los resultados obtenidos, e incorporando ciertos interrogantes que nos han surgido a lo largo del proceso de investigación.

Finalizamos anexando documentos que son requeridos para proceder a la interrupción legal del embarazo, como también dos entrevistas realizadas que son ilustrativas a los efectos de nuestras reflexiones.

CAPÍTULO I - Aproximaciones teóricas y coyunturales

El presente apartado pretende brindar los principales aportes teóricos y el marco legal necesarios para abordar la temática, así como del contexto socio-político en que se inscribe la misma. Los mismos representan el marco de referencia que nos orientó a la hora de seleccionar el problema de estudio y nos guió en el desarrollo de la investigación. A lo largo del capítulo analizamos distintos ejes conceptuales que fundamentan nuestra investigación.

Contexto actual en el que se escribió el diseño de este Trabajo de Investigación

La presente investigación no puede ser entendida por fuera del contexto histórico en el cual se sumerge. Resulta imprescindible realizar algunas consideraciones al respecto. Una de ellas es la impronta que le da el hecho de que el Ministerio de Salud ha dejado de tener su original rango jerárquico, subordinándose como Secretaría de Salud dependiendo del nuevo Ministerio de Salud y Desarrollo Social. En este sentido se pierde autonomía ya que los secretarios ya no forman parte de las reuniones de gabinete con el Presidente, y a su vez, lo que generan estos cambios, son a nuestro parecer, una pérdida de su peso simbólico, porque en esa dependencia, se requiere un esfuerzo mayor para que las decisiones tengan fuerza política.

Por otro lado, y más específicamente en el tema de investigación, nos encontramos analizando un momento histórico central para este debate. En 2018, el proyecto de ley que promovía la Interrupción Voluntaria del Embarazo, llegó a ser debatida en el Congreso de la Nación y por primera vez en el Senado. Fue viabilizado por la fuerte impronta generada por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, producto de un profundo movimiento en la sociedad argentina. Entre los acontecimientos más relevantes al respecto, destacamos que el 6 de marzo de 2018 fue la séptima presentación del Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo. La Cámara de Diputados dio un paso histórico con la aprobación del mismo, lográndose la media sanción. Pero aún faltaba el dictamen de la Cámara de Senadores. En ese tiempo de espera, se vieron modificadas algunas partes del

proyecto. Por ejemplo, un grupo de senadores planteó la posibilidad de modificar el límite para la interrupción del embarazo: en vez de ser hasta las 14 semanas, bajarlo a las 12 semanas. El miércoles 8 de agosto, el proyecto de legalización llega al Senado, el cual fue rechazado con 38 votos en contra, 31 a favor y dos abstenciones.

El resultado de la decisión del Senado fue la continuación de abortos inseguros y clandestinos. Un claro ejemplo es el de Elizabeth una joven que residía en la localidad donde se llevó a cabo la presente investigación, y falleció tras haberse realizado un aborto clandestino, practicado con un “perejil”. Ingresó a la guardia de un Hospital cercano con una infección generalizada. Le extirparon el útero para que la infección no siguiera avanzando y la derivaron a un hospital de mayor complejidad en otra localidad, donde quedó internada en terapia intensiva hasta que falleció. Desde la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito se enfatizó el discurso: *“la clandestinidad no salva ninguna vida. La clandestinidad mata”*. La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir también comunicó: *“Nunca hubiera pasado esto si el aborto fuera legal. Tampoco habría mujeres que se hacen tres abortos, porque si el aborto fuera legal, en los centros de salud se da información y se entregan anticonceptivos para que nunca más vuelva a ocurrir”*. (Sebastián Crespo, 2018)

Resulta orientador para éste análisis el hecho de que, en el Municipio Elizabeth, el cual contiene un protocolo que supone la garantía de realizar la práctica en un marco legal, una mujer haya muerto sin saber que podría haberse realizado una ILE. Esto invita a evaluar el conjunto de las prácticas y discursos, desde una mirada más profunda.

Partiendo desde la perspectiva de complejidad

La complejidad, en la manera en que la comprendemos, coincide con cómo la definen Morín, Roger Ciurana y Motta (2003): *“...se presenta con los rasgos perturbadores de la perplejidad, es decir de lo enredado, lo inextricable, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre”* (54). Es de vital importancia comprenderlo en el contexto de la temática de la ILE ya que es una práctica social que trae consigo fuertes discusiones al interior de la historia de muchas instituciones y que vinculan muchos aspectos de nuestra realidad que no pueden ser entendidos linealmente, como causa-efecto. Y esto resulta posible de ser vinculado con la perspectiva de totalidad desarrollada por Cavalleri (2008), quien comprende la realidad como un todo dialéctico, en donde cada hecho debe poder ser

entendido dentro de una globalidad que estructura estos hechos y a su vez dicha estructura es producto de los mismos. Ello nos permite deducir que un análisis lineal no permitiría dar cuenta de determinados aspectos que la perspectiva de complejidad y de totalidad pueden percibir.

A partir de los supuestos anteriores es que comprendemos que las configuraciones históricas son fruto de la puja entre distintas teorías científicas y concepciones religiosas, las cuales convergen en la discusión en torno a la interrupción del embarazo. Para materializar estas concepciones, que hasta el momento pueden parecer abstractas, nos proponemos pensarlo a partir de un contraste. Si partiéramos desde la simplicidad acordaríamos con ciertos mitos que implican determinados comportamientos en una relación causa-efecto. El mito mujer-madre por el que “mujer” implica necesariamente la maternidad, representa una lógica simplista, ya que se atribuye a la mujer una identidad única, que no puede pensarse por fuera de la maternidad.

En cambio, el hecho de partir desde un pensamiento complejo, supone problematizar esos mitos y concepciones tan arraigadas en el imaginario social, así como romper la lógica de causa-efecto para adentrarnos en la contradicción. Nos invita a sumergirnos en las múltiples dimensiones de los problemas, las interacciones y las resistencias al interior de los procesos sociales.

En el Trabajo Social, la complejidad surge en el encuentro con el sujeto de intervención, tras la relación del mismo con sus necesidades y demandas, y las posibilidades o limitaciones de la institución correspondiente, los recursos disponibles y las configuraciones sociales e históricas que lo atraviesan. Además, a medida que se sumerge en la cotidianidad de los sujetos, va reconociendo sus herramientas teóricas y prácticas para la intervención en esta realidad social compleja.

En este sentido es de gran relevancia comprender cómo se conjugan de manera singular las problemáticas mencionadas en párrafos anteriores, y dan lugar a la necesidad de definir qué caracteriza la situación vulnerable de las mujeres que se investigan.

Retomamos la vulnerabilidad social desde la perspectiva de Castel (1995) quien la define como *“una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad”* y la vincula con *“el lugar ocupado por un individuo en la división social del trabajo, su participación en las redes de sociabilidad y en*

los sistemas de protección, los cuales permiten cubrirlo frente a los avatares de la existencia” (13). En esta investigación es importante tener en cuenta este concepto, ya que las mujeres que acceden al sistema de salud público, presentan mayoritariamente sus derechos vulnerados.

Dentro de este escenario se pueden encontrar y analizar las “situaciones problemáticas” que atraviesan las mujeres. Consideramos relevante esta noción desde la perspectiva del Trabajo Social, el cual, como mencionamos anteriormente, *“interviene en la realidad social y se ha constituido históricamente como una de las modalidades de enfrentamiento a la cuestión social, ligada al Estado y a las Políticas Sociales”* (Cavalleri, 2008:38). La autora propone tener una mirada crítica de la realidad, dándole importancia a su problematización. Entiende las “situaciones problemáticas” en primer lugar como un encuentro entre el actor y la acción. Donde el quehacer profesional se sitúa témporo-espacialmente en un escenario en el que interactúan, conflictivamente, los diferentes sujetos. Además, expresa que son manifestaciones de la cuestión social, porque a pesar de que se presenten de manera espontánea e inmediata, se las debe considerar expresiones de los *“antagonismos constitutivos del orden social capitalista”* (Cavalleri, 2008:44). Las entendemos como interacciones entre dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas, ideológicas, desde una perspectiva de totalidad. En ellas coexisten aspectos subjetivos y objetivos, existiendo una relación entre sujeto y objeto, y comprendiendo a los sujetos como seres sociales e individuales. El espacio de la particularidad es un campo de mediaciones, dado que representa la mediación concreta entre las personas singulares y la sociedad.

Una de las maneras de abordar las problemáticas, en la cual se sostiene nuestro análisis, es desde la perspectiva de la singularidad. Según Cazzaniga (1997), esto implica pensar en la *“concepción de sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de esa misma historia”*. (4) La autora entiende al sujeto como producto de un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares. Lo universal expresa la condición de seres humanos, con derechos y capacidades; *“universal en tanto horizonte de sentido, el “deber ser”* (Cazzaniga, 1997:4). Lo particular, comprende al sujeto en sus condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, su historia social familiar, lo que “hace ser”. Lo singular, es el aspecto que *“da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva”* (4). Esto resulta vital para el análisis ya que se ahondará en la relación entre estas distintas dimensiones que atraviesan a los sujetos. Asimismo, partimos desde una concepción de

sujeto de derecho que atraviesa todo el desarrollo de nuestro trabajo de investigación. El cual es entendido *“como titulares plenos e integrales de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado y donde su expresión es la aplicación y no el enunciado.”* (Carballeda, 2016:2) Es decir, un sujeto con potencialidades, por fuera de la idea de “objeto de estudio” tradicional. Sujetos situados en un contexto determinado, teniendo en cuenta su situación social, económica, familiar y cultural.

Desde este paradigma se evalúan las estrategias de intervención, teniendo en cuenta las problemáticas que enfrentan o atraviesan dichos sujetos, y que afectan su calidad de vida y/o vulneran sus derechos. En este punto incorporamos la perspectiva de Mallardi (2010), quien plantea que la intervención no debe ser pensada unidireccionalmente entre el profesional y los usuarios que demandan sino también se deben analizar las dinámicas propias de la organización, los recursos y las condiciones materiales de los sujetos que encuentran vulnerado su derecho a la salud. También sostenemos la relevancia de abordar la intervención desde el enfoque ontológico planteado por el autor, asumiendo la perspectiva histórica y de totalidad que tiene en cuenta los condicionantes y determinantes políticos, económicos, históricos, institucionales de los distintos actores participantes que inciden en la intervención, “atravesando y conformando el ejercicio profesional”

Problematizando la definición de Salud

Retomando la perspectiva de totalidad y de complejidad sostenidas en esta investigación, entendemos a la Salud como un proceso y como un *campo* en términos de Bourdieu (1995), es decir como un escenario atravesado por el poder, y consecuentemente el conflicto, la disputa, y la tensión. Como complemento, tomamos el aporte de Carballeda (2007) quien señala que el escenario no es algo estático, sino cambiante, el cual implica necesariamente el reconocimiento de la heterogeneidad que conlleva lo social, y la dinámica en donde transcurre la vida cotidiana de cada sujeto.

La noción de campo remite a una distinción frente a la idea de “sistema”. Spinelli (2010) reflexiona acerca de las dimensiones en el campo de la salud, y para ello comienza exponiendo esta diferenciación, que se considera importante resaltar para el tema abordado. Explica que el “sistema de salud” se expresa en tres sectores: lo público, las obras sociales y lo privado. Considera estos sectores como simplistas para abordar algo que supone más complejo. Alude a la noción de campo ya que la piensa como la *“convergencia entre*

actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”. (Spinelli: 2010:276). Y así explica que *“los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención pueden generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo”*. Por lo tanto, se confirma que este campo de la salud es un campo de control social.

Volviendo la mirada hacia la salud, afirmamos que no es la mera ausencia de enfermedad sino también se considera desde la Organización Mundial de la Salud una perspectiva biopsicosocial. Es decir que la salud es un *“estado de completo bienestar físico, mental y social”* (OMS, 2006). En relación a esto, se toman los aportes de Ferrara (2005) quien agrega y plantea que la salud es un proceso y propone una lectura que se aproxima al proceso salud-enfermedad-atención desde lo colectivo. Destacamos su lema expresado en diferentes discursos: *“una sociedad que no construye su salud, que no se organiza, que no lucha por ella; está enferma”* entendiendo que una sociedad que se centra sólo en los síntomas y no permite ver más allá de lo biológico. Por ello, no se trata simplemente de enfermedades sino de problemáticas sociales. Si buscamos asociar la solución de los mismos desde la medicina, pues no habría lugar para la desarrollada noción de complejidad ni tampoco la noción de campo resultaría necesaria. No podríamos percibir la desigualdad constante que lleva a la exclusión social. (Spinelli, 2010).

Por último, ese conjunto de problemáticas sociales condiciona y complejizan el acceso concepto a los servicios de salud, generando cierta desigualdad social. Esto representa que nos encontramos frente a un sistema de salud fragmentado, heterogéneo, y, a su vez, en que la calidad de sus servicios no son equitativos para toda la población. Sobre la base de las ideas expuestas, encontramos distintas limitaciones en la accesibilidad. Lo que supone tener que recurrir a diversos recursos socioeconómicos, culturales y geográficos para lograr superar los obstáculos del propio sistema de salud.

Descubriendo el concepto de accesibilidad en el campo de la salud argentina

Compartimos la noción de la accesibilidad definida como el *“vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, (que) surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta*

en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000:282)

Lo que nos lleva a considerar el concepto en su complejidad, incluyendo en el análisis su dimensión relacional. *“Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización”*. (Comes, 2007:203) Es decir, poder interpretarla no solamente desde la oferta sino en conjunto con la demanda.

La posición desde la cual partimos en este trabajo responde a una perspectiva ampliada de la accesibilidad, desde su dimensión psico-socio-cultural, de la cual forman parte las y los profesionales de la salud y los destinatarios. Este concepto relacional de la accesibilidad hace referencia no solo al vínculo entre los sujetos y los servicios de salud sino también propone pensar los atravesamientos simbólicos de ambas partes. Se tienen en cuenta las creencias, las diferencias culturales, las expectativas, los imaginarios, los sentidos, las representaciones que tienen tanto los sujetos como los agentes de salud, que bien pueden ser contrapuestos. Lo que se intenta recuperar con esta dimensión son esas construcciones, desde un enfoque intercultural. Entendiendo así que la accesibilidad psico-socio-cultural puede funcionar como barrera o como facilitador dependiendo de las luchas de intereses que se den desde las perspectivas de las y los profesionales de la salud o desde las y los usuarios de la misma.

Tomamos a Landini; González Cowes y D’Amore (2014) en su aporte sobre la dimensión relacional que existe en la accesibilidad psico-socio-cultural. Señala que *“se articula la accesibilidad, focalizando tanto en las diferencias de las representaciones, actitudes y prácticas entre el sistema de salud, sus profesionales y los beneficiarios o pacientes, como en los conflictos que pueden surgir entre ellos”*. (237) Son relevantes sus consideraciones para dar lugar a la “accesibilidad ampliada”, haciendo alusión a *“cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios”* (Comes, Yamila y Otros, 2007:205). Es importante conocer el acceso al servicio de salud que promueven las y los profesionales para el cumplimiento de los derechos, desde una mirada crítica.

Otro aporte interesante a la accesibilidad es el que sugiere Donabedian, Frenk quien *“plantea que la accesibilidad es producto de la relación entre los obstáculos en la búsqueda*

y la obtención de atención generados por la organización de los servicios de salud y las capacidades de la población para superar esos obstáculos, sobre la base de los recursos disponibles en un ámbito geográfico. (Ballesteros; Freidin, 2010:1) Acordamos en que la búsqueda de posibilidades para la superación de barreras, depende del contexto en el cual se inscriban los servicios de salud, teniendo en cuenta el espacio que habitan territorialmente. Las condiciones de acceso a servicios de salud de calidad se ven atravesadas por ese contexto social, cultural y geográfico que afectarán a la población en relación a los recursos que posea para actuar estratégicamente ante las barreras.

La accesibilidad refleja el modo en que las mujeres atraviesan el proceso de interrupción del embarazo, por distintas instituciones. Para explicar ello, tomamos la noción de *“trayectorias institucionales”*, según la entiende Bourdieu: *“serie de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones”* (1977:82) Coincidimos con el autor en el hecho de que conocer las trayectorias de los sujetos, amplía el conocimiento que se tiene sobre la situación. Reconstruir también lo que los sujetos deciden, permite ver potencialidades, deseos, obstáculos y necesidades legítimas. A su vez, es de vital importancia considerar aquellos recursos e influencias que el medio social promueve. Tal como expresa Cecilia Litichever (2009) *“(…) las trayectorias son reflejo de la sociedad en general, permiten mirar a los sujetos individuales analizando la sociedad a la que pertenecen y los campos en los que se desarrollan (...) permiten revisar los acontecimientos actuales a la luz de los condicionantes sociales, políticos y económicos”* (25) Así es que se consideran las experiencias de los sujetos, restricciones y oportunidades a las que se vieron expuestos a lo largo de su vida. Queremos con ello significar que el estudio de trayectorias institucionales nos permite conocer, de acuerdo a las diferentes posiciones de los sujetos, el desarrollo y funcionamiento de estas posiciones. En este terreno en el cual están presentes las condiciones sociales e históricas de los sujetos, la pertenencia de clase, así como las condiciones de pobreza y vulnerabilidad, los sujetos *“realizan ciertas adaptaciones a las políticas sociales y hacen valer recursos vinculados a sus propias redes”*. (Litichever; 2009:31) Es por ello que analizar las trayectorias institucionales permite conocer las políticas sociales y analizar los determinantes que éstas tienen en la vida de los sujetos.

La trayectoria invita a pensar a la Interrupción Legal del Embarazo dentro de un proceso social e histórico mucho más amplio, que busca resquebrajar una estructura muy enraizada en nuestra sociedad, una estructura de género, de cómo pensar los roles y los afectos

asociados a esos roles. La trayectoria nos lleva a comprender también la necesidad de repensar los múltiples imaginarios para que esta práctica verdaderamente se comprenda como un derecho legítimo, como el derecho a la salud, al igual que muchos otros. Nos interpela respecto a los límites entre lo público y lo privado, desde lo femenino y lo masculino, partiendo de experiencias singulares, pero comprendiéndolas como producto de un determinado orden.

Procedemos a atender dichas consideraciones en la situación argentina actual donde observamos la existencia de un campo de salud fragmentado, heterogéneo lo cual genera una desigual calidad en la atención. Por lo tanto, el acceso y la calidad de los servicios de salud que se utilizan, dependen de las características culturales, económicas y sociodemográficas de la población. Es por ello que, en cuanto a las condiciones de dicho acceso, la situación del campo de salud argentino es complejo.

Resulta importante destacar que el proceso de investigación fue llevado a cabo en instituciones del ámbito público, donde el Estado Argentino posee responsabilidad y debe ser garante de derechos. Para pensar las políticas públicas en materia de salud, cabe hacer referencia a la Constitución Nacional Argentina (1994; art. 75, inc.22) la cual expresa el derecho a la atención a la salud como de acceso para toda la población y sin restricciones de nacionalidad, clase social, u otro tipo de distinción. A raíz de ésta, se deriva la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los profesionales e Instituciones de la Salud que entre sus principios se destacan el derecho a la asistencia, a un trato digno y respetuoso, a resguardar la intimidad del paciente y confidencialidad y a la información.

Respecto al derecho a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información, no se verifican situaciones de falta de privacidad para la transmisión de información sobre el proceso de salud/enfermedad a los usuarios. En cuanto al derecho al acceso a la historia clínica, en general, las personas no suelen solicitar leerlas, pero se observa que tampoco se encuentran disponibles para un fácil acceso. A su vez, la información que se brinda desde las y los profesionales de la salud hacia los usuarios no siempre es clara y concisa, por lo cual se vulnera el derecho de los sujetos al acceso de información respecto a riesgos y/o beneficios que puede implicar una práctica médica.

Por otra parte, se considera relevante plasmar cuáles son las políticas sociales que enmarcan el campo de intervención a investigar. Se alude a la perspectiva de Pastorini (2000), quien piensa a las políticas sociales como un proceso conflictivo en el cual hay

actores en tensión. La autora parte de una integración dialéctica de los siguientes conceptos para poder explicar lo que son las políticas públicas: demanda, lucha, negociación, otorgamiento. Entiende que la consolidación de dichas políticas implica una lucha en la que no se conquista o se concede solamente, sino que se negocia, todos los actores implicados ceden algo y a su vez conquistan otra cosa. Es por ello que la política social debe ser pensada en su aspecto relacional y como producto de las luchas para esta autora. Este aspecto permite visualizar cómo en la implementación de la política social se enfrentan los distintos actores.

Encontramos como política social más general, la política del derecho a la salud, lo cual implica una definición de esta última como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo; la constitución de un sistema de salud es la materialización de esta política pública. Es así entonces que vemos a los centros de salud y al Hospital Belén como una política pública en sí misma, sin restricciones de nacionalidad, clase social, u otro tipo de distinción, según la Constitución Nacional Argentina (1994; art.75, inc.22).

Un ejemplo de cómo se materializa esta política social, es a partir del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio Elizabeth, el cual promueve el desarrollo de la Interrupción legal del Embarazo en los centros de salud y en el Hospital Belén a través del Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo. Esta política se enmarca dentro de los Protocolos de “Interrupción Legal del Embarazo” y “Aborto No Punible” correspondientes a Nación y Provincia de Buenos Aires respectivamente.

Aproximándonos al “*Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*” (2015), que es de carácter nacional, destacamos que está escrito desde un enfoque de derechos humanos, respetando el principio de autonomía de la mujer que solicita una interrupción, bajo la obligación de que se le brinde el correcto asesoramiento e información, enmarcado en los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Según el mismo, la práctica de la interrupción supone ser atendida “*bajo los mismos parámetros que otros componentes del servicio de salud, es decir, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada*” (*Protocolo atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, 2015:11)

Consideramos de gran relevancia ahondar en el acceso, la producción y registro de información relativa a los abortos legales, y el diseño de políticas públicas en general y en

materia de salud sexual y reproductiva, entendiendo el aborto como un problema de salud pública. En relación a su dimensión política, nos parece importante introducirnos en un análisis histórico para acercarnos al modo en cómo se implementa, actualmente la “Interrupción legal del Embarazo”.

Historizando la Interrupción Legal del Embarazo en Argentina

Desde 1922 el Código Penal establece que es legal el aborto por las siguientes causales: peligro para la vida, peligro para la salud y violación. Sin embargo, el acceso a estos abortos ha sido prácticamente nulo hasta recientes años y aún persisten profundas barreras de acceso y amplias desigualdades según la ubicación geográfica.

El artículo 86 del Código Penal de la Nación (en adelante, el “CPN”) describe con precisión las situaciones que se inscriben en una interrupción legal: en primera instancia si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. En segunda, si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal es un requerimiento para acceder al mismo.

Desde su origen, la aclaración “mujer idiota o demente” fue instancia de muchas discusiones, hasta que apareció en agenda un caso que definitivamente fue el punto de partida para dar lugar a un fallo que impulsó el desarrollo de los protocolos mencionados.

El caso F.A.L. tuvo lugar en diciembre de 2012 en la provincia de Chubut, cuando una joven de 16 años que había sido violada por la pareja de su madre, y cursaba un embarazo de 9 semanas, acudió a los servicios de salud, acompañada por ésta, para solicitar un aborto legal. Ante la incertidumbre sobre la procedencia de la solicitud, el servicio de salud consideró que la realización del aborto debía ser autorizada judicialmente. La justicia penal, que ya había recibido la denuncia de la violación, se declaró incompetente para autorizar la interrupción del embarazo y la petición fue enviada a la justicia de familia. Los magistrados que consideraron el caso en primera y segunda instancia del fuero de familia denegaron la autorización para realizar el aborto. El pedido fue finalmente concedido por el Tribunal Superior de la Provincia de Chubut en marzo de 2010, cuando la joven ya cursaba 19 semanas de embarazo. En su sentencia del 8 de marzo de 2010, el Tribunal chubutense finalmente autorizó la realización del aborto demandado por la joven, quien accedió a la práctica un par de días después.

La Corte consideró el alcance que debe darse a la causal de aborto por violencia sexual prevista en el artículo 86, inciso 2 del CPN, también a la luz de la Constitución y los tratados de derechos humanos que la integran. Al respecto, el tribunal concluyó enfáticamente que toda víctima de violencia sexual tiene un derecho al aborto no punible.

A través del fallo F.A.L. la Corte hizo referencia a distintos tipos de responsabilidades emergentes del reconocimiento del derecho al aborto en el artículo 86 del CPN.

Un primer tipo de responsabilidad considerada por la Corte es la que recae en las y los profesionales de la salud. Estos profesionales tienen por un lado el deber de realizar los abortos permitidos por el legislador y, por otro, el deber de no obstruir el acceso a tales permisos. Sobre el deber de realizar los abortos permitidos, el tribunal *“se vio en la necesidad de advertir (...) a los profesionales de la salud, la imposibilidad de eludir sus responsabilidades profesionales una vez enfrentados ante la situación fáctica contemplada”* (Fallo F.A.L., 2012)

Si bien el nuevo *“Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”* establece que *“es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas”*, lo cierto es que el documento carece de estatus de resolución ministerial, al igual que las versiones de 2007 y 2010, y no ha sido acompañada por una estrategia firme que promueva su amplia difusión y aplicación por parte de las autoridades nacionales, provinciales y municipales. En todos los casos, el no contar con un protocolo no debiera ser un obstáculo para que las mujeres y niñas no accedan a su derecho a un aborto legal en tanto está previsto por el derecho argentino.

Respecto de la implementación del protocolo, la situación argentina es la siguiente. Actualmente quince provincias y la Ciudad de Buenos Aires cuentan con protocolos para realizar un aborto legal a partir de las mencionadas causales. Sin embargo, no todos establecen estándares y procedimientos para una atención de salud segura, de calidad y oportuna. Diez jurisdicciones tienen protocolos que se adecuan a los estándares fijados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el Fallo FAL/Medida Autosatisfactiva del año 2012 (Nación, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego). Siete jurisdicciones tienen protocolos que imponen requisitos por fuera de los estándares que fija la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CABA —suspendido parcialmente por orden judicial—, Córdoba —suspendido parcialmente por orden judicial—, La

Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta). Ocho jurisdicciones aún no tienen protocolos ni han adherido al protocolo del Ministerio de Salud de la Nación (Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán).

Asimismo, Argentina no dispone de un sistema de estadísticas de abortos legales. La única información disponible sobre aborto a nivel nacional de los servicios de salud proviene de las internaciones en hospitales públicos. Los abortos se reportan en una sola categoría que comprende desde mujeres que se internan en los hospitales públicos porque perdieron un embarazo espontáneamente hasta mujeres en proceso hacia una interrupción legal o mujeres que enfrentaron distintos tipos de complicaciones (más o menos graves) derivadas de un aborto realizado en condiciones inseguras. Quedan excluidas las mujeres que recibieron atención ambulatoria y las que accedieron a los efectores privados o de obras sociales.

Según el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo, se considera que en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año, siendo éstas cifras estimativas ya que, por tratarse en la mayoría de sus casos de una práctica clandestina, no se dispone de datos precisos (Mario S., 2009). La única información disponible al respecto es el número de hospitalizaciones producidas en los establecimientos públicos por complicaciones relacionadas con abortos. Aunque este dato no distingue entre abortos espontáneos y provocados, por lo que representa sólo una fracción de los que ocurren anualmente.

A partir de datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, en 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años. En 2012 murieron en nuestro país 33 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran adolescentes menores de 20 años y 7, jóvenes de entre 20 y 24 años. En 2013, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años, entre ellas nueve de adolescentes de 15 a 19 años. En un contexto que muestra una elevada proporción de partos ocurridos en instituciones de salud (99%) y de partos atendidos por profesionales capacitados (98%), la Argentina tiene el potencial necesario para disminuir considerablemente la tasa de mortalidad materna y las amplias brechas que existen en la materia. (DEIS, 2014) Sin embargo, y acá aparece el eje fundamental del análisis, “las

inequidades en el acceso a servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención sanitaria, impactan de diferente forma sobre las razones de la mortalidad materna y generan un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en las jurisdicciones más pobres del país.” (Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo; 2015:12)

Tal como indica la “Amnistía Internacional” en el informe sobre el estado de situación de la interrupción legal del embarazo, en cuanto a las diferencias existentes en los protocolos, hay algunos que, ante el pedido de un aborto legal, exigen la intervención obligatoria de un equipo interdisciplinario o el aval de la autoridad máxima del hospital donde realice la práctica. Otros que imponen barreras a adolescentes para que puedan expresar su propio consentimiento informado a partir de los 14 años, en tanto tienen capacidad de hacerlo sin la necesidad de requerir el consentimiento de sus representantes legales. Algunos protocolos han incluido el límite gestacional de 12 semanas para acceder a la práctica por la causal violación, tratándose, a nuestro parecer, de un límite arbitrario y abusivo. Para el caso de mujeres con alguna discapacidad, no debe exigirse la acreditación de insania o discapacidad mental y se debe procurar ofrecer un sistema de apoyos que debe respetar su voluntad, pero eso no suele estar contemplado. Respecto de la causal salud, el peligro para la salud de la persona que solicita la ILE no debe ser ni grave ni inminente, basta con que sea potencial, pese a lo que indiquen algunos protocolos restrictivos. En provincias como Córdoba, Salta, Santa Fe y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se han judicializado los protocolos locales tanto a favor y en contra de su implementación; en Tucumán para impedir su implementación y en Mendoza para exigirlo. En estas jurisdicciones se han entablado litigios que reclaman la derogación de la normativa local, o exigen su adecuación a los estándares fijados por la Corte en el caso F.A.L.

En 2013, se registraron 48701 egresos por aborto. Sólo 362 se codificaron como abortos legales, menos del 1%. Las limitaciones de esta fuente están dadas por su temporalidad, porque sólo incluye las mujeres que fueron internadas, por las previsiones que toman los equipos de salud al registrar dadas las sanciones sociales, entre otras. Según el CEDES, el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género; y la Red de Acceso de Aborto Inseguro, una de cada tres de las mujeres consultaron al menos en una institución más, previo a acceder a la institución que realizó el aborto, dato que muestra la poca capacidad del sistema de salud de responder apropiada y oportunamente a la demanda de atención.

En los últimos 7 años en la Provincia de Buenos Aires, la evolución ha sido la siguiente. Entre los años 2010 a 2016, se internaron por abortos legales en los hospitales de la Provincia de Buenos Aires un total de 2.014 mujeres. En la Ciudad de Buenos Aires durante 2016 se realizaron 563 abortos en efectores públicos: 7 de cada 10 en centros de salud y 3 de cada 10 en hospitales. En la Ciudad de Rosario se realizaron 450 abortos legales en instituciones públicas durante 2016: 96% de ellos se realizaron en centros de salud.

El aborto realizado en condiciones inseguras puede afectar tanto la vida y la salud física, emocional y social de las mujeres como de su entorno cercano. Las complicaciones físicas de los abortos inseguros incluyen hemorragias, infecciones y otras más severas como la lesión de órganos internos. Además, las cifras de muertes por abortos inseguros en Argentina representan el 17% del total de las muertes maternas en el trienio 2014-2016. Asimismo, dos de cada diez de las mujeres fallecidas por causas maternas murieron por abortos inseguros, esto es, 47 mujeres por año. De lo expuesto se deriva que la muerte por abortos inseguros es la primera causa individual de muerte materna desde 1980 en la Argentina.

En cuanto a la enfermedad por abortos (morbilidad materna): en el 2013, 49.000 mujeres se internaron en los hospitales públicos por problemas relacionados con el aborto. Esto implica 135 mujeres por día. De las mismas, 2 de cada 10 tenían 19 años o menos; 3 de cada 10 tenían entre 20 a 24 años. Sin embargo, la utilización del Misoprostol por parte de profesionales de la salud y las mujeres ha disminuido las complicaciones de procesos de aborto y de esa manera menos mujeres recurren a los hospitales por complicaciones.

Incluso dentro de las 8 jurisdicciones a nivel nacional donde existen estos protocolos, su implementación es errática y en el último tiempo ha habido algunas iniciativas regresivas que buscan impedir la práctica. Es a partir de estas evidencias, que buscamos indagar, entre otras cuestiones, acerca de las restricciones en el acceso y consecución por parte de las instituciones a cargo de proporcionar este derecho.

“Prestar atención al aborto en términos de experiencia social aporta a la discusión pública aspectos del problema que son irreductibles al discurso jurídico, al discurso médico, a las cifras estadísticas y también a la construcción de casos mediáticos”. Implica comprenderla como una producción social, esto es, *“como algo que excede la apelación a una autoridad que emana de la vivencia personal”* (Vacarezza, 2015)

“El usual rechazo hacia el aborto, las sensaciones de disgusto, de culpa y de arrepentimiento son modos de sentir que no son reacciones naturales ni surgen de un fuero interno e individual, sino que dependen de formas históricamente sedimentadas de percibir e interpretar que se han metido debajo de nuestra piel” (Vacarezza, 2015). Esto resulta central a la hora de pensar todo aquello que gira en torno a esta práctica y por qué no resulta una práctica “normal” hoy en día, más allá que el derecho lo considere una práctica legal. Tenemos instaurado en nuestra cosmovisión, discursos muy crueles vinculados al lugar que ocupa la mujer en la sociedad, y que, a nuestro parecer, han profundizado la violencia y discriminación ejercida sobre ellas. Culpabilizar una vez más a la mujer por decidir sobre su cuerpo, es un discurso cotidiano en el imaginario social. Así también perpetuar constantemente el rol materno que es asignado socialmente a las mujeres, genera una fuerte sensación de culpa e ilegalidad en sus deseos y posibles acciones. Esto conlleva a que los abortos continúen practicándose en la clandestinidad.

“Tanto la ilegalidad del aborto como la antigua condena moral que se le asocia hacen vulnerables al miedo, la culpa y el dolor a existencias ya frágiles, afectadas por desigualdades y violencias diversas y convergentes” (Vacarezza, 2015)

El peso que ha tenido en la sociedad lo desarrollado en los anteriores párrafos, es lo que provoca que, a la hora de abarcar esta problemática, haya tantas dimensiones y aspectos históricos los cuales analizar y poner en discusión. Y es en ese punto que tomamos autoras y autores que están pensando esta práctica desde otras ópticas que las tradicionales recién mencionadas.

Compartimos con la autora, Nayla Vacarezza (2015), que, si buscamos correr al aborto del “confinamiento espacial”, lo expulsaríamos del “confinamiento afectivo” como lugar oculto y guardado. *“Aunque la experiencia de abortar es singular e intransferible, la lectura nos muestra hasta qué punto se hace más amable cuando se puede vivir junto con otros y otras, generando alianzas impensadas (...). De eso se trata esta ética feminista donde el afecto se comparte, y dónde más que decir importa atender llamados y disponerse a escuchar”*. En este sentido, atender a la experiencia ha mostrado que la reproducción no es el único horizonte posible en la propia vida.

Así como señala la autora, el horizonte planteado y pensado por aquellos que nos posicionamos en defensa de este derecho de las mujeres, es la *“transformación de un paisaje*

social hostil e injusto en otro más equitativo donde el aborto sea, por fin, legal, seguro y gratuito”. (Vacarezza, 2015)

Resulta interesante en este punto hacer alusión a algunos conceptos que el entramado de actores vinculados o involucrados ponen en juego en sus prácticas y por lo cual resulta necesario, a los fines de nuestra investigación, posicionarse ante ellos. Se partirá de la idea de “embarazo forzado” que refiere al incumplimiento del derecho a la autonomía de la mujer. El mismo representa la experiencia de las mujeres que se ven obligadas a continuar el proceso que se inició en sus cuerpos. Apuntamos a desnaturalizar y evidenciar el proceso de construcción de la identidad femenina asociada a su papel en la reproducción de los discursos hegemónicos, lo cual permitirá hacer un análisis más profundo. Especialmente en el punto en que la capacidad reproductiva pareciera ser estar sujeta únicamente a las mujeres. Sin embargo, ello refiere a la capacidad de gestar en su cuerpo al embrión (y/o feto, según la edad gestacional), que no es lo mismo que capacidad reproductiva. Así pues, *“las mujeres se convirtieron en sujetos de algunos derechos, y otros les fueron vedados debido a su capacidad potencial de ser madres: en este caso, el derecho a decidir sobre su cuerpo”.* (Chaneton, J., Vacarezza, N., 2011:3).

Por otro lado, sostenemos que la maternidad, en la forma en que la sociedad lo trata, deshumaniza a las mujeres. En este sentido, no puede desvincularse aborto de maternidad. Y aquí resulta interesante retomar el aporte de Langer (2002) que explica que no va contra la naturaleza que un hombre rechace la paternidad, pero sí va en contra de ésta que la mujer pueda elegir abortar. El aborto supone reciprocidad. Si se piensa a las mujeres como seres éticos, capaces de decidir, tenemos que retirar por un rato la discusión del ámbito biológico, para pensar en su carácter humano.

La elección procreativa entendida como “capacidad de decidir si tener hijos o no”, implica una afirmación de la vida, en que la continuidad del embarazo no remite a su aspecto biológico solamente, sino la gestación amorosa y con el respeto necesario.

Los aportes realizados en este capítulo tienen como intención mostrar el marco de interpretación desde el cual partimos, para en el próximo capítulo proceder a un análisis más concreto sobre los circuitos y trayectorias por las que atraviesan las mujeres.

CAPÍTULO II - Trayectorias institucionales: del Centro de Salud al Hospital “Belén”

Volviendo la mirada sobre las concepciones de salud desarrolladas en el capítulo anterior, nos aproximamos a pensar cómo se introducen las mismas en las trayectorias de mujeres que, desarrollando su cotidianeidad en el Municipio Elizabeth, se acercan al sistema de salud público y lo transitan hacia una interrupción de su embarazo.

Las instituciones que se inscriben en el campo de la salud del Municipio Elizabeth, se enmarcan en el paradigma de la Organización Mundial de la Salud, al afirmar que la Salud no es la mera ausencia de enfermedad, sino que se la considera desde una perspectiva biopsicosocial.

Retomamos la idea de Spinelli (2010) quien alude a la noción de campo ya que la piensa como la *“convergencia entre actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”*. (276). Con ello queremos decir que los distintos actores intervinientes del municipio tienen sus propios intereses y estos entran en tensión con las distintas apreciaciones frente a una intervención. Por un lado, intereses políticos, dado que pudimos observar que sus funcionarios, desde lo discursivo, expresan que las prácticas del sistema de salud deben ser garantizadas, como las de interrupción legal del embarazo, pero luego, en la práctica se reflejan las tensiones y algunos obstaculizadores al momento de la intervención. Por otro lado, se contraponen con los intereses económicos, sociales y culturales de los actores intervinientes. En estas luchas de poder también interfieren las jerarquías que existen dentro del sistema de salud.

El campo en el cual se inscribe nuestra investigación es de gran densidad geográfica de modo que su población es heterogénea socioeconómicamente, siendo Elizabeth un municipio característico por su diversidad. Además del Hospital Belén existen otros dos hospitales municipales, pero de baja complejidad de atención. También se cuenta con otros dos hospitales generales dentro del mismo Municipio. A su vez, cuenta con 20 centros de atención primaria de la salud. En este sentido es importante mencionar que, en el área programática correspondiente al Hospital Belén, no hay centros de atención del primer nivel cercanos.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio Elizabeth

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante, PSSyR) se engloba en el área de Mujer, Niños y Adolescencia del Municipio Elizabeth. Se inscribe en el trabajo sobre los derechos sexuales. Lo hace en tres ejes principales desde la accesibilidad: en primer lugar, el acceso a los métodos anticonceptivos; el acceso a la interrupción legal del embarazo y por último sobre la sexualidad desde el placer. El Programa es coordinado por dos médicas generalistas.

Dentro de sus principales funciones se destacan: el asegurar que existan equipos de Consejerías Pre y Post Aborto en los veinte Centros de Atención Primaria a la Salud (en adelante, CAPS) de la localidad; brindar acompañamiento a los equipos de salud, tanto en formación como en sensibilización acerca de los derechos sexuales a través de diferentes encuentros o capacitaciones; participar en la elaboración del *“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”* del Municipio (2017); y también derivar situaciones que no pueden resolverse en el primer nivel atención, al segundo nivel, es decir Hospitales, o según la complejidad, al Área de Salud de la Región Sanitaria V.

Vale destacar que los hospitales no dependen directamente de la Región, entonces desde allí, se encargan de indagar y decidir a dónde derivar las situaciones de ILE no resueltas. Muchas se terminan resolviendo en otros hospitales que pertenecen a la misma región, pero de otro municipio, por lo tanto, no se deriva el informe de ILE de manera directa desde el PSSyR al equipo de salud, sino que antes pasa por la evaluación de dicha Región V.

No obstante, lo que facilita la articulación entre el Programa y la Región V, es que el Municipio Elizabeth tiene su propio Protocolo de ILE, que se desprende del *“Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”*, que es Nacional, pero se encuentra adecuado al contexto y coyuntura política de dicho municipio.

En este sentido, el Protocolo se propone contemplar medidas para garantizar la información y la confidencialidad de la atención, evitar procedimientos administrativos dilatorios, eliminar requisitos médicamente no indicados y establecer mecanismos que

puedan resolver las diferencias entre médicos y paciente a fin de permitir el ejercicio de la objeción de conciencia sin perjuicio para las pacientes.

Además, se basa en los siguientes principios que guían la atención de ILE: en primer lugar, la Autonomía, es decir que toda la práctica de las y los profesionales tiene que estar destinada a que la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella, reconociendo su realidad. Las y los profesionales deben proveer la información necesaria, respetando el derecho de la mujer sobre su cuerpo, su salud y su vida. Un segundo principio es el de la accesibilidad, no interponiéndose obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a su prestación, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica. También se basa en la no judicialización, es decir, no necesariamente darle intervención a organismos judiciales o policiales, dando estado público a una situación privada y confidencial de quien acude al servicio de salud. Sólo practicada por el equipo de salud. Además, implica la celeridad/rapidez, prohibiéndose la imposición de requisitos adicionales. La atención es integral, ágil e inmediata. Y, por último, menciona la transparencia activa que es la obligación de suministrar toda la información disponible de manera dinámica, incluso si no hay una solicitud explícita. (*Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo* del Municipio Elizabeth, 2017)

En síntesis, desde el PSSyR se promueve la asistencia a los Centros de Salud, en el cumplimiento de este derecho, basándose en dicho Protocolo, dado que la decisión política municipal es garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo. Con el objetivo de que se logre realizar en los 20 Centros de Salud que existen en el Municipio, dado que actualmente existen 18 con capacidad de resolución.

Seguidamente reflejamos las estadísticas que se llevaron a cabo los últimos dos años respecto al flujo de situaciones del municipio:

Demanda de Interrupción Legal del Embarazo en el Municipio Elizabeth³

AÑO	2018	2017
Mujeres que consultaron al primer nivel	659	309
Derivadas al Programa	49 (7.45%)	38 (12%)
• Resueltas en el Hospital “”	12	15
• Resueltas vía Región Sanitaria	21	4
• Volvieron a los CAPS para resolución	1	3
• Continuaron con el embarazo	2	5
Porcentaje resueltas de las derivadas al Programa	73.5%	33 (87%)
No pudieron resolverse	7	5 (13%)
Se desconoce si resolvió o no	3	

Dichas estadísticas se desprenden las siguientes interpretaciones. Entre el año 2017 y 2018 se han duplicado la cantidad de mujeres que consultaron al primer nivel, mostrando la incidencia que tiene, según nuestra perspectiva, la ampliación del conocimiento sobre el derecho a realizar una interrupción que tienen muchas mujeres, fruto de su debate en los medios de comunicación. A su vez, se muestra una disminución leve de la derivación al Programa, lo que indica que se resolvieron más en el primer nivel de atención. En el año 2018 se ve cómo casi un 43% de las derivaciones al Programa, concluyeron su resolución vía la Región Sanitaria. En cuanto a la imposibilidad de resolución, no se ven grandes diferencias (13% en 2017 y 14% en 2018). Asimismo, para comprender con mayor precisión el circuito aquí mencionado, no sólo a partir de cifras de orden cuantitativo, sino en su aspecto más cualitativo, procedemos a desarrollar, en otros puntos de la presente, las trayectorias de estas mujeres en este municipio particular.

³ Estadísticas proporcionadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio Elizabeth.

Dinámica de los Centros de Atención Primaria de la Salud y de sus derivaciones

Se analiza en primera instancia el acceso de las mujeres a los centros de salud, siendo para ellas, instituciones de referencia. Tanto ellas como su red vincular más próxima, conocen a las y los profesionales de los mismos, por lo cual, en algunos casos, esto implica un facilitador en el acceso y en la confianza para presentarse con una demanda de interrupción del embarazo. Pero en algunos otros, puede generarse todo lo contrario, dado que es una situación estigmatizante, que ubica a la mujer en un lugar clandestino, entonces suelen alejarse de su contexto cotidiano, y elegir realizar la consulta en un centro de salud más lejano a su domicilio, donde ya no son conocidas ni por las y los profesionales, ni por los vecinos del barrio, sintiendo que ya no podrán juzgarla.

“aunque no venga diciendo quiero interrumpir siempre se abre el espacio para ver lo que dice, si quiere seguir con el embarazo o no. Las mujeres vienen a hacerse controles de embarazo, pero está muy trabajado eso para detectarlo. No siempre ante un test de embarazo positivo decir que bueno te felicito, sino preguntar: ¿cómo te sentís con esta noticia?, y bueno ahí ya se abre el espacio”. (Médica generalista del CAPS Romina)

Se pueden percibir distintas nociones al momento de pensar en el tiempo como factor central en las decisiones de las mujeres. Desde los centros de salud la perspectiva tiende a señalar un tratamiento óptimo en el tiempo otorgado a la toma de decisión. Las médicas consultadas muestran que este proceso implica distintas entrevistas necesarias que requieran las mujeres hasta sentirse seguras de lo optado.

“Nunca se toma decisión en el momento primero porque hay que dejar que la mujer procese la info... aun sin cambiar de decisión es un momento fuerte” (Directora del CAPS Lucía)

A estas entrevistas se las llama Consejerías de Reducción de Riesgos y Daños, es decir un espacio de escucha a las mujeres, donde se conoce en profundidad, en qué situación se está atravesando ese embarazo. Si no fue planificado o deseado, se indaga acerca del sentimiento que esto les genera, se trabaja sobre sus expectativas, miedos, incertidumbre y deseos frente a ello. Luego se pregunta sobre la situación socio familiar y económica, y sobre la dinámica de su vida cotidiana, dado que la mayoría de las mujeres que se acercan al Centro, ya tienen

otras/os hijos a cargo, y esto les genera la imposibilidad de sostener económicamente un hijo más. Por lo tanto, también se les consulta sobre su red vincular y el apoyo que tienen en sus familias o referentes afectivos, ya sea para acompañamiento durante el embarazo o la contención si desea interrumpirlo.

El objetivo de las Consejerías es acercar la información necesaria a las mujeres ante la decisión que tomen en el transcurso del embarazo, ya sea el deseo de continuar con el mismo o interrumpirlo. Esto es de suma importancia para las y los profesionales de los centros de salud, debido a la posibilidad existente, en el contexto actual de nuestro país, que dicha interrupción pueda realizarse de manera insegura.

En síntesis, se acompaña a las mujeres desde que tomaron conocimiento del embarazo y lo transmitieron al equipo de salud, hasta la decisión final que tomen frente a ello en relación a las posibilidades que se le ofrecen para continuar, para dar en adopción o para interrumpir de manera segura. Se asesora también en los métodos que existen para realizar la interrupción legal de un embarazo.

Concordamos con las autoras Harari, Lini y Sappa (2017) quienes describen el modelo de las Consejerías que se basa en una estrategia sociosanitaria que tiene como objetivo disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. *“Se trata de desalentar las maniobras riesgosas e informar sobre los métodos más seguros de interrupción del embarazo. La estrategia de Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) está recomendada para aquellos países con legalidad restrictiva en relación al aborto”*. (2)

Es por ello que, en la Argentina, este asesoramiento - que forma parte del modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva - se basa en el cumplimiento de los derechos. Principalmente el derecho a la salud, el derecho a la autonomía de las mujeres, que sean escuchadas y respetadas sus decisiones, el derecho a la confidencialidad, es decir al secreto profesional y el derecho a la información, la cual debe ser acorde a la situación y en un lenguaje comprensible para personas que no necesariamente son profesionales de la salud.

Se incluye la Consejería Post Aborto, dirigida al seguimiento de las personas, desde un acompañamiento cercano, ofreciendo espacios de escucha, de contención con profesionales de la salud, no sólo del área de la medicina sino también desde la Psicología y el Trabajo Social.

Se orienta a las mujeres según las problemáticas que hayan mencionado durante las entrevistas como motivos de interrupción. Entre las más frecuentes, sobre las cuales se da intervención, son: violencia de género, condiciones socioeconómicas, y consumo problemático de sustancias.

Además, se brinda asesoramiento acerca de los diferentes métodos anticonceptivos a los cuales pueden acceder para no repetir la situación de transcurrir un embarazo no deseado. Ante esto las autoras agregan que: *“Desde el sistema de salud, la interrupción del embarazo se encuadra en un proceso que tiene momentos previos y posteriores a la práctica específica. Se trata de instancias en las que el equipo de Salud tiene un rol fundamental para garantizar accesibilidad a la atención de la salud sexual y salud reproductiva, que contemple el trato respetuoso y el asesoramiento en el uso de métodos para prevenir la repitencia de un embarazo no buscado”* (Harari; Lini y Sappa, 2017:3)

Retomando los ejes que conciernen al acompañamiento de las mujeres en la decisión de interrumpir un embarazo, desde la atención primaria a la salud se evalúan las condiciones de dicha práctica. Por un lado, se aseguran que la información sea clara acerca del procedimiento, entendiendo que las mujeres que se acercan generalmente se encuentran atravesadas por múltiples problemáticas y los aspectos de su vida cotidiana se verán afectados por esta decisión. Es decir, que se analizan las condiciones socioambientales, laborales si tuviera, y la organización de la dinámica familiar para continuar con la decisión de la interrupción.

Por el otro lado, se evalúan las posibilidades de acompañar desde el Centro de Salud dicha interrupción, dado que existen instancias en que la atención del primer nivel de salud no puede afrontar y realiza la derivación al segundo nivel.

En conclusión, los motivos por los cuales se deriva a una mujer a realizarse una ILE al Hospital pueden ser diversos. El más frecuente, es por la edad gestacional del embarazo, que es evaluada a través de una ecografía. Respecto a la edad gestacional límite para realizar la derivación al Comité encontramos diferencias según lo manifestado por los profesionales intervinientes.

“Después de más 13 semanas lo requieren sí o sí, porque en ambulatorio la práctica no se puede realizar, o por lo menos es insegura” Médica generalista del CAPS Romina y Coordinadora del PSSyR

“Tiene que ver con no poder resolverlo acá, más de 14 semanas de gestación” Directora del CAPS Lucía

A su vez, en el *“Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”* del Municipio Elizabeth se menciona que la derivación resulta cuando se superan las 12 semanas. Observamos que estos criterios pueden generar tensiones entre los equipos de ambos niveles de atención.

Por otro lado, puede también suceder que, si el Misoprostol falla dos o más veces en la interrupción, el equipo de salud decida derivar la situación al segundo nivel de atención para mayor seguridad de la salud integral de las mujeres.

Por último, se tienen en cuenta las decisiones de las mujeres en la elección de la interrupción, es decir si desea realizarlo ambulatoriamente o bajo una internación en el Hospital. En las situaciones en que es necesaria la atención en el segundo nivel, las y los profesionales del Centro de Salud elaboran un informe describiendo la situación de la mujer que desea interrumpir el embarazo, a partir de sus declaraciones en la o las entrevistas durante la Consejería, detallando la causal en el cual se inscribe dicha decisión.

Ese informe se envía al PSSyR del Municipio, allí lo evalúan y lo derivan al segundo nivel de atención, es decir al Hospital Belén. Dicho hospital cuenta con un dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo, conformado por un Comité que recibe las situaciones y luego de un análisis de las y los profesionales, responden al Programa si aceptan o no, la derivación. Una vez confeccionado el informe para el PSSyR hasta que lo derivan al hospital, no transcurre más de una semana. Este dato es relevante dado que se verá reflejado en las semanas de gestación del embarazo.

A continuación, nos introduciremos en la descripción del funcionamiento del dispositivo del Hospital, para continuar indagando en el circuito por el que atraviesan las mujeres en el proceso de derivación hacia la interrupción legal de su embarazo.

Dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo del Hospital Belén

El Hospital Belén, único hospital municipal del Municipio Elizabeth, cuenta actualmente con un dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo. El acceso al mismo se puede realizar por medio de dos canales: el principal es la derivación por parte de algún centro de salud municipal, mediado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Municipio. El otro, lejos de ser un canal recurrente, es el de demanda espontánea, a partir del cual las mujeres llegan sin derivación previa. Dicho dispositivo es ejecutado por un Comité multidisciplinario.

El Comité de Interrupción Legal del Embarazo, fue creado en 2012, a partir del Fallo F.A.L y la elaboración del *“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”*, de carácter nacional. En su momento se entendía que ésta práctica debía enmarcarse en lo expuesto en dicho fallo. Previo a la creación del dispositivo, algunos médicos realizaban la práctica, pero con un objetivo económico, según el relato de las y los profesionales. Comenzó a trabajarse en conjunto con la Secretaría de Salud del Municipio, pero se visualizaban contradicciones a la hora de la indicación médica. Éste Comité fue creciendo de a poco, es decir que no se armó y estructuró formalmente en sus inicios; y está sostenido en un “acta de compromiso” en el cual se explicitan los aspectos del Protocolo de la Provincia de Buenos Aires que son tenidos en cuenta para el desarrollo de este dispositivo. Asimismo, el Municipio Elizabeth en el año 2017, llevó a cabo el armado del protocolo propio del municipio, promovido por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva perteneciente a la Dirección de Promoción y Protección de la Salud.

Las y los profesionales a cargo del Comité son: el jefe del Servicio de Obstetricia y el subjefe, la jefa del departamento Materno-infantil, una trabajadora social del Servicio Social y una psicóloga del Área de Salud Mental. Se puede percibir a lo largo de las entrevistas cómo dicho dispositivo surgió de la necesidad de dar respuesta a lo que el marco legal sostenía y exigía, llegando así a su creación.

El Comité de dicho dispositivo interviene cuando la complejidad de la situación llega a un determinado nivel en la cual la interrupción no puede ser resuelta en el primer nivel de atención por implicar un riesgo al realizarlo de manera ambulatoria, o por la edad gestacional del embarazo, o por elección de la mujer.

Indagamos en la modalidad de recepción de estas derivaciones y sobre cómo se abordan desde el equipo profesional. También se manifestó la existencia de un plazo máximo para proceder a la interrupción, de 18 semanas de gestación. El mismo fue estipulado por el Comité, apelando a su protocolo institucional. La única excepción para su concreción luego de las 18 semanas, son las situaciones de malformación fetal y riesgo de vida. Cabe destacar que dicho plazo, es inexistente en la normativa argentina vigente.

Según las y los profesionales entrevistados del Hospital, el Comité desarrolla dos funciones principales en su intervención. La primera función está referida a la evaluación que comprende analizar si la situación que llega se ajusta al “acta de compromiso” realizada por las autoridades del Hospital Belén. Es decir, si la situación se adecua a los causales estipulados por la institución y si se cumplen los requisitos en la derivación que se desarrollarán más adelante en profundidad.

La segunda tiene que ver con el acompañamiento, a través de la orientación y contención desde las áreas de lo social y la psicología. Esto supone que durante el proceso de internación las profesionales se acerquen a la mujer, promoviendo un espacio de escucha y contención en el mismo.

Durante la entrevista con una de las profesionales del Comité, indagamos acerca de cómo son desarrolladas ambas funciones, es decir si son dos aspectos de una misma entrevista, o si son dos instancias distintas de entrevista. De ella, surgió lo siguiente:

“Al principio se hacían las dos, y en un segundo momento del Comité, temporalmente hacíamos sólo lo segundo. Porque lo primero se supone que venía filtrado por el centro de salud y por el municipio...” (Trabajadora social del Hospital Belén)

En consecuencia, según lo relatado por las y los profesionales del Comité, la evaluación no siempre implica una entrevista, con la mujer, sino que es una función interna del Comité. En cambio, el acompañamiento a veces requiere de la realización de una entrevista formal con la mujer, y otras veces se ofrece como un recurso espontáneo durante la internación.

Se plantea desde las y los profesionales como un espacio que se le ofrece a la mujer para que puedan atravesar esta situación lo más acompañadas posibles. De acuerdo con ello la psicóloga señala:

“La contención tiene que ver con el trato humanizado, contemplar a esa paciente con situación difícil, con el respeto que merece, respetando sus tiempos, dándole toda la info posible, respetar sus limitaciones, no siempre se da en las mejores condiciones porque no hay compañía o la situación familiar es complicada” (Psicóloga del Hospital Belén)

Es así, que generalmente los médicos no suelen hacer una nueva entrevista, y en sus concepciones se visualiza cómo se trabaja para no volver a exponer a la mujer a relatar aspectos ya trabajados supuestamente, en los centros de salud, para poder acceder a la interrupción.

“No es que (le hacemos) de nuevo, (por) el tema de la revictimización, tratamos de que no, pero a veces te queda alguna cosa, o algo desde lo médico específico” (Jefe de Obstetricia del Hospital Belén)

“Y prácticamente así evitamos... volver a interrogarla, revictimizar, evitaríamos todo ese tipo de cosas” (Jefe de Obstetricia del Hospital Belén)

El sentido que se le da al acompañamiento desde el Comité implica a su vez que la mujer pueda situarse en la decisión que tome, cuestión que, según el equipo profesional del Comité, es algo que no se elabora correctamente en el paso por el primer nivel. Y en este sentido, la trabajadora social señala:

“.. lo que se buscaba es que la mujer pudiera tener registro, que sea ella la que pudiera dar cuenta que fue producto de una situación de violencia y no que fuese asignado por el equipo de salud. (...) es poner al otro en un lugar activo de su realidad” (Trabajadora Social del Hospital Belén)

A lo largo de las entrevistas, se relatan situaciones en las cuáles las y los profesionales consideran que, algunas mujeres no han podido elaborar lo que están viviendo, y por ende en muchas ocasiones existen cambios de decisión incluso durante la internación, que pueden provocar desconcierto.

“Me parece que las mujeres no tienen mucho espacio ni tiempo para internalizar lo que les pasa. (...) Que en el primer nivel es todo bastante rápido, y como que no le dan tiempo para que se conecten con lo que les pasa. Entonces vienen muchas veces no saben a qué, que se va hacer ni cómo...” (Subjefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

Esto es considerado un problema, el hecho de que el cambio de decisión surja en medio del procedimiento, lo que puede generar ciertas dificultades emocionales y también físicas para las mujeres.

Entonces nos surgen ciertas preguntas ¿Qué lugar y qué tiempo se otorga en estas trayectorias a la subjetivación de la mujer? ¿Cómo conciliar la urgencia y la limitación de tiempo que implica la resolución de esta situación con los tiempos subjetivos que necesita una mujer para elaborarlo?

La intervención exige ciertos requisitos exigidos para su concreción que son evaluados por el Comité: que el documento de identidad indique que la mujer reside en el Municipio Elizabeth, la realización de una ecografía, la firma del consentimiento informado⁴ de la decisión de interrumpir, la declaración jurada⁵ en caso de que la causal sea *violación*. A su vez, que la edad gestacional esté entre doce y dieciocho semanas y no haya podido ser resuelto en el primer nivel: por no lograrse el objetivo en el tratamiento ambulatorio, o por preferencia de la mujer.

Otro de los requisitos que tiene que debe tenerse en cuenta es el hecho de que la mujer tiene que internarse para la interrupción, siendo un plazo estipulado entre 24 y 72 hs como máximo. Un ejemplo que representa este requisito, fue la situación de una mujer que atravesando la semana 16 de su embarazo, fue derivada al dispositivo de ILE, creyendo que podría realizarse un legrado y retirarse del hospital en el mismo día. A raíz de ello, mediante una entrevista, el equipo profesional le explica la importancia de la internación y que el procedimiento utilizado para la interrupción sería medicamentoso. Asimismo, las y los profesionales analizaron dicha situación y no consideraron conveniente esperar una semana más para que ella organice su vida cotidiana, en consecuencia, acuerdan realizarlo ese mismo día, con el requisito de la internación. Como consecuencia de dicha situación, los médicos manifiestan la importancia de la articulación entre el primer y el segundo nivel de atención para las derivaciones de esta índole, reforzando la información acerca del procedimiento al cual se someterán las mujeres, requisitos, o posibles riesgos.

Con respecto a los tipos de procedimiento que se llevan a cabo, encontramos una contradicción entre los relatos de las y los profesionales. Al mencionar si existe la opción de realización de AMEU (aspiración manual endouterina), uno de los médicos señala que se

⁴ Ver en “Anexos”

⁵ Ver en “Anexos”

utiliza (aunque en aquellos que son posteriores a las 12 semanas de embarazo no es recomendable ya que resulta muy invasivo por la condición del feto), mientras la trabajadora social explica que no se realiza en el Hospital Belén, agregando que hay muy poco conocimiento sobre el procedimiento de AMEU.

Trasladándonos a los relatos de las y los profesionales acerca de las trayectorias relatadas por las mujeres, percibimos que, en su mayoría, las situaciones que llegan, están vinculadas a las problemáticas de violencia, de recursos económicos escasos para afrontar el cuidado que implicaría un hijo o hija, y/o situación de consumo problemático de sustancias.

Aquellas que, con menos obstáculos se resuelven, suelen ser porque son producto de una relación sexual no consensuada, o sea por violencia en la misma, las cuales entran dentro de la causal violación. Y aquellas que implican un riesgo para la vida de la mujer y/o *“patología incompatible fetal”*. En cambio, con la causal salud se perciben muchas controversias.

“Hasta ahora causal salud no lo tenemos, no lo tomamos, queda fuera excluido, nosotros no lo hacemos”. (Subjefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

“Entonces, lo que siempre quedó en duda fue la causal salud que no pusiese en riesgo la vida materna. Eso es lo que muchas veces no hacemos”. (Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

Indagamos sobre cómo analizan y entonces logran discernir aquellas situaciones de riesgo de vida por aspectos fisiológicos, de aquellas en las que el riesgo tiene que ver con un sufrimiento psíquico que hacen para estas mujeres, insostenible el desarrollo de un embarazo en el momento en que se lo demanda. Se encontró que el sufrimiento psíquico no suele venir aisladamente, sino vinculado estrechamente a otras problemáticas sociales, especialmente violencia. Y que entonces resulta muy difícil resolver qué situaciones sí se resuelven y cuáles no, entendiendo que el “causal salud” estrictamente no se resuelve.

Entendemos que las controversias al respecto provienen de diferencias de criterios. Según expresa la trabajadora social:

“se tendría que ampliar, creo que no están dadas las condiciones formales para que se amplíen, ni las y los profesionales están preparados ni está la capacitación (...)”
(Trabajadora social del Hospital Belén)

Desde algunas/os de las y los profesionales se deja entrever que realizar esta práctica es algo que resulta incómodo, es algo que no realizan con una convicción tan fuerte, sino por el decir de la trabajadora del Servicio Social, de que se realiza por la necesidad de dar respuesta a lo que la ley exige. El hecho de que haya surgido, no por una lucha interna producto de la búsqueda de ampliar los derechos de las mujeres, sino justamente por la exigencia externa (desde el PSSyR), de dar respuesta, es lo que nos invita a ahondar con más profundidad en los discursos y formas de atender dichas situaciones.

Según nuestra percepción, del relato de ambos médicos, la dificultad para dar respuesta a las demandas de causal salud proviene de un juego contradictorio entre garantizar desde algunos aspectos y no desde otros. Con esto queremos señalar que, si bien el Comité responde las demandas tras la derivación del Programa, y esto es conocido por todos los actores involucrados al interior del hospital, no hay un marco regulatorio interno en el cual se detalle qué casos se atienden y cuáles no. Las y los profesionales relatan que estas dificultades que se presentan en el desarrollo de la práctica, son entonces producto de una modalidad institucional (del programa y su implementación) que no es clara, ya que no ha habido reuniones en donde todas/os las/os referentes del municipio que estén trabajando con ésta temática, se sienten a realizar un acuerdo claro.

“Me parece que no hay acuerdos (...), no nos desvivimos porque funcione todo a la perfección, mientras no nos traiga problemas mejor”. “La dirección del hospital no le encanta contarle a todo el mundo que hace ILE, pero por otro lado no quiere quilombo”, “Si se tiene que sentar a hablar con lo más conservadores dice ‘no, nosotros no... y si tiene que negociar con un progre le dice ‘nosotros tenemos un Comité’, siempre está ese coqueteo...”. (Trabajadora social del Hospital Belén)

Estos relatos muestran con claridad de dónde proviene muchas veces la desorientación de las y los profesionales sobre qué hacer con ciertas situaciones que no están claras a nivel institucional.

Es así, que podemos decir que no todos los casos son atendidos. Algunas que vienen con menos de 12 semanas de embarazo, se han resuelto, pero por decisión de la mujer. Por

ejemplo, una mujer que llegó con tuberculosis y pidió realizarlo en el Hospital por la tranquilidad de estar en observación.

Otra situación que no se ha resuelto y fue tomada como ejemplo por los dos médicos entrevistados, es la de una mujer que estaba embarazada de 28 semanas que vino por la causal salud, expresando que “no quería saber nada de ese embarazo”. Se le rechazó y la mujer dijo que igualmente si no se lo hacían, lo iba a realizar en Santiago del Estero, en un lugar que conocía porque su familia era de allá. Ante esto, ambos manifiestan que se dedicaron a hablar con ella, y le advirtieron la posibilidad de muerte si lo realizaba clandestinamente. Igualmente ella manifestó que iba a realizárselo en otro lado. Y luego de unos meses apareció en el hospital para realizarse el parto. Según el relato, la mujer se había arrepentido y quería tenerlo. Pero, en el caso en que hubiese estado segura de la decisión, esta situación sumaría una mujer más a las cifras de aquellas que lo realizan clandestinamente por haberse visto excluidas de realizarlo en el sistema de salud.

Otras situaciones que no se resuelven en el Hospital y han vuelto al primer nivel de atención son aquellas en las cuales la justificación para la interrupción era por una enfermedad cardiológica, o por un problema óseo. También aquellas que, según las y los profesionales, llegan disfrazadas de estar dentro de la edad gestacional estipulada para que se habilite la interrupción y no es así.

“Por ejemplo, un embarazo de quince semanas, resulta que era de veinte, y ya se nos va de protocolo”. (Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

A través de un registro realizado, narramos otra trayectoria en la que una niña de 13 años llega al dispositivo en busca de la interrupción de su embarazo en el marco de la causal salud. En el informe del programa de detalla que no hay sostén familiar, que ella vive con su pareja de 14 años en situación de calle, quién “no tiene trabajo estable para sostener dicha situación”. El embarazo era de 13 semanas, por lo que la práctica ambulatoria comenzaba a tornarse difícil. En esa situación el informe no volvió al centro de salud, aunque según el equipo profesional del Comité, se requería más información. Cuando se le explica a la niña que debía tener autorización de sus padres, la misma se acerca al Servicio Social del Hospital con su padre y el director del Centro de Salud. El padre firmaría, pero faltaba la ecografía, la cual no pudo realizarse ese día ya que el ecografista se había retirado para ese horario. Esto implicaba que recién podrían realizarle la ILE al miércoles siguiente, lo que generó tensiones entre la hija con su padre. A su vez, desde el Servicio Social se le

menciona que como es menor debía estar acompañada por un mayor de 18 años. Como no existen salas particulares para este tipo de situaciones, y tendría que internarse en la Sala de Maternidad, el acompañante no podía ser masculino. Por las dificultades que de esto se derivan, ya que la niña mencionaba tener sólo a su hermana de 15 años como opción de acompañante, resultó que la niña no volvió el miércoles siguiente.

Otra situación que es difícil de tratar, es cuando llega por causal violación, pero en el acompañamiento se percibe que el embarazo no fue producto de una situación de violencia. Y acá marcan que es muy difícil cómo proseguir, porque en realidad esa situación está por fuera del protocolo.

“En cambio ahora como el causal salud lo tenemos medio afuera, ahí sí, pero ésta dice que la violaron, mm y no parece que la violaron. Estamos media en esa posición de juez y es medio fulero...” (Subjefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

Recuperando un registro realizado en la experiencia de las prácticas preprofesionales, encontramos una situación en la que contrariamente a la anterior, la causal por la cual llega la situación al dispositivo es por su salud, pero en una conversación del médico con la paciente, él primero le señala a la mujer que se modifica la causal por el cual ingresa.

“De paso por el área de Maternidad en busca de la historia clínica de una paciente, nos encontramos con el pedido del jefe de Maternidad de quedarnos en la conversación que estaba teniendo con una mujer. Él nos cuenta que ella estaba ahí para realizarse una interrupción legal del embarazo, pero le explica que en el informe del centro de salud correspondiente se había señalado que la causal en el que entraba dicha situación era el de salud pero que en realidad evaluando su situación, para él la causal era violación. A lo que la mujer asintió sin emitir palabra.” (Crónica de observación)

A nuestra consideración, la búsqueda de modificar la causal, pero definido esto por el profesional, en primera instancia es violento, ya que no implicó un trabajo en conjunto con la paciente brindándole espacio para que elaborara lo sucedido; fue entonces impuesto. Y en segunda instancia, parece responder a la necesidad de evitar los procesos que ingresan dentro de la causal salud, por si esto pudiera traerle problemas con la dirección del hospital. A su vez, el encuadre de desarrollo de la entrevista resultó confuso, con nuestro ingreso a mitad de la misma, y sin un marco de intervención.

Otro registro de una trayectoria analiza la llegada de un informe de una mujer que hizo denuncia de abuso, pero el mismo carecía de datos de: DNI, domicilio, si tiene ecografía y edad gestacional. La jefa del Servicio de Maternidad manifestó: *“Desde la accesibilidad podríamos recibir a la paciente, pero en realidad Patricia debería articular con la familia, porque si la contactamos desde acá tendríamos que repreguntar muchos datos que no están escritos, y podríamos revictimizarla”*.

La estrategia tomada en esas situaciones, se inclinaba a solicitar al Programa que los informes llegaran más completos, para que la instancia de llegar al Hospital no fuera un obstáculo o generara una ilusión de resolución para las mujeres, y esto luego se viera afectado por los datos faltantes. A su vez, garantizar que hubiera referentes locales que pudieran hacer el seguimiento y acompañamiento en este transcurso y en el post internación.

Luego de haber realizado un recorrido por distintas situaciones que llevan a un análisis más profundo de las intervenciones realizadas por dicho Comité, consideramos oportuno señalar otros actores que participan, aunque de manera más indirecta, en las trayectorias de las mujeres que llegan al hospital con esta demanda.

Incorporamos así el análisis de la función que cumplen las y los enfermeros, ya que resulta muy importante su influencia en los procesos de internación de las mujeres en el hospital. El hecho de que las mujeres se internen en la Sala de Maternidad, ya es un punto crucial que habla sobre las condiciones adversas en que se garantiza su derecho. Consideramos que resulta violento que durante el proceso esté al lado de otras mujeres que están con bebés recién nacidos o esperando el parto.

“Una menor, adolescente, mujer, que pide una interrupción en un lugar donde es todo maternidad, te choca, psicológicamente no está en mi ideal”. (Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

Se señala en las entrevistas a las y los profesionales del Comité, el rechazo en el común de las y los enfermeros frente a esta práctica. Muchas veces se la culpabiliza a la mujer o se la *“trata como una puta”*. Según el médico que realiza la práctica *“Los enfermeros son bastante cuadrados, les cuesta, su grupito, cuesta abrir un poco el juego”*. Según la trabajadora social, en ellas se deposita todo el imaginario de la mujer en general: *“El deber ser de la maternidad todo el tiempo operando desde lo discursivo”*

En este punto se profundizó bastante a lo largo de las entrevistas, para ver cómo estos actores involucrados interfieren también en la subjetividad de las mujeres y no sólo el Comité a cargo. Lo que se buscó trabajar en conjunto con las y los profesionales es la importancia y la necesidad de formación y capacitación de estos actores respecto a la temática, ya que no son ajenos a todo lo que atraviesa emocionalmente la mujer que decide interrumpir su embarazo en un dispositivo del segundo nivel de atención. Se visualiza la importancia que le dan las y los profesionales a que el trabajo pueda ser verdaderamente interdisciplinario y no como menciona la trabajadora social “multidisciplinario”. Que la línea de trabajo sea uniforme.

Otro servicio que tiene relevancia en el trato con algunas situaciones es el de la Guardia de Salud Mental del Hospital, que se ofrece en aquellas internaciones que se realizan por fuera del horario en que trabaja el Comité, con el objetivo de ampliar la red que acompaña a la mujer en todo el transcurso de la internación.

CAPÍTULO III - Barreras en la Accesibilidad a la Interrupción Legal del Embarazo

En este capítulo, se toman los cuatro tipos de barreras de accesibilidad que desarrolla Comes (2007) para poder llevar a cabo una interpretación más exhaustiva de aquellos límites que se imponen al acceso a la realización de una ILE: en primera instancia, las barreras geográficas, entendidas por la autora como *“la imposibilidad de acercar los servicios a la población por un problema geográfico, ya sea un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre”* (202).

Las barreras económicas, las cuales aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para la adquisición de medicamentos. Además, las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, respecto a los horarios de atención o a los turnos.

La cuarta barrera la define como barrera simbólica, a partir de la cual el *“imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras”* (Comes, 2007:202). Es de gran relevancia tenerlo en cuenta para el análisis de los comportamientos tanto de las y los profesionales como de las mujeres, que muchas veces se transforman en obstáculos de

dicha accesibilidad. Aunque mencionamos cómo algunas de estas barreras atraviesan las trayectorias y circuitos de las mujeres en esta demanda, hacemos especial énfasis en las barreras simbólicas, que de su interpretación resulta interesante su carácter abstracto, pero tan determinante en la resolución o no de estas demandas.

Entre las barreras administrativas, encontramos a modo ilustrativo, la referida en el capítulo anterior al requisito de ecografía solicitada para la concreción de la interrupción de una niña de 13 años. En el Hospital Belén, existe una restricción horaria en la realización de las mismas, ya que el ecografista se encuentra solamente en una franja restringida durante la mañana. Dicha limitación es una gran traba si tenemos en cuenta que reduce la posibilidad de realizarse la práctica y que posponerla puede aumentar el riesgo en su consecución.

En la situación, la niña sólo contaba con su padre como acompañante, lo que a partir de la norma existente de que el acompañamiento es exclusivamente de mujeres, imposibilitó que se internara, y obstaculizó la interrupción en el marco legal que la habilitaba. Esto es producto de la distribución que tiene el Hospital y el espacio compartido entre mujeres que atraviesan esta situación y las demás mujeres internadas en la Sala de Maternidad. En este sentido, consideramos que resulta violento que mujeres que atraviesan este proceso se encuentren en la misma sala que quienes están internadas en situación de parto.

Otra barrera de esta índole tiene que ver con el modelo de abordaje multidisciplinario que se realiza en la trayectoria de las mujeres, especialmente en los centros de salud que son quienes realizan la evaluación.

“lo ideal sería tener un equipo interdisciplinario en todas las consultas con trabajo social y con psicología, pero es muy difícil llevarlas adelante por los horarios” (Directora del CAPS Lucía)

Muchas veces esta falencia provoca que el acompañamiento resulte incompleto, que no se le brinde el tratamiento esperado, y que, en conjunto con la limitación de las semanas, generen que no sea procesado e internalizado por algunas mujeres, que, en palabras del equipo profesional, llegan al dispositivo del Hospital Belén sin haber elaborado su situación singular.

La decisión arbitraria de que el plazo máximo de semanas en el Hospital Belén sea de 18, es otra barrera administrativa del servicio, en este caso del Comité, ya que no existen datos explícitos en el protocolo sobre la justificación del límite de semanas en que se puede

realizar este procedimiento en el segundo nivel de atención. Es así que consideramos que esta decisión se encuentra estrechamente ligada a las representaciones que dichos profesionales y los directivos del hospital tienen sobre la práctica, por ende, es una barrera también simbólica.

Otra barrera que encontramos, resulta de la ausencia de posibilidad de elección de las mujeres respecto al método para interrumpir, entendiendo que muchas de ellas no desean exponerse al sangrado y al dolor que implica un método medicamentoso.

Otra barrera administrativa significativa que pudimos distinguir, tiene que ver con determinadas normativas que se estipulan desde las instituciones, como el requisito de acompañamiento en el mismo o como la ya descrita de los plazos de realización en el hospital. La condición de que una mujer menor de 18 años de edad, tenga que ser acompañada de un mayor, y que esto excluya a hombres, puede interpretarse como una normativa que, según el equipo profesional, “podría ayudar a prevenir que surgiera una situación incómoda para las mujeres internadas en la misma sala por dicha presencia”. Ante ello nos preguntamos por qué el peligro recae sólo en acompañantes hombres y no es problematizado respecto a aquellos hombres que transitan la sala siendo su espacio de trabajo. Y entonces ¿Esta normativa no estaría violando el derecho de las niñas y/o adolescentes que no cuentan con la opción de acompañamiento femenino para la internación? Esto nos remite al concepto de “restricción de la ciudadanía” que supone que dentro de un sistema de leyes por el que el sujeto está teóricamente incluido, se instauran determinadas normativas que son trabas para el acceso pleno a ese derecho, provocando en su forma concreta la exclusión. Así arribamos a la idea que plantea Caggiano (2008) sobre el régimen de “ilegalismos”. El concepto refiere a *“cómo algunos trámites y requisitos... pueden convertirse en verdaderos dispositivos de producción de ilegalidad. La ilegalidad “se da dentro de un sistema social, y es dentro de ese sistema que tales ilegalismos operan como amenaza y justificación del control”* (44)

En el ejemplo que desarrollamos anteriormente sobre la niña de 13 años que no logra acceder a la interrupción por la ausencia de acompañante femenina, es posible de vincular con la figura del “abandonado” planteada por Caggiano. Si bien su situación corresponde a una interrupción legal del embarazo, la intervención llevada a cabo frente a esto demuestra el abandono por parte de la ley, siendo que los requisitos exigidos se interponen al cumplimiento de este derecho. O sea, *“no queda sencillamente fuera de ley, ni es indiferente*

a esta, sino que es abandonada por ella, es decir: que queda expuesto y en peligro en el umbral en que vida y derecho, exterior e interior se confunden” (Caggiano, 2008:40)

Dicho régimen refleja, lo que el autor entiende como “*el reverso de la ciudadanía, el reverso de los derechos y el reverso de la pertenencia*” (Caggiano, 2008:45). Es así que interpretamos que el cumplimiento de los derechos se encuentra atravesado por dos caras del derecho, por un lado, su condición universal, y por el otro, la exclusión implica sus requisitos.

Imaginarios y representaciones: Barreras simbólicas

“Crear barreras para dificultar el acceso al aborto legal, es gobernar el cuerpo de las mujeres”⁶

A continuación, desarrollamos algunas dimensiones de índole más subjetiva que se ponen en tensión y conforman trabas en la accesibilidad a una interrupción legal del embarazo. Estas barreras son pensadas desde los distintos criterios, pensamientos, opiniones e intervenciones de profesionales de la salud, así como también del imaginario social en general que opera al discutirse esta problemática.

El lugar estigmatizante que ocupa la mujer frente a distintos paradigmas

“Gobernar el cuerpo de las mujeres es también la censura moral que permea –solapada o abiertamente- desde el personal de la salud la intimidad de la mujer”

Interrumpir un embarazo es una práctica que todavía en el imaginario continúa asociándose a lo ilegal y a lo clandestino. La posibilidad de que un embarazo no suponga inherentemente la maternidad, y la posibilidad de pensar desde el deseo o no deseo de ser madres, son cuestiones que aún siguen mirándose desde la estigmatización. Como consecuencia de esta, existe un vacío en su ejercicio como derecho conquistado.

Tal como describe Daniela Dosso (2015) *“La negación de la práctica de una interrupción legal del embarazo en el sector público, el mal manejo del dolor, las esperas prolongadas, la resistencia de las/os profesionales a aplicar técnicas menos invasivas y riesgosas, la dilación de la atención, junto con comentarios que mortifican a las mujeres, son algunos ejemplos de una praxis de la mala voluntad que es tolerada, justificada y*

⁶ Soledad Deza (2015) Gobernar el cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia. Cita de la autora utilizada a continuación para los siguientes subtítulos.

naturalizada por muchos profesionales de la salud” (8) Esto contribuye a continuar estigmatizando y culpabilizando a las mujeres por sus decisiones, generando una barrera más en el acceso a la interrupción.

Es difícil hoy en día que se interprete la decisión de las mujeres desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, dentro de las instituciones de salud pública. Observamos que, en los discursos profesionales, estos derechos se asocian a la prevención de embarazos, y no a la manera de transitarlos. Percibimos una gran distancia en los modos de intervención frente a ambas demandas. Respuesta no siempre significa solución, porque justamente a raíz de una misma solicitud, de acuerdo al paradigma desde el cual se posicione el profesional de la salud, será la resolución que tome para cada situación que se presente. Es decir, que, dentro de una misma institución de salud, existen profesionales con diferentes corrientes teóricas, quiénes imprimen su posición ética- moral frente a situaciones donde se cuestiona la vida, pero no se suele hacer desde una perspectiva de los derechos de las mujeres. Entonces nos encontramos frente al dilema de que, si bien la ILE existe para las tres causales, en la actualidad la práctica sigue siendo pensada en el común imaginario social, como “ilegal”.

Este aspecto nos resulta contradictorio al analizarlo desde las intervenciones de los equipos de salud, porque, por un lado, existe el dispositivo para garantizar la ILE en el Hospital, pero por el otro, se observa que este mismo derecho se encuentra condicionado por la moralidad que está impresa en las subjetividades.

Atendiendo a las consideraciones mencionadas, en la siguiente cita creemos que quedan explícitas sus principales consecuencias: *“Opera un imaginario de la maternidad como una identidad femenina valorada socialmente y una deuda con la madre dadora de vida. La culpa frente a esos ideales impuestos desde la heteronomía y el castigo fantaseado frente a la transgresión, la falta, operan ante la clandestinización y la condena al aborto”* (Graciela Zaldúa, 2018:23)

El acceso a la información: un derecho ausente

En cuanto al nivel de conocimiento que existe por parte de las mujeres en estas instancias, se puede visualizar, a lo largo de las entrevistas la ausencia de información clara sobre su derecho a una interrupción legal.

A raíz de observaciones realizadas durante nuestra investigación, arribamos a la comprensión de que no sólo se juzga la práctica de ILE, por parte de las y los profesionales de la salud, y por parte de las familias o redes vinculares de las mujeres, sino que muchas veces son ellas mismas las que no cuentan con la certeza de la seguridad de la práctica. Es decir, que, al no contar con la información completa sobre sus derechos, y las condiciones en que se puede realizar una interrupción de manera legal, se reducen las posibilidades de pensar en esta alternativa. Entonces es aquí donde aparece el sentimiento de culpa, o miedo por manifestar el deseo de interrupción.

Por lo general se acercan en un primer momento al centro de salud de referencia, ante una posibilidad de embarazo, y en la misma consulta con el equipo profesional de la salud, es que puede surgir la posibilidad de interrupción, pero no suele suceder de manera directa y expresamente decidida.

“Como hay mujeres que se enteran que están embarazadas y creen que lo tienen que tener sí o sí, se sorprenden cuando escuchan que hay un método seguro” (Directora del CAPS Lucía)

“En una situación una mujer expresó: ‘Yo no sabía que se podía hacer, yo hace dos años pasé por la misma situación y no sabía que se podía hacer’. En estos casos a veces continúan con el embarazo o lo interrumpen de manera ilegal y peligrosa. Hay mucho juicio de valor, de moral de muchos profesionales todavía en su discurso. En una entrevista pueden hacer que la persona no termine accediendo” (Trabajadora Social del CAPS Lucía)

La cuestión de la penalidad del aborto es el principal temor de las mujeres y genera el estigma social anteriormente mencionado. Es por ello que reforzamos la idea de que el momento de la toma de decisión de una interrupción, es de carácter reflexivo e introspectivo, por lo tanto, es importante dar lugar a la expresión de las mujeres, desde la escucha, la contención y sobretodo el acompañamiento en dicho proceso. Entendemos que, para llegar a la toma de una decisión de índole personal, es fundamental la información al respecto de la misma. Acerca de los procedimientos, la normativa y sus posibles consecuencias, destacamos que:

“La mayoría, no tiene la información, son pocas las que vienen y te dicen “quiero acceder a eso” O ¿Qué posibilidades hay de pastilla? Muy pocas. Les empieza a sonar que alguien les contó, sí una prima y no sé qué, algunas con información rara” (Directora del CAPS Lucía)

Analizamos en este sentido, que la información no siempre es clara, y que todavía no se expresa en términos de legalidad. Por lo tanto, esta es una barrera que a nuestra consideración es producto de la traba relacionada con la clandestinidad y oscuridad en que aún se encuentra comprendida esta temática para la mayor parte de la sociedad. Lo que genera que entonces no exista la información de que es un derecho en los medios de comunicación visuales de los centros de salud y hospitales. No existe aún tampoco en la publicidad, y considerando el gran potencial que tienen estos medios para legitimar y visibilizar, creemos que es un obstáculo con grandes consecuencias. Entre ellas, la persistencia de abortos clandestinos que serían enmarcables en interrupciones legales del embarazo. Incluso, pudimos denotar que en la mayoría de las mujeres que desconocen esta posibilidad, el proceso de elaboración es más complejo, generando desconcierto con respecto a la decisión, e incluye trabajar con muchas aristas de la vida cotidiana en que se encuentran violentadas.

“Me parece que en el primer nivel es todo bastante rápido, y como que no le dan tiempo para que se conecten con lo que les pasa. Entonces vienen muchas veces no saben a qué, que se va hacer, ni cómo y hay que entender que se tienen que angustiar, y lo continúes o lo frenes te vas a angustiar” (Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

En la cita se puede visualizar cómo la información no solo es responsabilidad de las mujeres que se acercan a los centros de salud, sino también la importancia de que existan espacios donde sean escuchadas y se le brinden todas las herramientas para tomar una decisión acorde a sus necesidades y preocupaciones. Entendemos, a raíz de los diferentes relatos, que esto facilita la derivación al segundo nivel de atención para el requerimiento de una ILE.

Por lo tanto, ahondamos en la ausencia de obligatoriedad en la formación o participación en los debates al interior de la institución al respecto.

A lo largo de las entrevistas, al tratarse el tema de la circulación de la información mediante posibles capacitaciones entre los distintos efectores de salud, la cuestión de su visibilidad y promoción, apareció con sorpresa en las y los profesionales, como algo que no

había sido pensado, y lo cual creen que podría ser de gran relevancia para que mayor cantidad de mujeres dejen de realizar esta práctica en la clandestinidad por creerla ilegal en aquellos casos en que podría no serlo.

Las mujeres lo transitan en soledad

En relación a lo desarrollado anteriormente, percibimos la fragilidad de los sentimientos encontrados a la hora de abordar una situación de ILE tanto por parte de las mujeres, como de las y los profesionales.

Por un lado, hacemos referencia al acompañamiento de las mujeres en su decisión, que, por lo general, suelen transitarlo en soledad, debido al sentimiento de incertidumbre y culpa. Y, por otro lado, reflexionamos acerca del acompañamiento que reciben dichas mujeres en los distintos dispositivos de salud por los cuales transitan hasta el dispositivo de ILE en el Hospital.

En cuanto a estos dos tipos de acompañamiento, analizamos que, para las entrevistas de consejería, son pocas las mujeres que suelen ser acompañadas al centro de salud de referencia. Algunas lo hacen con alguna amiga, o con sus madres. En su minoría se acercan con sus parejas. Existen situaciones, en las cuales, la presencia de dichas personas, suele ser un condicionante para la entrevista, por lo tanto, desde las y los profesionales de la salud prefieren asegurarse de que la mujer tenga un espacio de escucha y contención donde puedan expresarse libremente, y solo en los casos en que ellas manifiesten que desean estar acompañadas, se respeta esta decisión. En cada entrevista, el equipo de salud se asegura que sean personas de confianza de la mujer y que apoyen su decisión.

Según las manifestaciones que pudimos relevar acerca de las estrategias de intervención de las y los profesionales, observamos que, en un primer momento, las mujeres suelen indicar que “están solas” en este proceso de decisión de interrupción, entendido, así como un camino complejo, de decisión personal, que les genera vergüenza, o culpa. Pero luego con el transcurso del acompañamiento de los equipos de salud en el primer nivel de atención, donde se les advierte acerca del proceso de ILE, lo que tendrán que transitar tanto a nivel emocional como físico, las mujeres comienzan a pensar en alguna persona de su red vincular más próxima que, sin juzgarlas, las acompañen en dicho momento. Resulta significativo reforzar esta idea de que las mujeres puedan apoyarse en alguien de su confianza para

sobrellevar este proceso de la mejor manera posible. No sólo para que el acompañamiento sea físico junto con ellas, sino también de contención, como en algunos casos que nos han mencionado, el apoyo que ellas valoran es con alguna amiga, vecina o familiar que pueda cuidar a sus otros hijos mientras ellas transitan por este momento.

Entonces poder sacar de la “oscuridad” esta práctica es también un trabajo que se realiza desde el acompañamiento en los diferentes efectores de salud, remarcando, muchas veces, la importancia de que no transiten solas ese momento. Tal como nos indicó la coordinadora del PSSyR:

“Para mí, el requerimiento del acompañamiento le suma a sacarlo de la clandestinidad y de la vida en soledad y en esto de que es una situación de salud, no un procedimiento”

En síntesis, a partir de ello concluimos en que este doble acompañamiento genera por una parte confianza en las mujeres de sí mismas, y que la decisión que tomaron es la correcta para ese momento puntual de sus vidas, y, por otra parte, que la interrupción es segura y legal. De alguna manera aleja la práctica de ese lugar de clandestinidad y de culpa que socialmente se encuentra establecido.

Ahora bien, lo que nos genera incertidumbre es qué sucede en la derivación al segundo nivel de atención, porque allí no visualizamos el mismo nivel de acompañamiento. Desde el Comité de ILE no se realiza ningún tipo de seguimiento de las mujeres que pasaron por el dispositivo, y en algunas ocasiones se han encontrado frente a situaciones en que las mujeres desconocen con exactitud el procedimiento de la interrupción, y esto les vuelve a generar incertidumbre y ciertos temores.

Por lo tanto, en el transcurso de las trayectorias institucionales de las mujeres existe un momento en la derivación que no es siempre lineal y sólido en el acompañamiento por parte de las y los profesionales, pero sí en el discurso de la importancia de que lo hagan acompañadas por algún referente afectivo.

Esta estrategia tiene dos objetivos principales: transitar la interrupción del embarazo acompañadas para disminuir el nivel de angustia y sufrimiento; y que dicha interrupción se reconozca como una práctica más de salud segura y legal. Sobre todo, en los casos en que se realiza en el Hospital público, dado que le imprime mayor legitimidad.

Modelo Médico Hegemónico: un saber ejercido como poder

“Gobernar el cuerpo de las mujeres es toda acción u omisión destinada a quitarles el dominio sobre sus cuerpos”

Siguiendo a Testa, quien sumergido en el ámbito de la salud analiza la categoría “poder”, es que nos disponemos a comprenderla en tanto relación social y como capacidad de los sujetos. Distingue distintas formas de poder, todas ellas operantes en este campo de la salud: el poder administrativo, en tanto capacidad para apropiarse y asignar recursos para distintos fines; el poder técnico, como capacidad para apropiarse y manejar conocimientos; y el poder Político, para movilizar personas en función de sus intereses.

Todos estos poderes son los que están en juego en las trayectorias de estas mujeres. Un modo de mostrar cómo estos poderes confluyen en esta problemática es a partir, por ejemplo, del análisis del modelo médico hegemónico. Para ello, nos resulta relevante el análisis que hacen Susana Rostagnol y Mariana Viera (2006), cuando abordan *“el eje de asimetría correspondiente a los saberes”* (12). Para ello, refieren a la comparación que realiza Taussig (1995) entre la plusvalía que surge de la producción de la mercancía, que genera el enriquecimiento del empresario, y el poder que surge de la atención médica, una mercancía que, según las autoras, el/la médico/a se apropia y que toma parte de su valor a partir del sometimiento de la usuaria. En este sentido compartimos que *“en el discurso y las prácticas sociales y políticas impulsadas por el feminismo, la salud no se trata de un objeto reservado al saber técnico-medicalizado, constituye una experiencia atravesada por relaciones sociales y de poder, donde los sujetos adquieren, pierden, potencian o reducen capacidades”*. (Tamayo, 2001:88). Es interesante analizar cómo el saber autorizado de los médicos, es el que decide por sobre las mujeres, y el que históricamente absorbió las decisiones y el control sobre la sexualidad y la maternidad. En este sentido, el cuerpo de las mujeres está gobernado por este modelo. El poder decidir sobre su cuerpo es algo que las mujeres, con el atravesamiento de la dominación masculina tan arraigada y los lugares históricos que ha ocupado las mujeres en la sociedad, se torna muy difícil. Desde muchas corrientes de pensamiento se cree que la mujer sólo puede realizarse si es madre o incluso se sostiene la creencia de que la maternidad es la única elección posible para un proyecto de vida aceptable. Están tan internalizados en nuestros esquemas como mujeres, que la posibilidad de elección y de escuchar los propios deseos y significaciones sin sentir que la sociedad te penaliza, no parecen posibles.

Se percibe este poder médico hegemónico internalizado por las mujeres cuando, por ejemplo, de parte de un médico aparece la pregunta de si quieren continuar o no con ese embarazo.

La respuesta más común es ‘sí obvio’, siempre me parece a mí que es ese lenguaje no verbal, defendiendo que yo las ataque. (...) Ante esa pregunta la mayoría de las veces contestan que es obvio que van a seguir adelante con el embarazo, y creo que porque yo represento un sistema que es súper punitivo o sea a un médico “no le podés decir que no”. (Directora del CAPS Lucía)

El médico en estos casos aparece incluso con más poder simbólico de penalizar que la propia ley. Asimismo, otro médico ejemplifica ese lugar de superioridad y legitimidad otorgada a la medicina en estas situaciones:

“Insisto, nosotros estamos en una situación de mierda, desde allá arriba, siempre mirando con el dedo. Cuando vos te pones en el lugar y pensas, le puede pasar a una hermana, a una amiga” (Subjefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén)

“Mirá por ejemplo me acuerdo de una derivación que tenía que ver con una situación de una mujer que tenía antecedentes de una depresión post puerperal muy severa, con un intento de suicidio en su puerperio anterior y que en realidad ella no quería seguir con el nuevo embarazo porque no quería volver a pasar por esa situación, tenía mucho miedo de volver a repetirse... Para mí eso era un causal riesgo de vida, más allá de la causal salud, porque la mujer no sabía si iba a poder continuar (...) Cuando lo pasamos, lo paso con este informe al Comité. Ellos me piden que tenga la evaluación de un psiquiatra. Y en el Comité está la firma de la psicóloga, entonces ¿Por qué no pueden ellos hacer esto? Porque asumen que necesitan la figura de un psiquiatra y como psicóloga no podés pararte ahí y decir tiene riesgo de vida yo lo firmo. No es que le dijeron que no, ella no asumió ese rol. Entonces ahí me parece que como en muchas otras circunstancias creo que el poder médico hegemónico como tal se sostiene en los que aceptan la subalternidad. (...) Ellos tienen una asimetría todavía en esos roles. Entonces el médico dice que no, y no están tensionando las trabajadoras sociales y la psicóloga para decir sí. No existe esa tensión porque están ubicadas en un lugar de poder menor, que el poder que tiene el médico”. (Coordinadora del Programa de SSYR del Municipio Elizabeth)

En estas citas se puede ver incorporado que, desde el equipo profesional, la medicina parece ser la única fuente válida y legítima para determinar el acceso o no.

Resulta central detenernos en estos relatos cuando nos adentramos en barreras de accesibilidad simbólica, ya que muestra con claridad el poder simbólico presente, donde la mujer no sólo es vulnerable por la ausencia de decisión total sobre su cuerpo, sino que además es vulnerable ante una sociedad que la estigmatiza por no responder al estereotipo de mujer predominante, madre.

Lo que está en juego en estas situaciones es para nosotras una cuestión aún más abstracta, definida por Graciela Zaldúa (2018), como *“la biopolítica patriarcal”*. Tiene que ver con el control de los cuerpos, sostenido y regularizado por un sistema de dominación mucho mayor a la medicina propiamente dicha, lo cual nos permite afirmar que lo personal, en este caso el deseo de una mujer de interrumpir su embarazo, es político. Con ello queremos señalar que el ámbito singular de la mujer que atraviesa por esta situación, está totalmente condicionado por un poder simbólico mayor que se ejerce sobre el conjunto de éstas, y es otorgado y/o ejercido por el discurso médico.

El biopoder, refiere entonces a este “gobierno de la vida”, el cual administra y regula los comportamientos, a la toma del cuerpo como objeto de políticas. *“El control, la normalización e invasión de la vida que éste supone, se realiza a través de distintas estrategias de saber-poder”*. (Río Fortuna, 2010:12). En él se revela la sexualidad como objeto central de disciplinamiento y control social, “blanco de exhortaciones morales y religiosas”.

Como sostiene Federici (2011), dicho control de los cuerpos, acontecimiento que se puede ubicar históricamente en la transición del feudalismo al capitalismo, supuso que las prácticas sobre los mismos se sometieran al poder médico. Es así como el aborto, como práctica subsumida a dicho poder, comenzó a entenderse en un marco de relaciones de poder, de género, de clase social y de relaciones subjetivas que, como sostiene Zaldúa (2018) *“involucran los campos de la salud, la sexualidad, los ideales y la ética”* (22). Entendemos, por tanto, cómo el disciplinamiento biopolítico, se traduce en violencias materiales y simbólicas sobre los cuerpos reproductores, o sea las mujeres, y es visible en la forma en que se desarrolla la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres.

“las luchas políticas giran cada vez más alrededor de los "derechos" que contemplan aspectos vitales de la experiencia humana: derecho a la vida, al cuerpo, a la salud” (Del Río Fortuna, 2010:12).

En esta cita se confirman distintos aspectos que queremos señalar. En primer lugar, muestra con claridad el hecho de que lo personal es político, frase tan utilizada por muchas teóricas feministas. A su vez, lo expuesto da lugar a comprender la fuerte impronta que ha tenido y tiene el discurso médico, medio principal por el cual se que ejerce y se legitima el *biopoder*.

Objeción de conciencia: lo ético y lo moral en juego

“Gobernar el cuerpo de las mujeres es la falta de supervisión estatal sobre la planta de agentes estatales objetores/as de conciencia para impedir violen derechos de las pacientes”

La opción posible, para las y los profesionales de ser objetor de conciencia, es considerada otra barrera simbólica que se pudo visualizar en todo el circuito que atraviesan las mujeres que llegan al dispositivo de ILE del Hospital Belén. La misma implica *“el derecho a no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo”* amparada en la libertad de culto y de conciencia de los artículos 14 y 19 expresados en la Constitución Nacional (Alegre, 2009:2). Hay varios aspectos para el abordaje de la misma. Analizaremos su contenido, qué implica y cómo se desarrolla en este contexto. En dichos artículos se estipula que debe tenerse en cuenta que la objeción de conciencia no contradiga otro derecho. Implica *“conciliar el cumplimiento de los deberes legales con el respeto a las convicciones del objetor”* (2). Con respecto a su tratamiento particular dentro de la Salud Sexual y Reproductiva, no deben entorpecer la información disponible sobre métodos anticonceptivos y aborto legal, menos aún restringir su acceso. El objetor debe firmar una declaración jurada en la cual manifiesta que la objeción tanto en ámbitos asistenciales públicos, pero también en privados. A su vez, la objeción de conciencia puede ser individual pero no así institucional. Como señala Alegre (2009), *“la existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligadas a disponer los reemplazos necesarios de manera necesaria”*. (3)

Esto no se comprueba en el relato de algunos profesionales:

“depende quién te agarre en la puerta de adelante, podés tener una respuesta u otra”.

(Directora del CAPS Lucía)

Esta médica se presenta como objetora de conciencia, pero en su discurso manifiesta que no obstruye las vías para su consecución, siendo que considera que realiza más acciones de las que querría (por su religión) para facilitar el acceso.

“Hay alguna gente, de administración, la promotora de salud, están sensibilizados con el tema, si lo escuchan, lo pescan te vienen a buscar y hay otros que te dan un tour, y eso, aún sin quererlo es una barrera para estas situaciones”. (Directora del CAPS Lucía)

De lo citado se evidencia que el acceso a la realización en un centro de salud, depende de la “suerte” de encontrar un profesional, que más allá de sus intereses particulares, entienda que debe dar una respuesta desde su responsabilidad como profesional. La médica sostiene que esta barrera no debiera interponerse en su resolución, al margen de las objeciones individuales. Aquí nos cuestionamos en qué medida la garantía del derecho a la Salud está asegurada para aquellas mujeres que demandan una interrupción de este tipo en los centros de salud.

En primera instancia, entendemos que muchas y muchos profesionales se amparan dentro de la objeción de conciencia para no brindar el acceso a otras prestaciones o información.

“Nosotros somos objetores de conciencia por una religión que practicamos, pero la ginecóloga porque se le cantó nose, que sería la otra que podría hacer (las interrupciones)”. “no te va a preguntar “¿lo quieres?” pero si una mujer le dice que no lo quiere me viene a buscar, que eso no pasa con otros objetores”. (Directora del CAPS Lucía)

En estas citas, se percibe por un lado la habilitación de que haya objetores sin que estos firmen una declaración con la correspondiente fundamentación, y, por otro lado, se corrobora la ausencia de información brindada a las mujeres sobre la posibilidad de ejercer su derecho, en el caso en que se inscriba dentro de las causales de ILE.

Resulta interesante desglosar la siguiente frase que expresa Alegre (2009): “la excepción no puede preceder a la regla”. Con esto el autor quiere explicar que la objeción de conciencia tiene que tener como precondition la garantía de acceso a los servicios de salud. Como señala en su texto, recién cuando haya garantía de un acceso igualitario y sin trabas a

estas prestaciones, podría hacer reclamos para la protección de objetores, porque si no *“se estaría privilegiando la libertad de los profesionales de la salud por sobre el derecho a la salud y a la vida de los pacientes”* (5).

“El costo de la objeción no debe trasladarse al usuario”. Podríamos afirmar que, en el caso del Hospital Belén, hay una objeción de conciencia institucional por no habilitar el desarrollo de la causal salud. Aquí, la objeción de implementar la causal, se traslada completamente a la mujer que está dentro del Protocolo. *“La negativa a llevar a cabo los abortos en los casos permitidos por la legislación pone en riesgo la vida o la salud de las mujeres”*. (Alegre, 2009:3)

Si bien el Protocolo del Municipio Elizabeth expresa que *“el profesional debe notificar su voluntad por escrito a las autoridades del establecimiento”* (2017:24), ésto no se comprueba en la práctica. No existe registro alguno en el cual los objetores firmen y justifiquen su decisión.

“El derecho a la objeción de conciencia debe contrapesarse con el derecho a la salud en condiciones de disponibilidad, accesibilidad y calidad y con el derecho a verse libre de la imposición de creencias éticas o religiosas: la conciencia de los pacientes es, al menos, igualmente digna de protección. De lo contrario, la objeción de conciencia puede volverse opresión a conciencia”. (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, 2015:24)

Tensiones entre las y los profesionales intervinientes

“Gobernar el cuerpo de las mujeres es también indisponer en los hechos –por el motivo que fuera: falta de protocolo, falta de recurso, falta de insumos, etc.- la prestación sanitaria puntual”

Si bien entendemos que el objetivo promovido por el PSSyR, es realizar un trabajo coordinado y que, según la mayoría de las y los profesionales entrevistados está validado y funciona, encontramos que existen algunas trabas que ocurren por el lugar que ocupan las distintas disciplinas implicadas en las instituciones nombradas. Esto surge en los relatos por la información que se espera que se transmita y no sucede.

“Sucedee que, en la derivación, al primer nivel le toca evaluar, pero quien pone la firma es el segundo nivel, lo cual implica otros compromisos éticos al tener que incorporar la firma y el sello. Y esto es lo que genera tensión y muchas veces un freno a determinadas situaciones que llegan desde el primer nivel” (Trabajadora social del Hospital Belén)

“La última interrupción de 17 semanas que fue de una chica, que (como) ya había logrado la amiga una interrupción en el Belén fue sola, la chica dice q alguna vez se había atendido acá antes del embarazo, por otra cosa, no la tenemos registrada como paciente habitual y el Belén que determina que era causal violación le dice que tiene que ir a la salita, a que nosotros hagamos el pedido para que vaya a atenderse al Hospital Belén (...) Esta chica que te estoy contando nunca vino acá, si hubiese venido activábamos la vía que actualmente activamos, pero fue directamente al Belén y ahí nos la mandó a nosotros a que se las mandemos, que fue, una manera de castigarnos porque entendió que nosotros se la mandamos sin papelito y sin nada” (Directora del CAPS Lucía)

En ninguna de las situaciones expresadas se visualiza la demora de los procedimientos a pesar de la falta de información proporcionada por las mujeres. La traba se ve explícitamente en la comunicación entre las y los profesionales, que lejos está de facilitar y cumplir el principio de accesibilidad señalado en el Protocolo, por el cual *“no deben interponerse obstáculos médico-burocráticos... para acceder a la prestación de una interrupción legal del embarazo, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica”* (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, 2015:13).

Otra tensión visualizada es la derivación del primer al segundo nivel, en lo que respecta a la causal salud, dado que el Comité del Hospital Belén aún no contempla la resolución del mismo. Como complemento de ello, desde el programa se nos ha manifestado que existe una fuerte tensión, ya que se continúan derivando estas situaciones aún sabiendo que el Comité posiblemente las rechace. Es una forma de presionar y de provocar que tengan que justificar la negativa, según se expresa en los relatos.

La falta de precisión respecto a la semana en que obligatoriamente se debe realizar una derivación al segundo nivel de atención, por el riesgo de realizar la práctica ambulatoriamente, también la visualizamos como tensión en los discursos.

“Hay esa cosa de trinchera de los dos lados. Ante la imposibilidad de resolver o las situaciones son tan complejas, tan al límite, bueno ‘tiro la pelota para afuera’”. (Trabajadora social del Hospital Belén)

De esto que expone la profesional, se puede deducir la preferencia de mantenerse lo más ajenos posibles a la resolución. Pareciera que entre los profesionales también está la sensación de que están llevando a cabo una práctica ilegal, y por ello prefieren derivar la responsabilidad a otros.

Así como menciona la Jefa del Servicio Social del Hospital Belén, *“el acceso sigue dependiendo de lo que hacemos los equipos de salud dentro de instituciones”* (Trabajadora social del Hospital Belén)

La complejidad de la causal salud

Volviendo la mirada hacia la definición de salud, encontramos que no existen acuerdos. Sumado esto a las dimensiones ya desarrolladas en este capítulo, arribamos a la idea que este causal se torna un obstáculo en sí mismo. Mostraremos a continuación distintas posiciones frente a la misma.

Acorde a lo desarrollado por Taussig (1995), en el discurso médico se reproduce un “modelo de enfermedad”, vinculado a síntomas físicos observables; que se contrapone al “modelo de malestar”, éste último asociado a una perspectiva de salud mirada de forma integral. Las autoras Rostagnol y Viera (2006) entendiendo que la enfermedad es *“mucho más que un padecimiento concreto que se manifiesta a través de síntomas”* (12). Porque la salud es en sí algo que va más allá de ausencia de dolencias. Pero pareciera que, en el discurso médico, la salud pensada de esta forma genera incertidumbre, porque. ¿Cómo definir un estado de salud si no existe un síntoma observable y concreto? El discurso médico suele tomar el “modelo de enfermedad” el cual busca la exactitud, frente al de malestar, el cual el “enfermo” enfrenta una situación modelada por una serie de dolencias que pueden o no responder al “lugar” de la enfermedad. Por ende, en las mujeres *“el cuerpo pierde su valor moral, se ve alejado de los posibles sentidos otorgados por la persona en una referenciación que no se restrinja a lo físico”* (Rostagnol, Viera, 2006:12)

Es debido a esa visión reduccionista donde se trama esta compleja y contradictoria aproximación a la causal salud.

“Mientras que lo bio y lo psico son dimensiones de la salud que tienen su anclaje material en el cuerpo, lo social está conformado por el contexto en donde ese cuerpo nace, crece, se desarrolla y muere. Lo social es el contexto y el cuerpo es el texto en que el contexto se imprime. Desde la perspectiva de la salud colectiva, el objeto de intervención y conocimiento –la mujer en situación de aborto- tiene una doble materialidad: biológica y social. La primera es el cuerpo de las mujeres, la segunda son las condiciones materiales y simbólicas de existencia en donde nació, creció y padece”. (Dosso, 2015:11)

Resulta dificultoso tener en cuenta por parte de los médicos este aspecto social que atraviesa a las pacientes, pero todavía más complejo es el alcance de los aspectos psíquicos y emocionales. Queda visible, que, en las intervenciones desarrolladas por las y los profesionales intervinientes, se toma una perspectiva restringida de salud asociada al “modelo de enfermedad”.

La cuestión de “lo psíquico” en el sufrimiento de la mujer a causa de un embarazo, resulta fundamental de poderse comprobar para encuadrar a la causal salud en la justificación de la interrupción, dado que se produce en *“determinadas condiciones físicas y subjetivas (cuerpo-texto) y socio-familiares (contexto)”* (Dosso:2015:15). En estas últimas se pueden incluir violencias, situación laboral, situación educativa, de vivienda y estructura familiar para el sostenimiento de la crianza de un hijo.

El sufrimiento psíquico, diferenciado del padecimiento mental, aparece en las mujeres que desean interrumpir el embarazo, no sólo a raíz de los acontecimientos propios de su vida cotidiana, que le generan conflictos con sus interrelaciones sociales, sino también influye la angustia y determinados temores asociados al riesgo que implica la práctica, aún con la certeza que el método es seguro.

Asimismo, comprendemos que el desequilibrio emocional y psíquico suele estar acompañado en estas mujeres, de otras carencias a nivel material y simbólico, que no pueden pensarse aisladamente. Los sufrimientos implicados son el factor más mencionado por las y los profesionales en la demanda de las mujeres, pero que en general suelen influir las condiciones socio-familiares complejas que acompañan y profundizan dicho sufrimiento psíquico.

Si volvemos a los documentos que enmarcan y señalan las situaciones que ingresarían dentro de este causal, visualizamos la complejidad que implica justificarlo, por no poder interpretarse concretamente. *“Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto”* (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del Municipio Elizabeth, 2017:17). Dicha *“posibilidad de afectación de la salud, que no implica la constatación de una enfermedad, ni que el peligro sea una intensidad determinada”*, muestra entonces lo abstracto, subjetivo y arbitrario que se vuelve a la hora de contemplarlo para la toma de decisiones. En comparación con la causal violación y riesgo físico para la vida, este no presenta un componente material y observable que justifique la práctica.

Es por ello que, para otras/os profesionales de la salud, resulta más objetivable, verídico y legítimo intervenir en aquellas situaciones que se corresponden a la causal violación donde la mujer asume como compromiso firmar una declaración jurada en la cual certifica dicha violación. Asimismo, el causal riesgo de vida remite a una comprobación científica, realizada mediante estudios médicos que certifiquen el riesgo que implicaría la consecución del embarazo.

“(..) el sufrimiento psíquico me parece que es objetivable, o sea hay mujeres que te ponen a llorar que te dicen la falta de acompañamiento familiar, quien la ayuda con el otro bebé.

(...) La causal salud más común tiene que ver con el sufrimiento psíquico, lo encauzamos de esa manera.” (Directora del CAPS Lucía)

Por otro lado, en la causal riesgo para la vida, encontramos un dilema en la definición de este “riesgo”, dado que no siempre es comprobable empíricamente desde la medicina, como sí lo es, por ejemplo, una malformación fetal, una cardiopatía, y otras situaciones intrauterinas incompetentes con la vida. Entre las que generan contradicción, se encuentran, por ejemplo, el intento de interrumpir el embarazo a través de métodos inseguros, o la potencial alternativa ante la negación por parte del equipo de salud. Como mencionan algunas y algunos profesionales, aunque la misma no es una dificultad que atañe a la salud orgánica, puede ser considerado un peligro para su vida.

Observamos que a partir del análisis más exhaustivo sobre cómo estos causales son o no son tenidos en cuenta en las intervenciones, y principalmente, la ausencia de acuerdo frente al causal salud, muchas situaciones son definidas a criterio meramente personal.

Entendiendo la fuerza que ejercen las barreras ya descritas, provocando la restricción del acceso de las mujeres a una intervención realizada en un marco seguro, legal y gratuito, es que nos surgen algunos interrogantes que darán pie a las consideraciones finales.

¿Por qué un causal es más válido que otro? Entonces, ¿Quiénes tienen derecho a interrumpir?

REFLEXIONES FINALES

Queremos iniciar las conclusiones haciendo referencia al contexto singular en que comenzamos a desarrollar este trabajo investigativo. En un año de una gran conmoción social respecto a los debates alrededor del aborto, de la violencia de género y la gran fuerza e impacto social que tuvo el feminismo como movimiento⁷ y su incorporación en la agenda estatal, esta producción resultó un gran desafío. A su vez, el haber transitado las prácticas preprofesionales en una institución en la cual existe un dispositivo de Interrupción Legal del Embarazo, nos movilizó e impulsó a indagar más sobre las condiciones en que se desarrolla esta demanda. Las discusiones que se dieron al interior del ámbito educativo y de salud, y su gran difusión en los medios de comunicación, provocaron un gran interés acerca de cómo atraviesan las mujeres este tipo de situaciones y qué respuestas institucionales existen frente a esas demandas, pregunta que orientó nuestra investigación.

Analizar en profundidad las trayectorias de las mismas a través de los dispositivos de salud y las estrategias que las y los profesionales de la salud desarrollan al respecto, dio lugar a conocer la fuerte incidencia que tienen ciertos requisitos y representaciones, sobre las decisiones de las y los profesionales intervinientes. De esta forma, corroboramos la hipótesis expresada en el diseño, la cual sostenía la existencia de trabas a su realización, más allá de que la interrupción se hallara en el marco de una práctica legal. De esto se deriva la importancia de analizar su implementación y no dar por sentado que su aval legal supone

⁷ Aunque partimos de la base de que el feminismo no es un movimiento homogéneo a su interior y existen distintos *feminismos*, aquí utilizamos el término de manera genérica ya que el énfasis está puesto en el conjunto identificado dentro de él.

que se garantice. Lo que nos incentivó a su problematización, fue justamente el haber dilucidado aquellos aspectos más simbólicos que, lejos de ser inocentes, resultan un gran peso en su consecución. En ese sentido, pudimos ahondar sobre el modo en que se concibe esta práctica para las mujeres que la atraviesan, desde el discurso de las y los profesionales; las relaciones asimétricas puestas en juego, los paradigmas desde los cuales se parte al pensar en la salud, y la manera en que ello repercute en el tipo de práctica que se desarrolla según cada situación.

El punto cúlmine de nuestra problematización resulta del hecho de que las prácticas de interrupción legal del embarazo son mayormente avaladas cuando responden a la causal violación o riesgo para la vida, dando lugar al cuestionamiento de la validez de la causal salud. Y con respecto a ello consideramos algunos aspectos a destacar.

Por un lado, la ausencia en el *“Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”* del establecimiento de criterios o niveles estándares de gravedad claros para definir lo que queda sujeto a la causal salud, desemboca en la arbitrariedad de su concreción y por ende de su ejercicio como derecho o no. Acaba siendo más fuerte la palabra de las y los profesionales intervinientes que la voz de la mujer. Por tanto, podemos afirmar que la materialización de la política pública producto del derecho a la interrupción legal del embarazo, se concreta parcialmente, ya que está condicionada por posiciones ideológicas e intervenciones de algunos efectores de la salud que limitan y obstaculizan su concreción; y, por tanto, privan de sus derechos a una gran cantidad de mujeres. La causal menos tajante, que daría lugar a decisiones más autónomas para las ellas, es la más cuestionada. La tensión está, por ende, en su poder de decisión. Derivado de ello, nos preguntamos:

¿En qué lugar se ubica el poder de decisión de las mujeres? ¿No sería la autonomía de las mujeres entonces la que se pone en discusión constantemente en el acceso de las mismas a la práctica?

Sumado a esta escasa autonomía, existen condiciones sociales que la complejizan aún más. Problemáticas económicas, de necesidad de cuidado de otros hijos o hijas, ausencia de redes vinculares que acompañen en estas situaciones a las mujeres, y múltiples violencias que atraviesan su vida cotidiana. Estas condiciones también influyen en la manera en que cada una de ellas concibe la maternidad. Pero si no es tomada en cuenta la dimensión

biopsicosocial singular de la mujer. Entonces *¿Qué lugar se le otorga a la subjetividad de las mujeres?*

A raíz de ello también nos preguntamos... *¿No son entonces las mujeres pobres las más vigiladas, por su reducido margen de libertad para decidir entre tantos condicionantes que las atraviesan?*

El señalamiento ético-moral hacia las mujeres, es una causante de que la interrupción del embarazo sea sinónimo de ilegalidad, generando tensiones y limitaciones a la posibilidad de ampliación de este derecho sexual y (no) reproductivo de las mujeres. Estigmatizar a las mujeres en situación de aborto sigue siendo una práctica cotidiana que censura su voz, y las decisiones sobre sus cuerpos.

Sostenemos que todo este aporte contribuye a pensar este tema como un problema de salud pública, de responsabilidad ética profesional, y por el cual debieran dejarse de lado convicciones personales cuando de interrupción legal se habla. Comprendemos que existe un déficit histórico principalmente de los servicios de educación sexual y anticoncepción, por lo que afirmamos que, además de estar lejos de ser una práctica agradable en los imaginarios de las mujeres que lo atraviesan, no es efectivamente regulada y accesible. De toda esta evidencia, lo que resulta más interesante para continuar abordando esta problemática, es la medida en que efectivamente se garantiza.

Arribamos a estas manifestaciones partiendo desde una perspectiva de complejidad que nos permitió entretejer dimensiones profundas a través de las cuales se puede comprender y considerar la problemática. En virtud de ello, nos permitimos a continuación correr nos del posicionamiento tomado hasta ahora que analiza los obstaculizadores, para comprender lo que implica esta práctica cuando se concreta.

Para ello tomamos el aporte de Martha Rosenberg (2011) quién define al aborto como: *“el rechazo al embarazo como castigo, de la maternidad como destino inexorable, del sacrificio como pauta obligatoria del comportamiento femenino, (el mismo) recupera la agencia de la mujer sobre su vida y su sexualidad. La decisión de abortar subraya -a alto costo- la dimensión del derecho al placer sexual y a un proyecto de vida en el que la decisión sobre la fecundidad sean producto de un proceso de significación deseante y un juicio ético consciente”* (5). Nos pareció fundamental en nuestras reflexiones, poder percibir

desde este ángulo de análisis, lo que implica dicha decisión y la carga simbólica que opera en ella.

De esta forma damos pie a las expectativas que puede generar la ampliación de dicho derecho, en torno a la lucha política que se da en la actualidad frente al Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Como hemos mencionado al comenzar la investigación, hemos escrito el diseño y esta producción final durante el debate de legalización del aborto en la Argentina. Actualmente se presentó por octava vez en el Congreso de la Nación el proyecto mencionado para que ninguna mujer o persona gestante sea criminalizada o penada por realizarse un aborto si esa es su decisión.

Queremos destacar que el proyecto define a los sujetos como mujeres o personas gestantes, dando lugar a la interpretación de género desde la cual se percibe cada una. Coincidimos plenamente con dicha expresión que incluye a las personas gestantes, sin distinción explícita de lo femenino, pero para nuestro trabajo de investigación, elegimos hablar de mujeres, dándole fuerza a su visibilización en este campo de salud complejo. Entonces optamos por continuar con el criterio de hablar de ‘mujeres’ acorde a las unidades de análisis de la investigación.

Retomando los puntos claves del proyecto, destacamos que el mismo responde al derecho de acceso a la salud de las mujeres, como también al ejercicio de la autonomía y autodeterminación sobre el propio cuerpo; como también a la sexualidad.

Hacemos referencia a la importancia que le otorga el nuevo proyecto a la transmisión de información completa, que como desarrollamos, es una barrera a la accesibilidad dentro de la Interrupción Legal del Embarazo. Esto es considerado en el artículo 6, en tanto, *el/la profesional o personal de salud interviniente debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica y los riesgos de su postergación* (Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, 2019). También destacamos que la información debe ser clara, concisa y sobre todo objetiva, es decir que no deben interponerse consideraciones u opiniones personales ni religiosas de las y los profesionales de la salud ni de terceros.

Le otorgamos un gran valor a este proyecto como política pública en materia de salud, entendiendo que el Estado es el principal responsable de garantizar la administración de la salud y la implementación de dichas políticas. Esto supone poner a disposición las

condiciones de seguridad, gratuidad y accesibilidad necesarias para que el derecho a una interrupción legal del embarazo, que es un derecho humano, se haga efectivo.

Por último, como estudiantes y futuras trabajadoras sociales, esperamos que lo investigado invite a repensar las prácticas profesionales para facilitar las trayectorias de las mujeres, brindar la información acorde al contexto y a la singularidad de cada una de ellas. Así también, que nuestro aprendizaje adquirido durante todo este proceso, contribuya a la construcción de una mirada integral de la salud, priorizando en el quehacer profesional la importancia del acceso a la misma en materia de derechos.

Es un desafío para nuestra profesión, trabajar sobre este proceso de significación deseante de cada mujer, siendo verdaderamente comprendida como sujeto de derecho, dueña y titular de sus derechos sexuales y reproductivos.

Es indispensable contar con una ley que regule la accesibilidad, ya que estamos convencidas que nuevos avances legales en materia de aborto, como lo es el proyecto actual mencionado, pueden contribuir a legitimar la interrupción como un derecho.

BIBLIOGRAFÍA

- **Alegre** (2009) Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva. Disponible en <http://www.redsaluddecidir.org/wp-content/uploads/Copia-de-9-Objecion-de-conciencia-Alegre.pdf>
- **Amnistía Internacional**. Argentina. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos. Disponible en <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2018/05/Aportes-al-debate-sobre-derechos-sexuales-y-reproductivos-ONLINE.pdf>
- **Amnistía Internacional**. Argentina. Informe del estado de situación de la interrupción legal del embarazo. El marco legal y las violaciones a los derechos humanos detrás de los obstáculos al aborto legal. Disponible en <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/10/01-informe-estado-ILE-Mapa-actualizado-2.pdf>
- **Ballesteros**, Matías Salvador; **Freidin**, Betina (2010) Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
- **Besse**, Juan y **Cora Escolar** (2011) Epistemología Fronteriza. Puntuaciones sobre teoría, método y técnica en Ciencias Sociales. Eudeba. Buenos Aires
- **Bourdieu**, P. y **Wacquant**, L. (1995) Respuestas por una antropología reflexiva (Trad. H. Levequque). México: Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1992)
- **Caggiano**, Sergio (2008) Racismo, Fundamentalismo Cultural y Restricción de la Ciudadanía: Formas de Regulación Social frente a Inmigrantes en Argentina. Susana Novick (compiladora). Las Migraciones en América Latina. Políticas, Culturas y Estrategias. Ed. Catálogos. Buenos Aires.
- **Calienni**, M., **Martín**, A. M., & **Moledda**, M. (2009) Sobre el trabajo social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina. Revista de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2(2), 37-47
- **Carballeda**, Alfredo (2007) Escuchar las prácticas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- **Carballeda**, Alfredo (2008) Problemáticas sociales complejas y políticas públicas.

- **Carballeda**, Alfredo J. (2016) El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. En: Revista Margen N° 82. Pp.1-4.
- **Castel**, Robert (1995) La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Editorial Paidós.
- **Cavalleri**, Silvina (2008) Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas en Castronovo, R.; Cavalleri, M. S. (coords.) Compartiendo notas: el Trabajo Social en la contemporaneidad. Remedios de Escalada, De la UNLa- Universidad Nacional de Lanús.
- **Cazzaniga**, Susana (1997) El abordaje desde la singularidad. Ficha de cátedra. Facultad de Trabajo Social UNER.
- **Chaneton**, July y Vacarezza, Nayla (2011) La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones, Marea. Buenos Aires.
- **Clemente**, Adriana (2013) La investigación en la consolidación disciplinar del Trabajo Social. Art. Publicado en "La Investigación en Trabajo Social". Vol. XI. FTS- Universidad de Entre Ríos.
- **Colombo**, G. y Viglizzo, M. Trabajando con los datos cuantitativos desde el quehacer cotidiano: consideraciones metodológicas desde el abordaje de la metodología cuantitativa. Ficha de Cátedra.
- **Comes**, Yamila y Otros (2007) Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- **Código Penal de la Nación Argentina**
- **Constitución Nacional Argentina** (1994)
- **Deza**, Soledad (2015) Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia. En Perspectivas Bioéticas. Diseño Año 20 N° 37/38: pág. 76-99.
- **Díaz Martínez**, C (2004) Teoría y metodología de los estudios de la mujer y el género. Policopiado, Neuquén, Octubre 2004
- **Dosso**, Daniela (2015) Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo. FUSA.
- **Fallo F.A.L s/Medida Autosatisfactiva** (2012) Publicación: Fallos: 335:197. Interrupción del Embarazo - Aborto No Punible. Secretaría de Jurisprudencia. CSJN

- **ELA, CEDES, REDAAS:** “Las cifras del Aborto en la Argentina” disponible en: <http://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2018/03/El-aborto-en-cifras-CEDES-ELA-REDAAS-1.pdf>
- **Federici, S** (2011) Calibán y la bruja. Tinta Limón. Buenos Aires.
- **Ferrara** (2005) El Sistema quiere la enfermedad. Revista Lezama, Año 2/Nro. 13. Buenos Aires
- **Frenk, J.** (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública México.
- **Gamardo, Mónica A** (2015) Consideraciones para la elaboración del marco teórico en proyectos de investigación. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Trabajo Social. Documento de Cátedra – TIF
- **Harari, Florencia; Lini, Marina; Sappa Stella** (2017) Atención integral de personas en situación de aborto. Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación
- **Landini, Fernando; González Cowes, Valeria; D’Amore, Eliana** (2014) Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Cad. Saude Publica, Río de Janeiro.
- **Langer, Ana** (2002) El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Pública
- **Lera, Carmen; Genolet, Alicia; Rocha, Verónica; Schoenfeld, Zunilda; Guerriera, Lorena; Bolcatto, Silvina** (2007) Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. Revista Cátedra Paralela N°4
- **Levesque, J. F., Harris, M. F., y Russell, G.** (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International journal for equity in health, 12(1).
- **Ley 26.529** de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009)
- **Litichever, Cecilia** (2009) Trayectoria Institucional y Ciudadanía de Chicos y Chicas con Experiencia de vida en Calle. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires
- **Maffia, Diana** (2011) Problemas éticos y epistemologías de la investigación en sexualidades diversas. En: Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad. Geldstein Rosa y Schufer Marta Editoras, Biblos, Buenos Aires.

- **Malacalza**, Susana (2009) El Trabajo Social y la construcción de estrategias de intervención en el escenario socio-histórico Latinoamericano en un mundo globalizado.
- **Mario, S** y E.A Pantelides (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población, 87. Comisión Económica para América Latina (CEPAL)
- **Marradi**; Archenti; Piovani (2007) Metodología de las Ciencias Sociales
- **Ministerio de Salud de la Nación Argentina**. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2014)
- **Morín**, Roger y Motta (2003) Educar en la era planetaria. Gedisa Editorial. Barcelona, España.
- **Netto**, José Pablo (1982): Capitalismo monopolístico y Servicio Social Cortez Editora. Brasil.
- **Oliva**, A; Mallardi, M y Pérez C. (2010) Problematización de los procesos de intervención y las tácticas operativas en la práctica profesional del trabajo social. En el tercer encuentro argentino y latinoamericano de Trabajo Social.
- **Organización Mundial de la Salud** (2006) Constitución de la OMS.
- **Parra**, Gustavo (2001) Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del trabajo social. Ed. Espacio
- **Pastorini**, Alejandra (2000) ¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites de la categoría «concesión-conquista». Borgiani, E. y Montaña, C. (orgs.). La política social hoy. San Pablo: Cortez, pp. 207-232
- **Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo**. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2015.
- **Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo**. Secretaria de Salud. Dirección de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. 2017
- **Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo** (2019). Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.
- **Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir**, disponible en <http://www.redsaluddecidir.org/>
- **Resolución 3146/2012. Protocolo de Atención Integral de los Abortos No Punible**. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

- **Río Fortuna**, Cyntia A. del (2010) Es el cierre de su etapa reproductiva. Etnografía de la política pública de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en la Ciudad de Buenos Aires. Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Universidad de Buenos Aires en Antropología.
- **Rodríguez U**, Manuel L. (2011) Estrategias de intervención: Notas metodológicas.
- **Rosemberg**, M (2011). "Campaña Nacional por el Derecho al Aborto. ¿Quiénes son esas mujeres? Disponible en <http://goo.gl/qfRCWd>
- **Rostagnol**, Susana y Viera, Mariana (2006) Abortos y maternidades. Derechos sexuales y reproductivos en mujeres adolescentes embarazadas. Seminario Regional sobre Investigación y Género en la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Organizado por la Red Temática Universitaria de Estudios de Género- UDELAR
- **Spinelli**, Hugo (2010) "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". Buenos Aires.
- **Stolkiner** y Otros (2000) Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso del libro La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales - Ed. Dunken. Buenos Aires.
- **Tamayo**, Giulia (2001) Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos. Flora Tristan, Lima
- **Taussig**, Michael, (1995) Un gigante en convulsiones. Editorial Gedisa, Barcelona.
- **Testa**, Mario (2007) Pensamiento Estratégico y lógica de programación. Lugar Editorial
- **Vacarezza**, Nayla (2015) "Aborto, experiencia, afectos" en Belfiori, Dahiana, Código rosa. Relatos sobre abortos, Buenos Aires, La parte maldita, pp. 137-141
- **Valles**, M. (1997) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Cap. 6: Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad.
- **Zaldúa**, G; Longo, R; Lenta, M; Botinelli, M (2018) Dispositivos Instituyentes sobre Géneros y Violencias. Editorial Teseo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ANEXOS

- **Relatos correspondientes a mujeres que han atravesado la situación de un aborto por fuera de una trayectoria legal**
- **Elizabeth.** Mujer de 34 años muere como consecuencia de un aborto voluntario e inseguro realizado con un perejil, pocos días después de que el Senado rechazara el Proyecto de Ley en Agosto de 2018
- **Belén.** Mujer de 27 años, quien acudió a urgencias en un hospital público por una grave hemorragia vaginal. Tras haber atravesado un aborto espontáneo, fue acusada de “homicidio agravado por el vínculo”. Estuvo tres años en prisión.
- **Lucía.** Niña de 11 años, quien fue violada por la pareja de su abuela, se le negó la interrupción legal de su embarazo. Se le aplicó corticoides para madurar el feto, que ella había solicitado legalmente que le quitaran de su cuerpo. Sometida a una cesárea, luego de la cual, la recién nacida desarrolló complicaciones respiratorias que finalizaron en su muerte a los pocos días.
- **Romina.** Mujer de 30 años que falleció luego de ingresar un hospital con todos los signos de haber tenido un aborto, aunque ella habría negado estar embarazada (según fuentes cercanas, su familia había tenido miedo de ser penalizados).

- **Consentimiento informado solicitado para acceder a una Interrupción Legal del Embarazo**

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Interrupción legal del embarazo /aborto no punible

Datos de la declarante

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de historia clínica _____

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del art. 86 inc. 1º y/o 2º del Código Penal.

A los fines referidos declaro expresamente: 1) Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional—incluido el aborto farmacológico—, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias. 2) Que he entendido la información que se me ha dado. 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 4) Que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en _____, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma de la interesada

Aclaración

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

Para personas menores de 14 años* y personas declaradas judicialmente incapaces.
Señalar lo que corresponda.

☐ Menor de 14 años* ☐ Incapaz

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Firma de la/el representante legal

* Este límite de edad deberá actualizarse progresivamente de acuerdo a nuevas legislaciones —como el nuevo Código Civil y Comercial— en orden a satisfacer el interés superior de la niña (Ley 26.061, art. 3).

Firma del o de las/los profesionales médicos

Matrícula N.º

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada.

- **Declaración jurada de quien solicita una Interrupción Legal del Embarazo por la causal violación**

DECLARACIÓN JURADA

**Víctima de delito contra la integridad sexual
Embarazo producto de una violación**

Datos de la declarante

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de historia clínica _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos; soy consciente de que corresponde aplicar sanciones penales por falsa declaración y DECLARO:
- Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).
- Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en _____, a los _____ días
del mes de _____ de _____

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 86, inc. 2 del Código Penal y sentencia "F.A.L. s/medida autosatisfactiva", marzo de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación).

.....
Firma de la declarante

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

Para personas menores de 14 años* y personas declaradas judicialmente incapaces.
Señalar lo que corresponda.

☐ Menor de 14 años* ☐ Incapaz

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

.....
Firma de la/el representante legal

* Este límite de edad deberá actualizarse progresivamente de acuerdo a nuevas legislaciones –como el nuevo Código Civil y Comercial– en orden a satisfacer el interés superior de la niña (Ley 26.061, art. 3).

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada.

Entrevista a la Trabajadora Social del Hospital Belén

Fecha: 8 de marzo de 2019

Entrevistadoras: Cicciaro, María Sofía y Domínguez Soler, Martina

Entrevistadora: **¿Hace cuánto trabajas en la institución y desde cuándo formas parte del Comité?**

Trabajadora social: Octubre de 2016. Y al Comité, desde ahí que entré, no tuve mucha opción. E intencionalmente quise participar desde el inicio.

E: **Cuál crees q es la función del TS específicamente en ILE, en el Comité?**

TS: Fue un poco discutido eso, porque yo tenía la idea de un rol más amplio del que se venía haciendo. Pero bueno también las veces que quise ampliar, me di cuenta que también es difícil por una cuestión digamos operativa, de recurso humano y demás. Creo que el rol tiene que ver con poder, por un lado, ofrecer una mirada interdisciplinaria a las evaluaciones que se hacen, ofrecer la mirada específica de la profesión para que realmente sea interdisciplinario y no quede en algo biologicista, aunque también está salud mental, pero buen yo creo que salud mental participa, pero no tanto, nosotros damos un poco más de soporte. Y creo que hay como una doble función, por un lado un rol más de acompañamiento y orientación cuando la situación ya llega elaborada, cuando la mujer llega con la decisión tomada, me parece que el rol es más de asesoramiento, acompañamiento y poner a disposición información, y garantizar que el apto médico o el procedimiento se realice con la mayor información posible y un rol más posterior de acompañamiento o de seguimiento, que es lo que yo creo que no sucede, y es ahí donde hubo algunas discusiones. En algunas situaciones porque es más cómodo que lo haga el primer nivel, cuando fue el primer nivel quien conoció la situación, y en otras es muy difícil cuando la paciente llega solo para eso puntualmente, establecer una referencia para después poder seguir laburando. Eso también es un obstáculo, uno conoce a la paciente en una situación muy puntual, como muy aguda, que está ante un embarazo no deseado y quiere interrumpirlo, cuando uno después hace una evaluación y quiere abrir otras líneas para laburar, a posteriori, es difícil cuando no tenés un vínculo hecho antes. Y sintetizando, me parece que es garantizar derechos, el rol del trabajo social, con todo lo que eso implica.

E: **¿Cómo es el acceso de las mujeres al hospital?**

TS: Formalmente hay dos vías. Una es a través de los centros de salud que es el canal de derivación, son las mujeres que llegan a los centros de salud, evalúan, consideran que tienen los requisitos para ingresar al protocolo, se contactan con la Secretaría de Salud, la secretaria nos contacta, encauza todos los pedidos, nos contacta y deriva las situaciones para que nosotros intervengamos. El otro es la demanda espontánea, que son los menos, podríamos recibir, pero la verdad que no pasó nunca. Sí a veces a raíz de otra cosa, trabajando otra cuestión, habiendo sido otro el origen de la demanda a nosotros, termina en una ILE. Pero nunca por una demanda de la mujer. O sea que la mayoría es a través de los centros de salud

E: **¿Van acompañadas? ¿De quiénes?**

TS: No, la mayoría no. En general son mujeres que están transitando esta situación solas. No quiere decir que estén solas en el mundo, que no tengan redes, o círculos de apoyos, pero que llegan a la consulta por la ILE más que nada solas. Generalmente cuando son producto de situaciones de violencia, la pareja no está en conocimiento de su intención de interrumpir el embarazo. O sea que no son compañía, y la realidad es que otros referentes afectivos no llegan al hospital, no en esta demanda. Por lo general es algo que transitan bastante solas.

E: **Lo decimos porque en el primer nivel suelen ir acompañadas de una vecina, una mamá, hermana. Pero como tienen que quedar internadas, es distinto... Y más pensando que estamos en el segundo nivel... la complejidad es distinta, y la compañía podría ser más necesaria...**

TS: Es que por eso. Yo creo que la compañía en el primer nivel para esas consultas funciona más como un apoyo para que se animen a dar ese paso, “yo te acompaño porque conozco”. Después al hospital llegan solas y lo transitan solas.

E: **¿Y con qué información suelen llegar respecto a la temática? ¿Conocen?**

TS: Te diría que conocen poco. Poco en doble sentido. Por un lado, porque a veces no cuentan con información completa sobre una ILE, sobre lo que son sus derechos reproductivos como mujer, lo que son sus derechos como paciente, de los posibles a los cuales pueden acceder. No digo que falle necesariamente el primer nivel, porque a veces también son mujeres violentadas desde un montón de lugares, más allá de si el causal es por violencia. Mujeres con bajo registro de su propio cuerpo, que han sido violentadas en su trayectoria de vida en diferentes momentos, por distintas razones. Que no pueden posicionarse como sujetos de derecho, desubjetivadas en algún punto. Y eso es que ellas solas se ubiquen en una posición como pasiva, y de no poder apropiarse de su cuerpo y de lo que pueden ser capaces. Con lo cual la información que a veces se les pone a disposición no la incorporan, porque no tienen recursos simbólicos para empoderarse de esa situación, por las trayectorias que tienen. Me parece que tiene que ver con eso.. A veces desde cuestiones materiales, digo que si no sabes qué va a comer a la noche no le podés pedir que se pueda posicionar desde un lugar más abstracto. Es lo material lo que les quema. Por esas dos cosas. Sobre todo porque más allá de que se ponga a disposición la información no tiene capacidad para incorporarla, resignificar esa información. De hecho muchas veces nos ha pasado de darnos cuenta, que la problematización o lo no deseado de ese embarazo era más del equipo de salud que de la propia mujer

E: **Claro nosotras vimos en los centros de salud que ante la pregunta de si quieren continuarlo, pareciera como que estuviese mal decir “no lo quiero”, y “sí, sí, yo voy a ser madre” y recién después al tercer día se lo preguntan.**

TS: Por ahí es el tercer embarazo que tienen no deseado. Son mujeres en las que hay hasta una cuestión de clase, pocas veces se preguntaron cómo se sentían con algo..

E: **Todo muy naturalizado..**

TS: Exacto, los roles, lo asignado a los familiares. Que puedan decidir sobre su cuerpo, no lo ven algo posible.

E: **Bueno y.. ¿Cómo se da ese proceso de entrevista con ellas? En los casos en los que tenga que haber..**

TS: Al principio el Comité o las entrevistas eran mas de evaluación, en términos de si cumplía o no los requisitos de ingreso al ILE, parecía un rol más de fiscalización, “a ver si dice lo que queremos escuchar”

E: Por eso pensábamos en si efectivamente se hace una entrevista, y qué implica eso, si el centro de salud ya lo mandó...

TS: Bueno a lo último a algunas no se les hacía entrevistas. Por ahí la entrevista era más de acompañamiento y contención. ¿Cómo era la pregunta?

E: De si se realiza una entrevista, cómo es eso..

TS: Yo creo que hubo como dos grandes entrevistas. Las primeras eran más de evaluación de si se ajustaba o no al protocolo, que se buscaba si cumplía requisitos y si entraba en uno de los causales, salud, a los fines de este equipo, o violencia. Y en realidad lo que se buscaba es que la mujer pudiera tener registro, que sea ella la que pudiera dar cuenta que fue producto de una situación de violencia y no que fuese asignado por el equipo de salud. También porque es poner al otro en un lugar activo de su realidad. Porque a mí, vos me contas tu situación, yo puedo decir que es un embarazo no deseado o planificado, pero si vos no tenés esa percepción no va. Esas por ahí eran las primeras.

E: Ninguna autonomía..

TS: No, seguís reproduciendo un circuito de ponerlo al otro en una situación pasiva y de oprimirlo. Y el segundo conjunto de entrevistas, tenía que ver con esto de orientación, por ahí puntualmente lo que era el procedimiento en el hospital. Muchas mujeres llegaban con la situación o decisión tomada, pero no manejaban mucha información sobre cómo iba ser interrumpir un embarazo en un hospital. Por ejemplo, el tiempo de internación, que era lo que pasaba, qué hacía el médico, quién las podía acompañar y quién no, qué pasaba si les pasaba algo. Que ahí nos encontramos con muchos obstáculos porque eran mujeres que no venían preparadas para lo que iba a pasar, no traer el bolso con una muda de ropa o bueno mujeres que están muy solas, nadie sabía de su círculo, lo que iban a hacer y entonces el ausentarse un día de la casa... Y que si pasaba algo, a quién le avisábamos...

E: Estos dos tipos de entrevistas.. ¿Las pensas como pasos? ¿O son dos momentos distintos?

TS: Al principio se hacían las dos. Y en un segundo momento del Comité, hacían solo lo segundo. Porque se supone que lo primero ya venía filtrado de los centros de salud y por el municipio. Pero siempre la secretaría quiso que nosotros fuéramos mas flexibles en los causales y que nosotros incorporáramos salud no meramente biológica.

E: Justamente ahora te íbamos a preguntar sobre el Comité, si hay una nueva decisión, esto de poder ampliar la causal.. ¿Por qué plantean volver a hacer una entrevista cuando la mujer fue derivada? ¿Esto puede generar una tensión a las mujeres?

TS: Para mí en algún punto era una revictimización, si la entrevista en el hospital volvía a ser en términos de evaluar si entraba o no en el protocolo. Digamos si la entrevista tenía ese objetivo, era revictimizar. Por eso yo intenté que fuera virando ese momento de contacto del equipo de salud del hospital con la mujer, no con ese objetivo sino más de acompañamiento, de orientación y puesta a disposición de información. Porque la mujer ya había contado todo y sino tenía que volver a contar.

E: Me quedé con algo, esto de que se realice una nueva entrevista.. ¿Puede tener que ver con que el protocolo del hospital no es el mismo que se toma en Elizabeth? Como no se toma salud de manera amplia, quizás en la entrevista surgen estos casos en que no les cierra el causal, y es por la diferencia que hay a la hora de evaluarlo. Nos decían que el protocolo del hospital no lo toma. Que ellos no buscaban revictimizar, pero si no se adecuaba, a pesar de que lo haya mandado un centro de salud..

TS: Sí, a eso se le suma una complejidad más. Que tiene que ver las responsabilidades de los equipos, que en estas situaciones el equipo del primer nivel está evaluando una situación pero el que va a poner la firma y la mano es el del segundo nivel y ahí hay responsabilidades, y compromisos éticos, de firma y sello, de los médicos ortodoxos, que me parece que es algo que entra en tensión. La impresión que a mí siempre me dio es que el médico del segundo nivel sentía que le estaban queriendo imponer lo que tenía que hacer y cómo hacerlo, y eso a ningún médico le gusta, y eso generaba mucha tensión. Entonces por más que desde lo discursivo se planteaban que no querían revictimizar a la mujer, su propia mirada profesional termina haciéndoles hacer esta nueva evaluación. También porque lo que falla es q no se siente parte de un mismo colectivo, el médico del segundo nivel no se siente parte del primer nivel y ahí empieza todo el cortocircuito. Está el circuito de derivación y referencia, pero no funciona, sino un profesional no podría decir que le "están queriendo meter el perro". Más allá de si estaba de acuerdo o no con el ausal. Después con el protocolo del hospital versus el protocolo de la municipalidad.. O sea el de la municipalidad nunca terminó de estar cerrado. A nosotros nunca nos llegó la versión final

E: Nosotros el que imprimimos es el que vimos juntas..

TS: No es un protocolo, es un acta de compromiso. Cuando el protocolo se aceptó, se reunieron, y escribieron que en el día de la fecha acordamos que funcionara.

E: ¿Y qué causales incluye?

TS: Riesgo materno o fetal y violación. No es un protocolo. Digamos que el hospital siempre se apoyó más en el protocolo de provincia, el de aborto no punible, que es más restringido. Elizabeth, desde lo político, más al ILE. Pero como dentro de Elizabeth tenés otros dos efectores de salud que son provinciales, Elizabeth políticamente puede adherir a algo más amplio y sentarse a negociar con los otros y ver qué hacen con ellos. Porque esos dos provinciales son igualmente responsables como el Belén.

E: ¿Pero ellos no hacen?

TS: El BB hacía en una época, pero después dejó de hacer. Hoy creo que ninguno de los dos.

E: Después hay una cuestión de cosas formales, como el consentimiento informado por el que las mujeres pasan al llegar al hospital. Porque no se puede firmar un consentimiento en el CAPS cuando después la práctica se hace aca. Por eso de algún modo ese encuentro se tenía que dar, y esa información se tenía que brindar. Ahí entraba de vuelta esta cosa de las cuestiones legales, de que el médico del hospital que hace la intervención es quien tiene que darle la info y el consentimiento y toda la pelota.

E: En el protocolo creo que dice que es ilegal volver a hacer entrevista en los casos de violación.. ¿Es así?

TS: Sí, la idea es que no haya. Sólo la declaración jurada. Que viene firmada pero igualmente cualquier persona que viene al hospital, por más de que sea por una uña encarnada, te hace firmar consentimiento. A veces es un trámite. Tuvimos un caso de situación de consumo, que la mujer terminó haciéndose la intervención en el hospital, pero que la generalista del centro de salud se ofreció, y le hicieron la práctica. Estaba negada al hospital, una historia difícil con el hospital.

E: Lo pensábamos si por eso de volver a preguntarle.. ¿Puede generarle una tensión a la mujer? Quizás porque quizás con mucha pregunta puede ser que se sienta como que está haciendo algo ilegal..

TS: Yo creo que el encuentro entre la mujer y el equipo de salud del hospital, puede ser una oportunidad para que lo que suceda, que sí o sí va a ser algo traumático para ella, aunque ya tenga la decisión tomada, se dé lo más cuidado y saludable posible. Depende del equipo de salud que pase eso o que sea una revictimización, pero el equipo de salud tiene sus internas y diferencias al interior, y la realidad es que si piensas en la estructura del hospital, ese equipo de salud es mínimo.

E: Claro. En caso de que haya una demanda espontánea, ¿Como encaran situación, cómo surge esa pregunta?

TS: No me pasó nunca... Ah si, no fue una demanda 100% espontánea, fue derivada por el ecografista, quien advierte que no era deseado y la deriva al Servicio Social. No fue espontánea en cuanto no fue la mujer la que movilizó. En un primer momento la entrevista intentó un poco desnaturalizar o separar su embarazo con un proyecto de maternidad. No necesariamente van de la mano. Y ofrecer el espacio para esa pregunta pueda surgir. Porque la condición de embarazo biológicamente hablando parece que activa o automatiza un rol materno, como si fuese una generación espontánea. Como q en un primer momento tuvo que ver con eso, después poner a disposición información para que pueda tomar una decisión ya sea continuar el embarazo o interrumpirlo, con el acceso a la información posible. Explicarle del Comité, que es algo que se podía; en caso de que no se puede en el hospital por el causal, hay otros recursos. Es por ahí averiguar a nivel más local de qué otro modo se puede hacer. Tratar de que pueda construir una decisión sobre el embarazo, acompañar ese proceso de decisión, que no es algo fácil, y hay ciertos tiempos, la mujer atraviesa ciertos momentos.

E: ¿Se da la opción de que la mujer elija qué método quiere para interrumpir?

TS: En el hospital no.

E: ¿Qué pensás al respecto, tendría que suceder?

TS: Sí y no. Por lo que sé, el AMEU no es un método que esté muy desarrollado, hay pocos profesionales que están capacitados en general en el país, los que más llevan la vanguardia son los generalistas que no están en el hospital. Nunca lo pensé esto de si la mujer podría elegir, porque nunca tuvimos situaciones donde podría haber otro modo de interrumpirlo, porque en el hospital nadie hace AMEU. Sí, idealmente, estaría bueno que la mujer pudiera elegir. Si pienso en las mujeres que veían, no sé si tendrían la capacidad de pensar qué metodología..

E: ¿Con qué problemáticas llegan?

TS: Violencia. Son mujeres que son o fueron víctimas de violencia, no se si siempre pero con necesidades básicas insatisfechas, por fuera del mercado formal de trabajo, que por lo general son jefas de familia, y consumo no se si es algo prevalente. Las ha habido pero..

E: Y entre el equipo, ¿Comparten los criterios a la hora de una evaluación?

TS: No, muchas veces no. Pero lo que no quita que muchas veces tenés que construir el criterio. A priori me parece que no, y en el caso a caso a veces tampoco. Pero lo vas construyendo con las particularidades y consensuando. Hay cuestiones personales, ideológicas, esto "sería objetor de conciencia" y también respecto a las concepciones de salud, de para qué está el hospital, para qué está el centro de salud, que tendría que hacer uno y otro. De cómo pensamos al paciente, a la mujer paciente. A lo que podemos hacer y hasta donde como equipo de salud. Hasta dónde es responsabilidad nuestra y hasta donde de otros efectores, como pensamos la intersectorialidad de los 1er y segundo nivel. La intersector con justicia donde hay denuncias previas por violencia. Y otros profesionales esperan que la

justicia resuelva con divinidad cosas que tienen que ver con lo complejo de la problemática social actual y la justicia no va a resolverlo nunca. Pero pretenden que lo resuelva, entonces asignan expectativa que en esas cosas no coincidimos.

E: ¿En eso te referis a los médicos o también a la psicóloga?

TS: A la psicóloga también. Incluso al interior del servicio, con L. he discutido muchas veces. Creo que es inevitable, el tema es no discutirlo. Me parece que no hay acuerdos. Además, el hospital más allá del Comité, y Elizabeth como municipio, siempre está en este coqueteo de "somos medio progre, pero no te garantizamos todo" desde lo discursivo sí, pero no nos desvivimos porque funcione todo a la perfección, mientras no nos traiga problemas mejor. Digo, la dirección del hospital no le encanta contarle a todo el mundo que hace ILE, por otro lado no quiere quilombo, "el que viene resolvémelo", depende quien viene le muestra una cara u otra. Si se tiene que sentar a hablar con los más conservadores dice "no nosotros no.." y si tiene que negociar con un progre le dice "nosotros tenemos un Comité". Siempre está este coqueteo antiguo...

E: El trabajo de equipo igual, ¿Busca conciliar, es interdisciplinario?

TS: Te diría multidisciplinario..

E: ¿Qué pasa con el servicio de enfermería? Es importante porque son los que están ahí, y cómo se siente la mujer...

TS: Es un tema. Me parece que al igual que el servicio mismo de tocogineco y maternidad, en el último tiempo fue cambiando, al principio aunque el procedimiento se hiciera el rechazo estaba implícito o explícito. Y con el paso del tiempo, hubo algo que de a poco fue aflojando, digo en el trato de no culpabilizarla o tratarla como una puta. Digo todo este imaginario que hay sobre la mujer que quiere abortar. Incluso desde las residentes, hasta hace un tiempo las residentes no la tocaban a la mujer, ni siquiera le abrían la historia clínica, era como sarna. Con el tiempo un poco fue aflojando, creo que es un trabajo que hay que hacer al interior del equipo con enfermería. Me parece que falta un montón, y no solo con las mujeres que están por ILE sino con las que van a parir y quieren ser madres. Porque sí, son personas donde se condensa todo el imaginario de la maternidad, el rol de la mujer, desde lo hegemónico ¿No? Todo puesto en esa una misma persona, reproduciéndola todo el tiempo. No todas, pero muchas. El deber ser de la maternidad todo el tiempo operando desde lo discursivo. Me parece que es como un desafío para el equipo..

E: Sí, nos dijo J que querían.. Ahora que está la escuela de enfermería ahí, se podría empezar a pinchar un poquito... ¿Articulan con algún objetor de conciencia que facilite u obstaculice o que interfiera..?

TS: Nos ha pasado pero con casos particulares, una obstetra que se declaró objetora. Pero en realidad casi todos son objetores. El único que hace el procedimiento es J. y ahora había empezado a hacerlo la jefa de residentes. Con lo cual todo el tiempo articulamos con objetores. Pasó puntualmente con una situación, uno de los obstetras trae a una mujer conocida que necesitaba interrumpirlo para que el Comité la evalúe. "Atiéndanla, pero yo no lo hago porque yo soy objetor". Una posición un poco cómoda, hay mucho de eso..

E: ¿Alguna vez tuvieron una mujer que haya tenido que volver al primer nivel? Porque nos contaron de alguna..

TS: Sí, la nena de 14 años. Ya la habían derivado del centro de salud al hospital. No iba a poder firmar y ninguno de los dos progenitores estaba al tanto del procedimiento. Volvió al primer nivel para que la volviera a evaluar. Y otra por una causal salud, porque era una

situación que querían vender como causal salud física, riesgo para la salud materna, por una enfermedad cardiológica, otra por un problema óseo. El causal ahí tenía que ver con otra cosa. Ahí volvió rechazada, o me lo decoras mejor o no va. Y ninguno volvió. Si apuntan al peloteo de uno y otro, sí, pasa..

E: ¿Y que se espera que se ponga en el informe del primer nivel, para que sea fácil el acceso?

TS: Que haya descripción real, que sea cierta. Que de cuenta del registro que la mujer tiene sobre su propia situación, esto de que si no, es el equipo el que problematiza y no el sujeto mismo. Y que pueda quedar expresado que interrumpirlo y hacerlo en un segundo nivel, es la mejor dentro de las posibles para resolver esa situación problemática, que no hay otra, que esa es la única y la mejor.

E: Y en esto de la derivación.. ¿Qué tensiones aparecen?

TS: Muchas. Diferencias de criterios ideológicos, técnico profesionales.

E: ¿En qué sentido?

TS: Lo que implica un riesgo obstétrico para uno del primer nivel no es lo mismo para el obstetra del segundo nivel. O el límite de la edad gestacional que amerita la atención al segundo nivel. ¿Amerita o es que vos no tenés Misoprostol en la salita y por eso lo mandas aca? Que esa nos pasó mil veces.. Y después cuestiones a nivel nuestro, a veces hay diferencias de criterios, cómo se venía laburando la situación de su grupo familiar, recontra archicondicio para el centro de salud, para un colega, y cómo ubicas este ILE en una estrategia de intervención más amplia con esta familia. Esa diferencia de criterios. La típica es "¿Por qué no llegó antes? La anticoncepción a tiempo evitaría el ILE". Que no es así de lineal.. Y hay esa cosa de trinchera de los dos lados. Ante la imposibilidad de resolver o las situaciones son tan complejas, tan al límite, bueno tiro la pelota para afuera. Pero sí, tensiones miles. De comunicación a veces, de comunicación concreta, y de perspectiva de conceptualización de salud. Porque si no estamos de acuerdo con lo que debería hacer un centro de salud y cada uno de los actores en un hospital, nunca nos vamos a poner de acuerdo porque lo que creo que tenés que hacer para vos no es así. Entonces cada uno hace lo que cree, y a veces nos chocamos..

E: ¿Y en cuanto a requisitos burocráticos?

TS: El tema del domicilio. La secretaría de salud le baja una normativa al hospital, que el paciente que se interna tiene que tener domicilio en Elizabeth, sino no se interna. Pero muchas veces quizás viven en Elizabeth, pero propio de la imprevisibilidad en que viven estas mujeres de estos sectores sociales, no tienen dni actualizado. Y pedirle que tenga dni de Elizabeth es un montón. Eso es un gran obstáculo. Después, en esto de los informes hay una cuestión de la firma. En el mail no llega la firma, a los fines legales la firma digital no aplica. La ecografía, pero si bien es burocrático también la necesidad es concreta (como facilitador también). Y después el gran facilitador es la red informal, el contacto informal. Si viene un centro de salud que tiene gran referencia, me llama y se activa otra red, y sale como pan caliente. Que no quita que se haga el circuito formal. Pero ya viene más aceitado. La red informal da más soporte que lo burocrático.

E: ¿Con qué otros efectores se vinculan además de los centros de salud?

TS: mm, secretaría de salud. Y con el programa materno infantil de la secretaria. Porque en realidad es otro programa, no es PT., es CS. Y después MN, que coordina todos los programas.

E: ¿Y por qué se contactan con ellos?

TS: Por ahí situaciones que más allá de la resolución del ILE, que el programa se implique o convocarlos para que nos dé una mano, por gestión de recurso o que esté al tanto de una situación. O para que nos ayude a articular con los centros de salud. Y con el BB. en su momento quisimos, pero fue justo cuando el equipo de ILE estaba desapareciendo, no hubo timing ahí, pero hubo intención.

E: ¿Consideras que la información con respecto a la ILE circula en el hospital?

TS: Se sabe, pero no circula. De hecho la decisión de hacer un trabajo para las jornadas fue una estrategia para visibilizar. Pero que en las jornadas se haga trabajo de ILE fue un montón. Salir un poco de la oscuridad, nosotros hacemos esto y no nos avergüenza decirlo.

E: Por ustedes y también por la mujer a la hora de que llega, sacarla de esa oscuridad a la mujer.. ¿No?

TS: Y a la práctica en sí, e interpelar al resto de los profesionales desde un lugar distinto, que nos dejen de señalar. Si no esa cosa de que lo hacen pero esa cosa de está ahí.

E: O sea que difusión, menos..

TS: Difusión se quiso hacer con los centros de salud, pero la secretaría de salud no lo hizo.

E: ¿Y tienen o realizan alguna propuesta para aceitar este proceso? Sabiendo que es una práctica en la cual el tiempo es central...

TS: Se intentó, la sensibilidad. Para ser sincera, no fueron exitosas. Cuando pensamos en los requisitos y le hicimos saber a P. para que ella transmitiera a los centros de salud, con esto de que vengan con el dni, ecografía. El objetivo era que una vez que la mujer llegase, estuviera armada lo mejor posible para que no tuviera que volver, una vez en el hospital ya se quedase. No se si generó eso, creo que la información no fue bien comunicada a los centros de salud. Y las mujeres hacen lo que pueden con la información que le dan.

E: Nos preguntamos acerca de talleres sobre cómo mandar la derivación desde los CAPS

TS: Eso supuestamente lo hacía P.

E: Ahora viene la parte más personal. ¿En qué sentido te interesas por la temática? Si participas en su debate...

TS: Me interesa, participé en toda la movilización para que se haga ley a través de algunos colectivos. Es muy personal pero por ahí, uno más allá de ser profesional, circula por otros muchos espacios, donde uno transita, ahí intento de sacar el tema, ponerlo en agenda. Primero para sacarlo de la oscuridad, es el tema por excelencia donde surge la doble moral. Todos conocemos alguien que haya abortado pero después es algo de lo que nadie habla. Pero a las pobres las podemos juzgar. Desde eso sí, todo el tiempo trato de generar preguntas incómodas. Que a veces son lugares en que no se habla de estas cosas, y siempre que puedo digo que en el hospital existe un lugar donde se hace esto, que con tensiones al interior, pero que lo vamos armando de a poco. A mi me enorgullece formar parte de este espacio aunque lo critique o sepa que puede mejorarse. Es como una militancia. Me he tratado de formar en algunos espacios, me puedo formar más todavía. La formación es constante y continua.

E: ¿A qué nociones aludís al pensar en la ILE?

TS: Es un acto de justicia en su máxima expresión que se pueda dar, que funcione y que exista, porque yo considero que la mujer es libre de hacer con su cuerpo lo que quiera, es dueña y tiene que actuar con libertad con su cuerpo. A partir de eso, brindarle las condiciones para que lo haga es un acto de justicia en sí mismo. Que existan dispositivos de ILE es combatir el patriarcado, es un acto político en sí mismo, y yo poder participar y hacer que eso funcione, como trabajadora social me parece que está buenísimo y que tiene que ver con lo que yo creo es nuestro quehacer profesional, en término ético políticos y profesionales. Creo que es un tema en el que falta muchísimo, pero todo lo que pasó con la ley y que se ponga en agenda, aunque genera contradicciones, por lo menos se está hablando, falta un montón, desde ya. Pero ya iniciado un proceso de movilización de las mujeres que ya arrancó, no sabemos hasta dónde llegará. Y eso para mí es para celebrar.

E: ¿Pensás que todo lo que es ILE corresponde?

TS: ¿En general o en el hospital?

E: Y más que nada en el hospital.

TS: Yo considero que se tendría que ampliar, creo que no están dadas las condiciones formales para que se amplíen. Ni los profesionales están preparados ni hay suficientes preparados, ni está la capacitación ni el respaldo político por parte de la institución. Con esto que decíamos que en lo discursivo sí, pero en lo concreto no pasa.

Entrevista a la directora del Centro de Salud Lucía

Fecha: Viernes 25 de Enero de 2019

Entrevistadoras: Cicciaro, María Sofía y Domínguez Soler, Martina

Entrevistadora: ¿Qué sensaciones te provoca la demanda de una interrupción del embarazo?

Directora: Hay una cosa a tener en cuenta. Además de ser directora soy medica generalista, y vengo de una residencia que tiene trayectoria en ILE, tuvimos capacitaciones, formaciones. Eso no pas en todos lados. No todos tienen esa formación. Cuando yo vengo acá, vengo como médica, directora y en ese momento no había quien hiciera los abortos, y nosotros (dos médicos generalistas) vinimos, teníamos formación y más pero ambos somos objetores de conciencia. Esto lo transitamos en la residencia, y nosotros hacemos el abordaje inicial de la persona pero lo que no hacemos es la indicación de la práctica, referenciamos a quien la haga. Nos manejamos mucho con el manual previo al protocolo. Una especie de guía., la habían armado ONG's feministas, después vino el protocolo del Ministerio de Salud. Manual del 2012? Protocolo es 2014, 2015, último año de la gestión. Era un manual hecho por una ONG. Estaba bueno pq tenias el abordaje de una mujer que tiene un embarazo no deseado, todo lo que es la consejería para cualquiera de los rumbos que quería, continuarlo o el apoyo que le podemos dar, la adopción o la interrupción con métodos seguros. Eso hacíamos nosotros, cuando vinimos acá, el equipo no lo hacía, había rechazo a lo que es interrupción.. y tuvimos un par de charlas con la gente del programa de SSyR del municipio, y fuimos armando la red. Yo vengo del proceso de construcción de la red, entonces cuando abordábamos a una persona que decidía la interrupción, la referenciamos a los lugares que además podían acceder al Misoprostol, que además nosotros no podíamos acceder. Hoy hay 2 médicas generalistas, una trabajadora social y una obstetra que hacen la intervención, entonces podemos dar una

respuesta desde acá y seguimos el protocolo que tiene Elizabeth. Entonces cuando vos me decís cómo uno recibe, yo estoy en una posición dual, por un lado soy medica generalista y por otro lado soy la directora que tiene que garantizar que esto funcione. Sí te puedo decir que uno ve en esas mujeres su situación de vulnerabilidad que puede pasar por distintos rangos y cualquier estilo de vulnerabilidad, inclusive hemos acompañado a una chica que se hizo interrupción, una chica con consumo que se prostituye pero viste esas chicas que manejan las herramientas institucionales, como que no tenés que asesorarla vos con nada. Entonces una chica que tiene un vínculo violento de ambas partes con su pareja, que si decía que la violaron iba a acceder a una interrupción y hay otras mujeres que son productos de violación clarísimo que te dicen "no bueno, es mi pareja" o sea es muy amplio el espectro de mujeres con la que te encontras y te despierta cualquier tipo de sensaciones. Acá no llegan mucha cantidad de interrupciones, y todos los pedidos de medicación pasan por mi firma. Entonces yo tengo un registro de todas las mujeres que vienen y las conocemos.

Si vos me decís sensaciones, lo que yo veo en las mujeres es esas sensación de desamparo, me ha pasado con la mayoría de las mujeres inclusive algunas que plantean "si pudiera tal cosa no lo haría", son mujeres que se sienten en situación de vulnerabilidad total, de desamparo, de "esto es una situación límite", cambien o no la decisión, como vienen aca y te plantean "con esto no puedo, no puedo seguir adelante". Algunas, uno maneja ciertas situaciones y cambia la decisión, la mayoría no la cambia, pero lo que a mí me genera es esa sensación de desamparo. Y sobre todo el desamparo que viven en las instituciones y respuesta de la salud. El último caso que tuvimos de ILE fue un manejo del Belén espantoso y tuvimos que intervenir nosotros cuasi por pedido de la Secretaría de Salud, para no dejar desamparada la chica pero ella terminó resolviéndolo en el Belén porque correspondía, viste es como que te desgarras, independientemente de la decisión que tomen después. Pero la sensación es de límite, de desamparo total, de "con esto, no se que hacer, estoy sola, estoy perdida".

E: ¿Y esas sensaciones cómo influyen en tu labor acá como medica? ¿Te frenan?

D: No, al contrario. De hecho a mí, que he tenido conversaciones con esto de la objeción de conciencia, a veces me mueve mas de lo que me gustaría. No lo digo para tirarme flores, lo digo porque es un problema para mí. Pero no, me enoja que no se le dé respuesta, me parece para nosotros, digo nosotros porque hemos charlado esto todo el equipo, nos formamos juntos, entonces nos conocemos mucho, es prioritario, esto es una urgencia, esto hay que resolverlo hoy. En el sentido que si tenemos que llamar a las 7 de la tarde lo hemos hecho, si tenemos que ir a buscarte 5.30 de la tarde lo hemos hecho, o sea fuera del horario laboral inclusive, esto es una urgencia, me mueve resolverlo.

E: ¿Y esto que vos decías que estás como en una posición dual, es algo que te condiciona a vos en tu labor profesional día a día y lo tenés que resolver o como lo manejas? Esto que te genera a vos..

D: Yo compro la responsabilidad, como directora no hago la intervención porque es hasta donde yo limito mi práctica, pero para hacer el pedido de Misoprostol o la derivación al segundo nivel necesito mi firma, mi firma esta. No, no me limita, me limita determinada cuestión de la práctica de la ILE y la objeción de conciencia. Me limita hasta que tengo un equipo donde derivar, tengo un equipo que responde, no se que haría en una situación donde no tengo un un equipo que responda. Yo te diría lo hago igual, pero nunca estuve entonces no me voy a mandar la parte de que lo hago igual , pero por las experiencias que he tenido con el tema creo que lo hago igual, pero nunca estuve en esa circunstancia.

E: En qué sentido tu experiencia personal, profesional, como nos contabas recién de la residencia.. ¿En qué sentido esa experiencia te impulsa o te detiene a que se concrete la interrupción?

D: A mí siempre me hace ruido, no se si esto es algo promocionable, porque la mujeres, aún más las convencidas, pasan por un proceso de mucho sufrimiento, y la sensación de desamparo que me parece que uno pudiera acompañarlas en acomodar la situación tomarían otra decisión. Entonces eso me limita un poco en el sentido de la promoción, la promoción como te pongo un cartel afuera que diga acá se hace interrupción, después el programa dentro de Elizabeth te llaman y “qué días estarían para hacer la promoción”, lo mismo con la colocación de diu y entrega de métodos anticonceptivos, y nosotros tenemos definido “los Lunes, los Miércoles a las 12 hay un médico que te recibe”. Me manejo mas como institución que como persona, me parece que es algo no promocionable. Sí me parece que como médica cuando hago una intervención con una mujer que más que cuando está embarazada, por eso te repito lo de la formación de la residencia, lo traemos como impreso, una mujer que tiene riesgo de tener un embarazo, una mujer que viene por un atraso mensual o por uso incorrecto de anticonceptivo o una relación ocasional, lo primero que le preguntas es “¿Qué pasaría si estas embarazada? Nosotros desde el ppio lo abordamos y yo también hago eso, no es embarazo igual te aplaudo te felicito. Lo que sí tenemos muchas experiencias de mujeres que aun siguiendo adelante, osea mujeres que te dicen ni en pedo aborto, pero no lo querían tener , esperan y la pasan mal y trabajamos siempre con gente con cierta vulnerabilidad social, económica entonces el embarazo no es siempre sinónimo de alegría. Pero yo creo que la exp me llevan aún más que hay gente que no quiere, que hay varone que acompañan a mujeres que no quieren ser padres también, abrir la posibilidad. Si tengo que hablar de mí, yo la abro esa posibilidad, y acompaño hasta donde se pueda dar respuesta porque nada, es raro..

E: ¿Y qué expectativa te genera a vos como médica que se pueda ampliar este derecho?

D: ¿La ley por ejemplo? Para mí es correcta la ley, te repito, mi objeción de conciencia pasa por la religión que practico básicamente, y vos no la tenés por qué practicar, yo tengo ese pensamiento, creo que si la ley, esta me pareció bastante acorde, podemos discutir bastantes cosas pero si la ley tiene como objetivo priorizar la salud de la mujer que no opina igual que yo y quiere interrumpirlo me parece que está bien, por ahí podemos entrar en discusión con la edad gestacional , porque no es lo mismo la cesárea que hicieron el otro dia a una piba que es una aberración, sacaste a un ser humano vivo, ya está no es mas aborto porque está fuera del útero de la madre y es un ser humano vivo y lo mataste, porque el ambiente que lo protegía no existe más, y la incubadora no es lo mismo. Además la chica en teoría interrumpió el embarazo, pero no se si es lo que buscaba. Entonces yo puedo discutir esas cosas, te puedo discutir lo de la garantía del Estado pero como se planteaba, pero como se planteaba, que todo lo cubra el estado cuando todos tenemos obras sociales y prepagas que son usureras. Que el estado esté obligando a ellos a pagar. Sí el estado como garante, te puedo hacer esas objeciones de lo que se planteaba. Pero para mí, alguna ley que regule, que las dos cosas, que no deje que el que quiera hacer lo haga por hacer porque es un riesgo la interrupción y un aborto espontáneo también es un riesgo y que el que quiera hacer que haga como corresponde, con supervisión, como corresponde, como deberías ser el ejercicio de las profesionales de la salud, y la mujer que quiera acceder que acceda garantizando derecho a salud, más allá de los riesgos médicos, médicamente hablando hay riesgos, lo más sano en teoría es que continúes adelante el embarazo, esos riesgos son inevitables, bueno fuera de esos riesgos inevitables, que sea de la mejor manera posible.

E: Y en esta idea que decías como el “derecho a salud” ¿A qué otras nociones aludís al momento de pensar en la práctica en sí?

D: La responsabilidad profesional. La garantía del derecho a la salud es nuestra responsabilidad profesional, sino no hagas nada relacionado a esto. No sé si tengo otras nociones, no es mi tema favorito como verán.

E: Con respecto a tu formación, cómo te sentís en cuanto al nivel de formación al respecto?

D: Cómoda, me interesa, me intereso en el tema, me actualizo, te sabría hacer una indicación, no te la hago por otro motivo. Pero el acompañamiento pre y pos a una mujer, pero también por esto, trabajamos el equipo, entonces nos traemos información de varios lados.

E: ¿O sea que en la institución la información es compartida?

D: Sí, es un tema delicado, no todos están de acuerdo. Algunos fueron cambiando de opinión a lo largo del tiempo. No me atrevo a decirte que es una institución donde vos decís, bueno vengo a hacerme una interrupción y “sí, para que te doy el turno, donde, como”. No, depende quién te agarre en la puerta de adelante, podés tener una respuesta u otra. Generalmente nosotros, en que estamos dando vuelta todo el tiempo y que hay gente dando vuelta todo el tiempo, las mujeres llegan. No te sabría decir cuantas quisieron hacer y no pudieron, no es una estadística que te pudiera sacar.

E: ¿Pero entonces hay un acuerdo?

D: Hay un acuerdo, nosotros tenemos reuniones de equipo y en esas hay un acuerdo, se ha hablado algunas veces: “nosotros tenemos que dar una respuesta”, así como tenemos que atender un pibito con fiebre. De hecho hay algunos cambios que están buenísimo, por ejemplo en el acceso al método anticonceptivo, acá es la mujer viene con el carnet, y le das el método anticonceptivo, no entendés lo que dice el carnet o pasó la fecha en que tenías que buscar, venís a buscar, no importa el turno, ni nada y se hace. Siempre puede pasar, pero no hay mujer que venga a buscar un método anticonceptivo y se vaya de acá con un “no hay”. Siempre, después de un tiempo de trabajarlo, se logra. Hay alguna gente, de administración, la promotora de salud, están sensibilizados con el tema, si lo escuchan, lo pescan te vienen a buscar y hay otros que te dan un tour, y eso, aún sin quererlo es un barrera para estas situaciones. Pero sí hay un concepto que hemos trabajado muchas veces, que lo que es la salud sexual y reproductiva como atraso menstrual, métodos anticonceptivos, cualquier duda que tengas sobre tu sexualidad, es una urgencia y se ve como tal sobre todo en adolescentes. Y eso lo fueron entendiendo pq fuimos haciendo este juego: Si el método anticonceptivo no lo garantizas, después va a tener que luchar con un aborto, si estás en contra del aborto, empezá por acá. Eso, desde que yo soy directora es un gran cambio, la puerta abierta a los adoles en general y a las mujeres con este tema, y hemos tenido mujeres que no quisieron su embarazo y lo encontró un embarazo y “sos chica, fijate” y sí pasa.

E: ¿Cómo das a conocer este posicionamiento en la institución? Vos decías que tenían reuniones..

D: Si, tenemos reuniones de equipo. La idea es que sean mensuales, es cada dos meses, con todo el equipo que esté ese día. Hacemos días distintos porque no estamos todos el mismo día, donde se trabaja un aviso parroquial, ponerse al día, a los administrativos recordarles “se está llenando mal esta planilla”, cómo la tenemos que llenar. Yo actualizo info que venga de la secretaría, o cambiamos la turnera de tal, o la persona va a dejar de venir los Lunes y va a pasar a venir... esa actualización y se trabajan algunos temas particulares. Temas como conceptos como la accesibilidad, la misión y la visión del centro de salud, y otras veces vamos a hablar de dengue y que vamos a hacer con el dengue, nosotros lo armamos. Cuando

empecé hice el perfil sociodemográfico del área de responsabilidad y lo compartimos con la gente del equipo. Tiene que ver más con lo que va surgiendo. Y después tengo reuniones con administrativos, más seguridad que tiene que ver con los mecanismos de acceso y todo lo que tiene que ver con papeles del centro de salud y ahí todo el tiempo se habla, desde casos puntuales hasta por ejemplo “se acuerdan que vino esta chica, bueno esto lo tenemos que manejar así y asa”, hablo mucho de cómo lo harían ustedes, porque yo te puedo dar órdenes pero vos no las querés cumplir, entonces ahí logramos consenso, con todo, inclusive con este tema. De ahí surge el cambio por ejemplo con el acceso al métodos anticonceptivo y el uso de carnet. Ponele un cambio que no podemos lograr todavía es que vos por ejemplo vengas con un carnet de otro centro de salud y vengas a retirar acá.

E: ¿Cómo es eso del carnet?

D: Tenemos un carnet, de la muni, donde pongo tus datos, el día que te hice el control, viste que pare el método anticonceptivo por lo menos hay que tener una toma de TA hecha, control de salud, sin laboratorio y esas cosas, pero un control porque son cosas que pueden hacerte daño también. Se supone que te pone la fecha, te veo hoy, se supone que te tome la presión, no tenés ninguna contraindicación y te indico tal método y te digo cuántas cajas te doy. Vos con ese método vas a cualquier centro de salud, mientras tengas el control al día y marcado por ese método, te tendrían que dar durante un año ese método que yo te indiqué. No funciona en todos lados, en algunos funciona mejor y en otros peor, lo que si así no funciona es que yo te vi hoy acá pero vos te fuiste a JLS y podrías ir al centro 10 o trabajas cerca del centro cuatro y quieres pasar por ahí a buscar, y deberías poder porque la idea del carnet es esa, que vos tengas la información para que en cualquier lado te den. “Pero esto es del centro 21, que haces acá?” Esa es todavía reticente, lo que logré con algunas es que me vengán a buscar a mí. Viene con: “yo no se en la 21 como atiende, yo confío en vos en cómo lo completas” pero yo no se cómo lo completan, que está tomando, se meten en cosas que no entienden, algunos me vienen a consultar, otros dicen no tenés que ir ahí.

E: Y vos ni te enteraste que llegó...

D: No, ni te enterás que pasa. Te enteras si se quejan, o en el consultorio si hay comentario, sino no te enterás.

E: Me entro una duda, vos cuando decís que das receta.. ¿Acá no dan anticonceptivos?

D: Sí, tenemos todos, pero es si vos lo querés ir a retirar a otro lado. Es ponele las ampollas que se colocan una vez por mes, y te digo bueno te doy 3 ampollas, y te doy 3 meses te aplicas y después tenés que venir a buscar. Porqué te doy 3, te puedo dar 3 porque no tengo más, o pq quiero que vengas en 3 meses a ver que pasó o pq se me ocurrió. Al 3er mes vos venís con tu carnet, si vos no tenés la indicación del control médico, venís con tu carnet a pedir más, más ampollas, podés venir acá o podías ir a cualquier centro de salud de Elizabeth, que está consensuado que funcione así. Por qué fuiste, porque te quedó más, cerca por horario x lo que sea. Por ejemplo acá no hay farmacia, no tenemos horario de farmacia, tenemos medicación y en cualquier horario te entregamos. Venís de 8 a 5 y te podemos dar la medicación. Hay otros centros que tienen farmacia con farmacéutico y tienen horario específico, si fuiste al 12 a las 3 de la tarde y no está la farmacia deberías venir acá si querés a retirar, total tenemos la misma medicación. Esa función, no siempre está garantizada por los administrativos o por la gente de farmacia o por quien tenga que garantizar. Por ejemplo la promotora de salud, cuando arranqué a trabajar acá cambió de opinión. Cuando empecé a trabajar e hicimos las capacitaciones de ILE todo era super distinto, era todo negativo, de hecho hoy están a favor de la ley y demás. Hay otro administrativo que no, no hay forma, “eso está mal”, mejor que no se entere. Pero es de los que te miran para el costado y “hacé lo que

quieras". Y hay otros dos que no están definidos, y hay otras personas del equipo que también. El odontólogo, no sé si me impacta mucho, la nutricionista tampoco. La gente busca, es más, hay equipos que no incluyen un médico y la gente busca un medico porque están muy asociados, para mi es más sencillo.

E: ¿Participas en algún tipo de debate al respecto? Fuera de la institución..

D: No, sí en todas las reuniones con otros directivos, con promotores, pero no. He participado más como residente en congresos, jornadas de residentes. ahora actualmente no.

E: ¿Y con directivos se juntan?

D: Nosotros tenemos reuniones de directores, tenemos distintos tipos de reuniones de directores, semanales, mensuales lo que sea y a veces surge el tema y se trabaja. Tiene más que ver con la puesta en práctica del tema. La secretaría de salud como política de acción es por ILE, y tiene que ver con cómo gestionas que se lleve a cabo la interrupción. No debates, o de militancia..

E: Y cuando se juntan ¿Qué discurso institucional hay sobre la temática?

D: Se garantiza. Es bandera, es una política de bandera del municipio, que de hecho tiene un discurso cuasi utópico, pq te puedo contar de $\frac{2}{3}$ casos que no fueron así. Pero sí, se compra Misoprostol, esto es un tema de todos los días

E: ¿Decís utópico en cuanto a procedimientos?

D: No, no, ves el informe de gestión del año. Bueno dijimos tantas interrupciones y antes lo hacían todos los centros de salud y ahora lo hacen casi todos, y "miren que bien que estamos" y bien ese número implicó una lucha constante, la verdad es que sí lo que ha cambiado es que si vos lo podés resolver acá es de menos de 14 semanas, sin contraindicaciones que puede usar Misoprostol y que lo seguimos nosotros, eso lo resolvemos siempre desde acá, como por ahí ahora es más fácil el acceso al Misoprostol, tomá, hay. Y lo podés resolver desde el primer nivel, sin necesidad de nada, usas las instituciones del segundo nivel para las ecografías o lo que sea necesario de intervención. Supera las 14 semanas y vos tenés que transar como una interrupción, o es por violación entonces tiene que pasar por el Comité del Belén por otras cuestiones, viste, entonces si tiene algún criterio por el que tiene que pasar al segundo nivel y ya es un despelote, ¿Se logra?, sí se logra. Pero 7 de la tarde te estoy llamando, mañana voy a tu casa a buscarte, me peleo con alguien, armo el informe, hago la tareas del Belén, si hay una evolución. Evidentemente hace 3 años vos me venias a hacer esta charla y yo te decía "No, se la dan de que sí y no anda nada", hoy te digo que sí, anda, y hay ganas de que ande. De hecho hay un protocolo de ILE con los debidos formatos del memo para pedir el Misoprostol, el formato para derivar al segundo nivel, eso entramos a la página, lo bajo, lo llenamos, eso funciona.

E: Decías que hace unos años no se podía decir mucho, pero éste centro ¿Desde cuando realiza?

D: En este sentido de lo podemos resolver todo acá, yo te diria desde mitad del 2016 que es cuando empieza una médica generalista que es la que hace la indicación de la medicación. Yo agarré la dirección en marzo del 2016 y Pili entro en Mayo del 2016.

E: 0 sea que.. ¿Antes no se hacían indicaciones?

D: Antes hacíamos consejería, lo que hacíamos era referenciar, era lo que pasaba en la mayoría de los centros, porque no había acceso al Misoprostol, entonces sabías que el centro Y y YY sí tenían cierta manera de acceder, entonces no solo pasaba por la obj de conciencia sino pq además le tenías que decir andate a la farmacia de Lacroze a pagar dos lucas. Entonces imagínate la mayoría de las personas con las que nosotros hablamos de esta temática no podían pagar, entonces desde lo práctico era menos invasivo, considerábamos nosotros, que hagas todo. Hacíamos toda la consejería pre, pedíamos la ecografía, viste no se le puede negar, y cuando estaban todas las condiciones dadas, referenciábamos a otros centros de salud. Y eso desde que yo estoy en el 2014, lo hacíamos yo y otro médico que se llama M. y es más, previo eso había entrado una amiga nuestra y también lo hacía de esa manera. La directora era médica generalista y también lo hacía de otra manera. En parte, las derivaciones tienen que ver con las dos cosas, no solo con la objeción de conciencia sino tiene que ver con el acceso al recurso. Igual devuelta, si teníamos acceso al recurso, ni M. ni yo lo hubiésemos hecho, hubiésemos referenciado, pero en ese momento resolvió varias cuestiones. Desde que entra P., qué es la generalista que se ofrece a dar respuesta completa, bueno nosotros hacemos hasta la indicación, y bueno ella está acá, le golpeo la puerta. En su momento habíamos armado equipo, bueno después vino otra generalista, A., que ella sí sigue estando acá, y habíamos armado, Lunes y Viernes como les decía, eso tan estructurado que nosotros le decimos a la secretaria de salud “publicalo así”, está desde mediados 2016 con I., la trabajadora social y una generalista. Los lunes A. y los viernes P. Ahora que hay más horarios, no está P. pero Pi. es una nueva generalista, y la trabajadora social. La información es Lunes a Viernes 8 a 5, tenés problemas, “vení y charlamos”, y damos respuesta.

E: O sea lo que les llevó a realizar esto, fue la llegada..

D: Claro la gente empezó a venir, porque eso es lo que pasa, antes te decían acá no viene nadie, porque nadie le pregunta. Una que está trabajando acá es la tradicional objetora de conciencia, no te dice es objetora, pero esto no se hace, no pregunta y se termina la historia, y de hecho yo pedí al programa cuáles son los pasos también legales para que vos seas objetor, porque hay ley pero no hay ley pero si hay ley, viste que es todo medio raro, alguien me quiere denunciar por abandono de personas, porque se murió por una hemorragia y medio que lo podes hacer igual, es como muy raro lo legal del tema. La objeción de conciencia también tiene que tener un encuadre, sino te saco una muela porque tengo miedo de que pierdas un bebé, te saco la muela igual. Después, no podes obligar al profesional a hacer lo que quiera pero sí hacer cumplir con su profesión, y a veces es “te derivo con un colega, yo no lo voy a hacer pero hay que hacerlo”. Entonces era un tema tapado, 100% y desde que hay generalistas que lo abordan desde principios de 2014 cuando empezó nuestra compañera, mediados de 2013 te diría que empezó la otra directora. Y la generalista amiga nuestra da algún tipo de respuesta, más linda más fea más cómoda... pero se da respuesta.

E: Para que sea más preciso ¿En qué se diferencia la consejería que se daba en aquel momento, con hoy que dan la indicación?

D: No, no se si se diferencia, cuando digo indicación es, te pones Misoprostol, cuatro comprimidos, intravaginal.

E: Y antes cuando decías solo hacíamos consejería.. ¿A qué te referías con “sólo consejería”?

D: Es todo lo que conversás, si estaba buscando el embarazo o no, situación sociofamiliar de la paciente, los antecedentes patológicos que puedan contraindicar algún tipo de intervención y demás, y asesorarla sobre las posibilidades de interrupción o “mirá que si lo hacés con un perejil, o con persona aséptica es medio peligroso, nosotros tenemos un método seguro, sano

te lo podemos facilitar y todo lo que tiene que ver con que si seguís a cabo el embarazo acá te garantizamos la atención, la medicación que necesites, podemos pensar en adopción y como se sigue el trámite”, todo lo que tiene que ver con eso hasta antes que la mujer diga “sí, quiero interrupción”, bueno la interrupción, cómo se hace, si necesita método que requiera el segundo nivel, derivamos. Si la interrupción se puede hacer con Misoprostol te referencio con P. o Pi. que te van a dar la indicación del Misoprostol. Nosotros separamos teóricamente la consejería de la interrupción, porque consideramos que la interrupción es garantizar también la interrupción. La consejería está incluida en la interrupción, pero también vas a hacerte la interrupción, AMEU, pastilla, lo que quieras.

Todo lo que tiene que ver con la consejería, incluso la post, nosotros referenciábamos por ejemplo al centro X para que hicieran la interrupción y después lo perseguíamos por teléfono para que vengan a ver si hicieron los controles, si tienen un método anticonceptivo, como que es parte de la interrupción. Esa me parece que es la diferencia, en cuanto al contenido de la consejería es lo mismo. Acceda o no al Misoprostol o al AMEU, le aconsejas lo mismo. Nos ha pasado personas que cambian de decisión cuando le decís que te puedo acompañar en eso, sobre todo personas que tienen que ver con cuestiones económicas, que le podes decir “hay ciertas cuestiones en que podemos acompañarte”. Y hay otras que no, tener un hijo implica muchas cosas, inclusive gastos, tener una cama para el pibito. Hay gente que te dice “yo vivo en la misma cama con mi pareja y 4 chicos, ¿Qué hago con uno más?” “y eso, si pudieran tenerlo resuelto, no harían la interrupción. Otros te dicen que no quieren tener hijos de esa persona, sacando la violación obviamente. Te dicen “lo conocí de casualidad y no quiero saber nada”, te dicen que no y es no. Nosotros hacemos la consejería completa, porque no sabes que está esperando escuchar, de hecho hace poco acompañamos a una chica que vino a hacerse el control del embarazo. En el control con la obstetra se enteró de que puede interrumpir, viene, como es protocolar, viene, le mandas a hacer en la primer consulta la ecografía. Tenía test positivo, le mandó a hacer la ecografía y le preguntó “¿Vos querés seguir adelante con el embarazo?”. Le cuenta las opciones y ella le dice que sí. A los dos días viene conmigo, yo la atendí en el embarazo previo y demás, y me dijo “Me enteré que lo puedo interrumpir y no lo quiero”, es de su pareja pero se quedaron los dos sin trabajo, están viviendo en la casa de la abuela de él, la abuela de él tiene alzheimer y se pierde, es todo muy difícil, ella te dice “nos encantaría tener otro bebe pero no es el momento”. Claro pero la piba ya estaba embarazada de 17 semanas, ahí es donde te digo que ya es todo complejo. Ahí hubo mucho lío para ver la interrupción, la vimos varias veces a ella, parecía muy decidida a la interrupción, y las 3 opciones que le dimos, a las 3 se negó. No fue directamente. “mañana en el Belén anda que a las 8 te recibe”, no fue porque llovía, así en las 3 instituciones que podían darle respuesta. Ya la última era casi 19 semanas, pero este era un intento, es muy probable que te digan que no pero sí seguir. La volvimos a ver, y había hablado con su familia, y le habían dado acompañamiento y ella no estaba de acuerdo con la interrupción, querían en algún momento un segundo hijo y bueno siguió adelante con el embarazo. Y cuando uno cambia ciertas realidades hay mujeres que cambian, otras que no. Como hay mujeres que se enteran que están embarazadas y creen que lo tienen que tener sí o sí, se sorprenden cuando escuchan que hay un método seguro. O le haces la pregunta. La respuesta más común es “sí obvio”, siempre me parece a mí que es ese lenguaje no verbal, defendiendo que yo las ataque, por ahí es una percepción mía, pero ante esa pregunta la mayoría de la veces contestan que es obvio que van a seguir adelante con el embarazo, y creo que porque yo represento un sistema que es super punitivo o sea a un médico “no le podes decir que no”.

E: ¿Cómo acceden las mujeres al centro de salud? ¿La mayoría es porque viven cerca y tienen la historia? ¿Lo hacen acompañadas o vienen solas?

D: Las mujeres que vienen para esta situación, de diversas maneras, la mayoría es gente que nos conoce y se atiende de alguna manera, o conocido de alguien que se atendió con nosotros. Porque eso también pasa mucho, es una situación muy estigmatizante en el barrio y se busca muchas veces centros de salud lejanos para resolver esta situación, de hecho hay comunicación entre los centros, por ejemplo te puedo decir 2 mujeres q fueron a otro lado, que nunca nos dijeron de la internación acá y nosotros lo sabemos o el médico tratante por otra circunstancia, generalmente es por confianza. La modalidad común es que, como el centro de salud es muy chiquito, si sientan, y ven pasar ahí al que tienen confianza, entonces puede pasar la trabajadora social o quien sea, con quien tienen confianza, le cuentan la situación y en seguida se le intenta dar respuesta. Si es una urgencia para nosotros, aunque sea, si no tengo tiempo, te pregunto cuándo fue tu última menstruación y te mando a hacer la ecografía. Pero la mayoría es gente que conocemos.

E: Y en líneas generales ¿Vienen solas o acompañadas de la madre/pareja?

D: Rara vez de la pareja, si vienen acompañadas de amigo o de la madre, muchas vienen con sus hijos que no se si los están acompañando sino que ellos lo acarrean pero no te se decir si mitad y mitad. Si, no es infrecuente esto del conocido, te paran y “K. esta es mi prima”, esto no es infrecuente.

E: Siempre con alguien de referencia q las acompañe..

D: Sí.

E: Y al ser barrial es distinto..

D: Sí, cuando pasa eso, esta persona que viene, el contacto de confianza es del barrio, la persona que quiere hacerse la interrupción del embarazo suele venir de otros lados.

E: Y con respecto a la información, por lo que podés ver en una charla con estas mujeres.. ¿Con qué tipo de información previa llegan a la consulta? ¿O la mayoría se sorprende?

D: La mayoría no tiene la información, son pocas las que vienen y te dicen “quiero acceder a eso” O “¿Que posibilidades hay de pastilla?” Muy pocas. Les empieza a sonar que alguien les contó, sí una prima y no se qué, algunas con información rara: “pastillas no quiero porque sangro”, y lo que vas a hacer es sangrar, con cualquier método que quieras, no hay método que no sangre. Vienen la mayoría sin información, no sé si sorpresa absoluta, son muy pocas las que dicen “se puede”. No son la mayoría pero sí que lo quieren hacer y no tienen idea cómo. Pero sí me pasa una cuestión con los métodos anticonceptivos, algo de los métodos anticonceptivos, vieron que dije lo del carnet que implica buscar el método y si hay algo que no les cierra de la fecha a los administrativos, me llaman a mí, o al médico disponible como para que se vaya con un médico que es una decisión que no puede tomar un administrativo, “vos tendrías que haber venido en Diciembre y no viniste, que pasó de Noviembre a Diciembre”, entonces el administrativo te llama, y hay muchas mujeres, no tanto adolescentes, que creen que quieren recomenzar métodos anticonceptivos entendiéndolos como métodos abortivos. Cuando yo les digo, de distinta manera lo he preguntado, “si yo te pongo la ampolla vos seguis embarazada igual” se sorprenden. “Los anticonceptivos hormonales no producen más riesgo de aborto que tu cuerpo común y corriente, de hecho son hormonas que se producen en el embarazo”. Y se shockean, “no en serio? porque una amiga..”. De hecho tengo contadas 6 casos porque quiero hacer una investigación al respecto. Asumen el reinicio de un método anticonceptivo como posibilidad de aborto si están embarazadas.

E: Un anticonceptivo no es como la pastilla del día después..

D: Nono, un anticonceptivo.. “hace 3 meses que no te ponés la ampolla, hay que ponerla en determinado momento o te la podes poner en cualquier momento pero trae ciertas consecuencias”. Esto me ha pasado en casi todos, muy pocos de desconocimiento absoluto, que la podía dejar cuando quiera y volver cuando quería. O pasa el de “no pude venir y pensé que la podía retomar como si nada”. En realidad sí, la podes tomar cuando quieras, pero si estas embarazada estas embarazada. Con esto no lo vamos a solucionar. Entonces hay cierto mal manejo de la información que a mí me sigue sorprendiendo día a día. y con esto de la interrupción me parece que la que suele tener información la tiene desvirtuada, ni hablar cuando aparecen cosas en los medios de comunicación, que el bebé no respiro por 10 minutos, cosas, pero te lo dicen, pasa con todo, tal artista tuvo tumor con no se que, y viene y te dicen “quiero la ecografía porque tal tuvo..”, no se eso pasa con todo , “no quiero que nazca un bebé que respire cada 10 horas” ...

E: ¿Quiénes participan de las reuniones a las mujeres?

D: Los médicos generalistas seguro, la trabajadora social, y a veces la psicóloga.

E: ¿Y esto siempre se evalúa por el médico y la trabajadora social?

D: Intentamos, generalmente como damos de una semana a la otra, saca turno, no es que viene a la puerta y te dice “hola”, igual no estamos hablando de 10 por día, en promedio 2 por mes, ponele. Entonces generalmente suele captarlo el médico generalista, o vienen y quieren consultarte por un atraso menstrual o lo que sea y lo captas en ese momento, entonces sí se puede en el momento o necesitas, se llama ND. Médicas realistas que hacen la interrupción son 2, y después M. y yo también hacemos el abordaje. Sí, a veces hacemos entrevista conjunta. Nosotros pensamos que hay que abordar en interdisciplina pero que eso tampoco era una limitante, porque si viene la mujer y vos le decís ¿Por qué no venís mañana que está la TS y te vemos?, perdés varias personas , entonces nosotros hacemos también esa intervención. Lo más común es, si vos necesitas una ecografía que diagnostique el embarazo, la ubicación, antes de hacer la interrupción, entonces lo más común es que vengan sin la ecografía; con el test y entonces tenemos la charla para no perder la oportunidad para que sepa de lo que estamos hablando, además como médico te tengo que dar ácido fólico y un montón de otras recomendaciones. Y ahí está atento si se lo da o no se lo da entonces vas a interrumpir un embarazo pero por las dudas te lo cuido... medio raro eso. Entonces uno hace ese tipo de intervenciones, le das el turno de la ecografía y recetamos con el turno de la ecografía en el momento en que vamos hacer a la entrevista. Lamentablemente con muchas hay que correr porque vienen sobre la hora para poder tener una respuesta acá.

E: ¿Y los que no hacen..? Vos x una cuestión de religión y M. lo mismo..

D: Nosotros somos objetores de conciencia por una religión que practicamos pero la ginecóloga porque se le cantó no se, que sería la otra que podría hacer. Igual no es expulsiva, también lo que logramos hacer es que, ella en otro centro de salud no lo hace y acá si, es que no te va a preguntar él “¿Lo querés?” pero si una mujer le dice que no lo quiere me viene a buscar, que eso no pasa con otros objetores.

E: O sea no habilita la pregunta, pero..

D: Claro, trata de esquivar pero si se lo piden...

C: No es una barrera total

D: Nono, igual hasta llegar a pedírselo se escaparon 15, y la otra es la obstétrica que también lo hace, lo que pasa es que vos para conseguir el Misoprostol o la receta o conseguirlo en la muni necesitas un médico por eso nosotros tratamos de que la obstétrica pueda hacer toda la intervención, además vienen una vez por semana, entonces generalmente hace lo mismo, te pido la eco. Nunca se toma decisión en el momento primero porque hay que dejar que la mujer procese la información aún sin cambiar de decisión es un momento fuerte, entonces es raro que se vayan de acá con la indicación en el momento sobre todo porque además les decís "yo voy a tratar de conseguir la medicación, para eso tengo que hacer el informe, eso va a demorar, 1 2 3 días, si hay una segunda instancia", y es raro que no te venga, por lo menos no tenemos experiencia de gente que no te venga a la segunda. En ese sentido somos medio detallistas, cada uno se lo anota en la agenda, che tengo que llamar a esta que no vino.

E: ¿Y qué temáticas/problemáticas suelen mencionar de por qué quieren realizar la práctica?

D: Violencia, embarazo producto de violencia es frecuente, le preguntás, querés dirigir para que te digan "me violaron" y sea todo más fácil, y hay una cuestión de naturalización que es terrible, "bueno sí, yo no quería, pero es mi pareja" es muy difícil, uno traduce en violencia pero las mujeres no te lo manifiestan aunque de libro sea violencia. La situación económica o del hogar, las condiciones es a la par, la mayoría viene y te dice somos 5 o mi marido y yo nos quedamos sin trabajo. Yo te diría que esas dos. Muy pocas que haya venido por una cuestión de salud, por ejemplo tuve diabetes congénita en el anterior embarazo, osea por una cuestión de salud biomédica no. Tampoco ha pasado de alguna con contraindicación para el embarazo y tener que interrumpir por un problema médico de la madre, eso no pasó. Y después hay mujeres que manifiestan esto como: "no era el momento", eso que se traduce en el sufrimiento psíquico, eso lo dicen mucho, eso es raro que no venga con una de las dos otras cosas acompañado.

E: Pero ahí, ustedes, en cuanto a los causales, ¿Tienen que repreguntar?

D: El de violencia es clarísimo porque uno hace la traducción pero es raro que dijeran.

E: Pero cuando corresponde más al de salud, ¿Cómo se manejan?. Por ejemplo, tienen que hacer una derivación o el informe, siempre ponen el causal que corresponde.. ¿Y ahí suelen tener que repreguntar o queda claro?

D: Nosotros no solemos tener una entrevista, solemos tener 2 o 3, depende de otras cosas que tengamos que seguir haciendo. Pero me parece que siempre queda claro el motivo por el que no quiere llevar a cabo el embarazo, después hay otros motivos que llevan a que la mujer no quiera seguir adelante con el embarazo, es tomar otra decisión o no. Pero el sufrimiento psíquico me parece que es objetivable, o sea hay mujeres que te ponen a llorar que te mencionan la falta de acompañamiento familiar, quién la ayuda con el otro bebé.

E: Te hacemos esta pregunta porque vimos que el causal salud es más cuestionado, entonces es más fácil poner que fue por violación..

D: Nosotros acá la mayoría es por el causal salud, y el causal salud más común tiene que ver con el sufrimiento psíquico, lo encauzamos de esa manera..

E: Como no suele cerrar, se repregunta, porque es menos claro, y depende la noción de salud de cada profesional, es más subjetivo..

D: No, yo creo que cuando hacemos lo informes para derivar al segundo nivel, uno le pone la mayor cantidad de flores posibles, para evitar el rechazo, que se yo tengo ahora en la cabeza

la necesidad de interrupción de más de 14 semanas donde le agregamos, “mira que tuvo hipertensión en el embarazo, mira que tiene obesidad”. Me parece que tiene más que ver con buscar la respuesta de la institución que con limitarle el acceso a la mujer. Ahora, sí pasa sobre todo con sufrimiento psíquico que uno, y esto es personal, asociado a pareja inestable, falta de recursos económicos, falla del método anticonceptivo, cuando uno acompaña a la mujer, lo piensa devuelta, no se si termina decidiendo continuar o no, me parece que es distinto que alguna situación. Por ejemplo un caso de una chica que nos dice que la pasó muy mal en el embarazo anterior, vómitos, infecciones urinarias, internaciones, no quiere saber más nada con tener un hijo porque sintió que se moría. A eso sí le ponemos el nombre de decision tomada, de hecho trabajamos con el “ligate las trompas si no quieres quedar más embarazada”, para que no esté sometiéndose a esta situación. Decía “Ya tengo un hijo, si me internan 7 veces, ¿Quién cuida al bebé?. Venía decidida y ofuscada, pero cuando uno hace el papel hay que poner sufrimiento para endulzarle el odio al que lo lee, sobre todo cuando es para el segundo nivel, que necesito que no le vuelva preguntar mil cosas, nosotros tratamos de que no..

E: Osea le dan el espacio...

D: Cuando uno receta , tratamos de tener una segunda entrevista, que sea el mismo, de hecho le decimos: “vamos a estar con la trabajadora social, yo le voy a contar lo que me contaste, vos tenés algun drama con eso?”. Y la idea es preguntar lo que falta preguntar y sobre todo abrir el espacio, esto es en la teoría, después en la práctica puede ser que hagamos todo mal. La última interrupción de 17 semanas que fue con un amigo y ya había logrado la amiga una interrupción en el Belén. Fue sola, la entrevista una trabajadora social, muy mala forma, la chica dice que alguna vez se había atendido acá antes del embarazo, por otra cosa, no la tenemos registrada como paciente habitual y el Belén que determina que era causal violación. Le dice que tiene que ir a la salita, a que nosotros hagamos el pedido para que vaya a tenderse al Belén. Lunes, 17 semanas y 4 días, el miércoles que es cuando está el Comité son 18 semanas, 18 y 1 ya la chance de que te digan que sí bajó 10%. Además no tiene sentido porque el informe que te voy a hacer te voy a decir lo que te acaba de contar, entonces para qué necesitas un informe mío. Igual fue todo malismo, me llaman a mí, y es como “bueno mira, esto hay que resolverlo ya”. Justo estaba PI. y una de las generalistas, voy a ver si hay espacio y citar hoy. Claro, cuando la chica vino acá estuvo una hora y media contando devuelta y diciendo: “yo esto ya te lo conté”, la respuesta de la trabajadora social fue un desastre, fue punitiva, y la chica que le preguntas: “entonces te violó?” “no, bueno, vamos y venimos, el consumo” y no tiene relacion estable y cuando vuelve a ser pareja pasa que: “yo no tengo ganas pero es mi pareja”. Y yo pensaba que si vuelve al Belén el Miércoles y dicen que no, nosotros no podríamos certificar por sus dichos que es producto de una violación, uno hace porque en los libros es una violación, pero sí en relato de ella no dice que fue violada imaginate en un hospital que ya la expulsó una vez. Entonces fue todo una lucha para ver qué le poniamos en el informe que no sea revelar información que ya contó pero que no le vuelva a preguntar. Y además poner algo, causal violación, pero que ella no te lo relata. Por suerte intervino el Programa, hablamos directamente con la gente que se encarga de la interrupción, los dos obstetras que son copados, habló clarisa al programa, hable yo, entonces mandame el informe y no preguntamos nada más, y así fue, el informe nuestro fue el interrogatorio para internación. Si preguntamos, “tenés alguna duda, quieres preguntar algo?” No se y me faltó saber si tuviste otra interrupción, alguna cuestión de cuidado, pero tratamos de ser atentos..

E: ¿En qué situaciones deciden hacer la derivación al segundo nivel?

D: Tiene que ver con no poder resolverlo acá, más de 14 semanas de gestación o imposibilidad de conseguir la medicación, igual ahora, antes pasaba todo el tiempo, ahora con

esto, los que mandamos tuvimos respuesta, de hecho antes había una cosa del causal violación, que la mujer haga la denuncia y quiere obtener los restos para obtener el ADN, tenés que sí o sí hacer la derivación al segundo nivel porque necesitas que sea en un lugar para poder rescatar tejido. No nos pasó nunca, hemos tenido chicas que han venido por abuso y se resolvió acá, el tema es generalmente te vienen muy justitas con las semanas, y ahí es una línea fina, ahí respetas al profesional que se juega la conciencia y la matrícula. Igual esa línea fina de 14 semanas el hospital no tienen drama, ósea es más riesgoso, pero en el hospital estas cuidada entonces disminuir ese riesgo que en su casa yo no puedo observar, entonces no te hacen tanto drama que tengan más de 14, mientras tengan menos de 18 semanas. Pero la edad gestacional es la limitante para nosotros

E: Más con lo burocrático..

D: Es que ya hacer el informe, mandarlo a la secretaría de salud y que me consigan el Misoprostol te demanda dos días seguro..

E: Acá veíamos el tema de si la decisión es interdisciplinaria..

D: La decisión es de la mujer. Nosotros tratamos de trabajar interdisciplinariamente, la trabajadora social, los generalistas, la obstétrica y la psicóloga abordamos el tema, cada uno con formaciones distintas, con límites distintos y formaciones distintas. La trabajadora social está incluida en casi todos los casos.

E: En cuanto a las tensiones en la instancia de derivación.. ¿Existen? Vos mencionabas, por ejemplo, que volvió una chica.. ¿Existen tensiones además de los tiempos?

D: En realidad, hay un antes y después, ponele el último año, el acceso a las ecografías previas, post interrupción, acceso al Misoprostol y al segundo nivel, están mucho más fluidas. Lo que hay son malos manejos profesionales individuales, esta chica que te estoy contando nunca vino acá, si hubiese venido activábamos la vía que actualmente activamos, pero fue directamente al Belén y ahí nos la mandó a nosotros a que se las mandemos, que fue una manera de castigarnos porque entendió que nosotros se la mandamos sin papelito y sin nada. Distinto es que del Belén te llamen y te digan: "Mira, alguien de tu área programática vino a hacer una interrupción, vino, ¿Te parece que después la sigan ustedes?. Ahora, que la mandes sola y llames a la secretaría para quejarte, sin siquiera nada... Hoy en día hay un circuito avalado y reconocido por las instituciones, antes era las ecografías, había una sola en el ZZ. que no te hacía escuchar los latidos en el pre y que no te preguntaba por qué ibas en el pos. Hoy hay hasta en el sistema de turno, ya sé que de manera mandarte a cualquiera de los 3 hospitales para q te hagan la eco, y el que va sabe que te vas a hacer una eco pre posible. Eso es un logro de la gestión, pero el programa y la secretaria lo tiene como línea política, entonces eso anda. Ahora, después, personas individualmente, nos mandamos cagadas todo el tiempo, sobre todo profesionales que tienen que intervenir en esta vía.

E: Pensábamos en qué medida los requisitos burocráticos facilitaban u obstaculizaban esto, si partimos de que hoy cambió porque la línea es más clara de a dónde ir..

D: Un circuito que a vos te permita seguir un camino sabiendo q ese camino se cumple a veces con más fuerza, más presión, siempre es facilitador. Lamentablemente también te puede aumentar la burocracia porque yo para pasar de acá hasta acá tengo que pasar por 4 personas, cuanto menos cuero mejor, pero si funciona funciona, antes era muy a pulmón. Y si no te tratan bien.. No había burocracia pero no accedía al servicio, hoy no es tan burocrático. El acceso sigue dependiendo de lo que hacemos los equipos de salud dentro de instituciones que tienen un circuito validado y que funciona, pero claro el circuito del Belén incluye a I., ella está de

licencia, y la que quedó debe ser objetora de conciencia, y hace mal su trabajo , porque ese circuito que funcionaba dejó de funcionar, no te mando más a la trabajadora social del Belén, le mando directamente el Comité de ILE. Como red de articulación, funciona, puede tener un paso más, pero puedo acceder a ecos pre y post, puedo acceder a la medicación y puedo acceder al segundo nivel y se como hacerlo. En el medio puede fallar, la mayoría de las veces por personas individuales que no hacen correctamente su trabajo, desde nosotros hasta el final. Tenemos un circuito super armado, y si la administración dice: "acá no se hace esto" se cerró la puerta y no la abrí. Tienen un poder más importante del que se imaginan, pero es así, nosotros sí, hay más sensibilización al respecto, y en esta institución en particular hay más demanda, porque estamos dando respuesta, cdo hay respuesta hay más demanda y hay un circuito en Elizabeth que funciona, con su pro y su contra pero funciona. Esto en 2014 no te lo decía ni a palos, mucha cosita Elizabeth somos pro, pero tenías que andar comprando.. Nosotros conocíamos en el AA o en el TT y los mandábamos allá. Porque tenés un acceso directo, vas y sabes como funciona, hoy no lo hago más..

E: Claro, porque habla de otro tipo de acceso, no es lo mismo si vivís acá y te derivo acá nomás..

D: Y, yo creo q esto también permite todo esto del tabú, culturales, si empezas a resolver al lado de tu casa , de esto se habla, y otras mujeres que lo transitan y eso aumenta la demanda, y al dar respuesta, también se puede hablar, y cuando se puede hablar hay gente que empieza a hablar.

E: Bueno para terminar, ya sabemos que puede ser un poco incómodo para vos, pero en esto de articular con otros efectores de salud, o el programa de SSyR, ¿Cómo afecta el tema de la vinculación o personas objetoras? Porque quizás vos sos objetora pero no barrera.. ¿Qué pasa con el afuera?

D: Con la gente que nosotros articulamos para este circuito del cual hablábamos recién, justamente es gente que no es objetora y forma voluntariamente parte de este circuito, entonces hoy no se si eso es una barrera. Reemplazás esa persona como esa persona del caso particular del Belén y podés encontrar red. Yo tengo una definición de objeción de conciencia, que no debería ser nunca barrera de acceso, para mí objetar es hacerse cargo de: "esto no lo hago", por el motivo que a mí se me canta, entonces esto no lo hago implica la responsabilidad de quien lo hace, porque es tú salud, no la mía. Entonces me parece que tras la objeción de conciencia mal interpretada se oculta gente que quiere imponer su forma de pensar o que tiene miedo que le pueda pasar a él o ella por lo que hace un otro, medios religiosos o morales legales. Justo el objetor, yo creo q los que se mal llaman objetores de conciencia se vuelven violentos, oscos y demás porque no saben cómo enfrentar esta situación. Vos podés ser tranquilamente objetor y decir: "hasta acá llego, te acompaño a un lado donde sí hacen". Yo soy respuesta porque a mí me pasa, los límites morales y cuando te los impone una religión son límites, y son tuyos y el otro también te tiene que respetar. Hay religiones donde vos hagas esto qué está mal, me suma a mí la responsabilidad de mandarte a vos al infierno, o sea si yo lo hago está mal, pero si te mando a vos a hacerlo también está mal. Yo entiendo ese límite pero tmb pienso "no seas médica", porque incluye esta responsabilidad, la sabías de antemano esta responsabilidad. En cualquier profesión. Hay cosas que vienen explícita o implícitamente con el paquete. No seas ginecóloga, obstétrica, sé cardio, y de ultima decí: "de esto no entiendo nada". Hay cosas que vienen con el paquete y vos lo tenés que entender pero para mí el límite me da la responsabilidad de ver qué hago con lo que está fuera del límite. Por ejemplo, sos médica generalista pero no querés hacer un "pap", bueno atendé pibes, sino ¿Qué hacemos con los pibes que hay que atender? Si armamos un circuito para que a los pibes los atienda alguien , no atiendas pibes porque

además lo vas a hacer mal, qué es lo que pasa, te llama a la objeción de conciencia pero no sos objetor porque lo estas haciendo mal, porque maltratás. Por eso la objeción de conciencia tendría q estar normatizada.

E: También en el imaginario está estigmatizado que si sos objetor , sos malo..

D: Sí, tal cual..

E: ¿Vos te anotas en algún registro?

D: La verdad es que no está, yo le pregunté al programa hace un montón porque me parece que, si vas a hacer interrupción hacete cargo, porque sino "blablabla" y dicen: "andá a comprarte Misoprostol" y no va a comprarse el Misoprostol, es peor. Si lo vas a hacer, hacete cargo y si no lo vas a hacer también hacete cargo. Yo no soy tibia, trato de ser negociadora, es esto que pasó con la chica de la cesárea.. Y estamos hablando de una situación espantosa, donde ni la mujer ni el bebé por nacer fueron respetados, y si estás en un rol, me pasa con la dirección, lo he hablado con sacerdotes, si asumís la dirección de un centro de salud, después hay un protocolo que dice que tiene que estar tu firma y tu sello, y bueno tengo que dejar el laburo, no puedo decir no. O lo hago y me hago cargo, o doy un paso al costado. Es parte de tu laburo y lo tenés que aceptar como tal. Fuera de eso, el circuito está armado con gente amigable, entonces hoy no es una barrera la objeción de conciencia, salvo que esas personas no estén, o haya un otro reemplazado. La institución no puede ser nunca objetora porque sino es limitante de derecho, pero la institución forma parte de una red de derivación, de articulación, para dar respuesta. ¿Dentro de las instituciones puede haber personas que puedan ser barreras? Sí, ahí es donde está la gestión, la necesidad de gestión correcta que diga: "esquivemos a esta gente, esquivemos a la trabajadora social si I. no está". Mientras no esté I. saquemos al Servicio de Trabajo Social porque es una barrera, vamos directamente a los obstetras, no se si es posible. Después hay cosas que no se pueden lograr.

E: Claro la demanda fue espontánea..

D: Sí, fue una mujer que dijo hola, vengo por esto porque me dijeron que acá lo hicieron, y es un tema, esa mujer no siguió este circuito formal, si lo hubiese seguido, que sería primero nosotros, después el informe a la secretaría de salud, la secretaria... es super burocrático pero sabemos que funciona. La gente no tiene porqué saber que existe ese circuito, ese es el error del circuito, debería cualquier puerta de entrada aceptarlas a las mujeres.

E: ¿A ustedes les interesaría como equipo formarse al respecto, pensaron en participar de algún debate? Más con cómo está la discusión..

D: No se si te puedo contestar porque nunca lo hablamos. Sí está pendiente desde el programa. Están pidiendo un espacio donde charlar con todo el equipo de la temática, ya hemos tenido otros acuerdos. Ya la vez anterior pasó así, hay gente que no tiene por qué ser intermediario si le pasa por el costado, si no tiene ganas de participar no tiene porque estar obligado a participar; porque son las barreras después. Si hay un administrativo que no quiere participar de la capacitación es correcto, no participes, sí estate atento a que cuando tengas funciones que cumplir vas a tenerlas que cumplir. Un administrativo no sería indispensable en esto, pero únicamente no ser barrera de acción. Lo que te decía del odontólogo, etc.. estaría buenísimo que si le estas sacando una muela alguien y te llora por estar embarazada, estés abierto a esta situación, pero la responsabilidad pasa por otros integrantes del equipo. Distinto es, los generalistas, la trabajadora social que le compete, me parece que ahí hay una responsabilidad, participa de la capacitación y ahí vemos si no llevas a la práctica, eso sí. Si están interesados en, si hay una parte que sí, nosotros nos queremos actualizar todo el tiempo.

Y hay otra gente que le preguntás y te dicen que no, sobre todo administración. Si lo hablamos, no. Si hablamos del tema y hemos tenido alguna charla, cuando se habilita este espacio los Lunes y los Viernes se habla con todo el equipo: "miren que hoy vienen por esto, vieron que hay una línea telefónica". Nos han venido un par de mujeres así, un 0800, y lo que tiene este centro de salud es que está pegado a la GP. Entonces es muy accesible para gente que vive en otros lados y toda esa información de qué día, qué profesionales te atienden, es pública.

E: Bueno, muchísimas gracias por tu aporte..