



MONITOREO FEMINISTA
ANTICONCEPCIÓN
Y ABORTO

📍 TUCUMÁN





MONITOREO FEMINISTA
ANTICONCEPCIÓN
Y ABORTO

📍 TUCUMÁN



Deza, Soledad

Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Tucumán / Soledad Deza ; Josefina Reinoso. - 1a ed. - San Miguel de Tucumán : Mujeres X Mujeres, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-47920-9-9

1. Acceso a la Salud. 2. Aborto. 3. Medicina. I. Reinoso, Josefina. II. Título.
CDD 362.198880982

Índice

1. ¿Quiénes somos?	7
2. Metodología	8
3. Resumen ejecutivo	11
4. El derecho a decidir en el contexto tucumano	12
5. Las usuarias tucumanas	15
6. Métodos anticonceptivos (MAC)	20
a. ¿Qué saben las usuarias sobre MAC?.....	20
b. Información sanitaria y elegibilidad de MAC	24
c. Principales barreras u obstáculos para el acceso a MAC.....	27
7. Abortos permitidos por la ley	30
a. Causal salud (ILE).....	31
b. Causal violación (ILE)	33
c. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	35
d. ¿Dónde se garantiza el aborto en Tucumán?	37
e. Aborto e información sanitaria	42
f. ¿Circuitos sanitarios de la ILE y la IVE?.....	44
g. ¿Qué sabe el personal de salud sobre la consulta de aborto?	55
h. Objeción de conciencia y aborto.....	60
i. Violencia institucional en la atención de aborto.....	64
8. ¿Qué pasó en el sector privado después de la ley 27.610?.....	72
9. Ciudadanía sexual y reproductiva	75
10. Recomendaciones	77
11. Palabras de la Federación Argentina de Medicina General	78

1. ¿Quiénes somos?

Fundación MxM es una Organización feminista, interdisciplinaria e intergeneracional de Tucumán, al norte de Argentina.

Promovemos desde hace casi 10 años el acceso a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en general, y al aborto permitido por la ley, en particular.

Somos un equipo interdisciplinario e intergeneracional compuesto por profesionales y estudiantes de la abogacía, la medicina, la salud mental, el trabajo social, la comunicación y las letras.

Nuestro objetivo es fortalecer la soberanía sexual de mujeres y disidencias para que puedan ejercer una ciudadanía plena en un Estado que garantice, más allá de todo fundamentalismo religioso, el pleno acceso a una vida libre de violencias.

Llevamos adelante acciones de litigio, incidencia, investigación y elaboración de insumos para favorecer la alfabetización jurídica y el respeto por los derechos humanos de las mujeres y diversidades desde una perspectiva feminista, antirracista e interseccional.

Trabajamos activamente por una sociedad donde quepan todas las corporalidades incómodas, irreverentes, desafiantes, insumisas y desprolijas que históricamente el Patriarcado ha excluido.



2. Metodología

Tucumán es una provincia argentina situada en la región del noroeste de la República Argentina. Limita al oeste y al sur con Catamarca, al norte con Salta y al este con Santiago del Estero. Posee una superficie de 22.524 km² y tiene 1.700.845 habitantes (según el censo nacional de población del año 2022), siendo 823.403 varones, 876.995 mujeres, y 447 no se identifica con el binarismo mujer- varón.

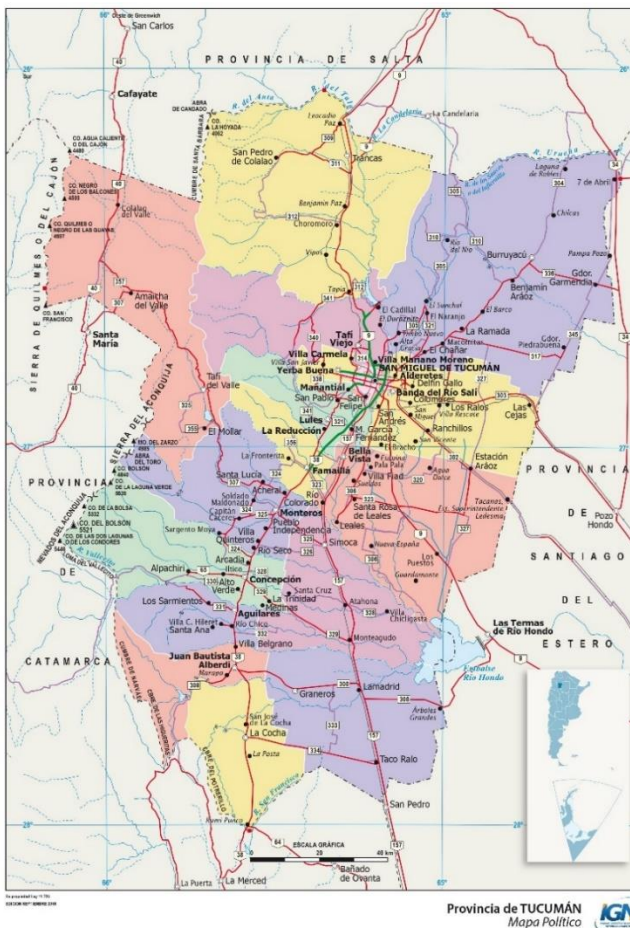
¿Por qué un monitoreo social feminista?

Un monitoreo social es un proceso sistemático que consiste en recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento a un tema en particular que puede ser una política pública, un programa, etc. Decimos que es social ya que permite identificar un problema particular en una población, formular y seleccionar la mejor alternativa para resolverlo, hacer un diseño detallado, y llevar a cabo el proyecto con un sistema de monitoreo y evaluación de impacto.

Un monitoreo social es además feminista cuando está situado en un contexto determinado y toma en cuenta ese contexto para incorporar un enfoque de género e interseccionalidad en todo el proceso: elaboración de las herramientas para monitorear, en la recolección de datos y en la lectura de éstos que son los que se expresan en este insumo. A modo de ejemplo, cada encuesta a usuarias lleva a entre 40 minutos y 1 hora porque incluye al finalizar la misma, y a modo de devolución de la gentileza por el tiempo brindado, una conversación con las usuarias en la que se le informa cuáles son sus derechos y se les entrega material elaborado a esos fines para fortalecer la ciudadanía sexual. Esta acción de fortalecimiento de ciudadanía sexual señalada como buena praxis de ética feminista por nuestra médica ginecóloga Adriana Álvarez, a la vez que incrementa la autonomía de las mujeres encuestadas, incentiva una mirada crítica sobre la noción de soberanía reproductiva para las propias jóvenes monitoras.

Objetivo principal:

El monitoreo feminista que llevó adelante **FUNDACION MXM** tuvo como finalidad obtener un panorama general de las condiciones de acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en la provincia de Tucumán.



Objetivos secundarios:

1) Generar un espacio de diálogo con el Estado con la finalidad de incidir en el fortalecimiento de la Agenda de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad biológica de gestar en lo concerniente a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

2) Generar un instrumento de diagnóstico que sirva para el uso de las organizaciones.

3) Visibilizar el impacto desproporcionado que tiene en la vida de las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar -embarazo no planificado, embarazo adolescente y maternidad forzada- la falta de acceso a la salud sexual y reproductiva, la obstrucción y la negativa de abortos permitidos por la ley.

4) Ubicar la consulta de interrupciones legales de embarazo y de salud reproductiva (planificación familiar) como una práctica médica lícita que se encuentra protegida por derechos y que debe darse libre de violencias.

Proceso de recolección de datos:

El monitoreo feminista se llevó a cabo a través de la implementación de distintas técnicas de relevamiento: encuestas a usuarias, entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y observaciones participantes y no participantes en Servicios Públicos de la Provincia.

Se llevaron a cabo **103 encuestas a usuarias** del Servicio Público de Salud fuera de los servicios sanitarios, es decir, mientras ingresaban o salían de Hospitales Públicos de distintos Departamentos de la Provincia o de los Puestos y Centros de Salud.

Mediante **22 entrevistas en profundidad** -diseñadas para recabar la mayor cantidad de información como así también para indagar en sensaciones, pensamientos e intuiciones acerca del tema- participaron de forma individual integrantes del equipo de salud siguiendo la noción conceptual que proviene de la bioética e incorpora la ley N° 26.485 para reflejar la idea de "equipo de salud en sentido amplio". Esto es quienes brindan servicios de salud y quienes trabajan en un Servicio de Salud.

Las **observaciones** se hicieron de manera **participante y no participante** según si la monitorea tomó o no el lugar de usuaria para transitar algunos recorridos dentro del Sistema Sanitario de Salud Pública. Se escogieron para ello Instituciones de 1, 2 y 3 nivel de atención en distintos puntos geográficos de la provincia: Hospital Ángel C. Padilla, Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda, Hospital Eva Perón, Centro de Salud Dr. Zenón J. Santillán, Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes, Hospital Néstor Kirchner, Hospital de Los Ralos, Policlínica Tafí Viejo, Hospital Dr. Mario Stivala (La Cocha), Hospital Regional de Concepción Dr. Miguel Belascuain, Hospital General Lamadrid (Monteros), CAPS (Centro de Atención Primaria) de Rodeo grande, CAJ (Centro de Acceso a Justicia) de Amaicha del Valle, CAPS (Centro de Atención Primaria) Villa Urquiza y CAPS (Centro de Atención Primaria) 9 de Julio:

Referencias para la lectura del insumo:

Hospital Ángel C. Padilla (Hospital Padilla).

Hospital de Clínicas Dr. Nicolás Avellaneda (Hospital Avellaneda).

Hospital Eva Perón (Hospital del Este).
Centro de Salud Dr. Zenón J. Santillán (Centro de Salud).
Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes (Maternidad).
Hospital Néstor Kirchner (Hospital Kirchner).
Hospital Regional de Concepción Dr. Miguel Belascuain (Hospital de Concepción).
Hospital General Lamadrid (Hospital de Monteros).
Centro de Atención Primaria (CAPS)
Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSyRR).
Educación Sexual Integral (ESI).
Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
Interrupción Legal del Embarazo (ILE).
Obras Sociales (O.S).
Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHDE).
Ligadura Tubaria (LT).
Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (Protocolo IVE/ILE).

Equipo de trabajo:

Coordinación general:

Soledad Deza

Diseño y adecuación local de los instrumentos de monitoreo:

Soledad Deza (Abogada)

Adriana Álvarez (Médica toco ginecóloga)

Equipo interdisciplinario para la recolección de datos:

Julieta Anahí del Valle Lobo (Estudiante de Ciencias de la educación - UNT)

Rocío Magali Giménez (Estudiante de Abogacía - UNT)

Alina Gramajo (Estudiante de Historia - UNT)

Josefina Reinoso (Abogada -UNT)

Carla Sabrina Olivera (Estudiante de Trabajo Social - UNT)

Amira Nora Guerrero Álvarez (Estudiante de Abogacía - UNT)

Florencia Sabaté (Estudiante de Letras - UNT)

Ivana Romero (Estudiante de Abogacía - UNT)

Magali Fernández (Estudiante de Trabajo Social - UNT)

Leandro Rossi (Estudiante de Abogacía - UNT)

Proceso estadístico de los datos recolectados:

Fernanda Marquez (Estudiante de Economía)

Análisis de datos y elaboración del insumo:

Soledad Deza-Josefina Reinoso

Diseño de tapa:

Karime Kandalajt

3. Resumen ejecutivo

- 56% de las encuestadas no completó la educación obligatoria.
- 46% de las encuestadas identificó como no planificado su primer embarazo.
- 86% de las encuestadas usó alguna vez un MAC, pero sólo el 42% lo hizo antes del primer embarazo.
- El 61% de las encuestadas no conoce la vasectomía
- 72% de las encuestadas no conoce los requisitos legales para la ligadura tubaria.
- 45% de las encuestadas salieron del Sistema Público de Salud sin información sobre MAC y sin un MAC que le permita planificar un embarazo después de parir
- 60% de las encuestadas sabe que puede interrumpir un embarazo si su salud está en peligro
- 60% de las encuestadas sabe que puede interrumpir un embarazo en caso de “violación”
- 55% de las encuestadas conocen la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo
- 76.60% % de las encuestadas no recibió nunca información sanitaria sobre aborto en una consulta de salud
- 72% de las encuestadas acudiría a un Hospital en caso de sufrir un aborto.
- 51 % de las encuestadas considera que el personal de salud puede negarle un aborto legal invocando sus propias creencias.
- 64% de las encuestadas considera que el momento para ser madre es cuando se toma la decisión

4. El derecho a decidir en el contexto tucumano

La reforma constitucional de 1994 incorporó a nuestro derecho con jerarquía constitucional diversos tratados de Derechos Humanos que reconocen preceptos directamente vinculados con los derechos sexuales y reproductivos. Entre los más relevantes podemos mencionar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, siglas en inglés) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).



En nuestro país, el derecho a la salud está reconocido en un gran número de tratados internacionales. Por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) indica en su artículo 12 que los Estados Parte reconocen *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”* La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) también indica en su artículo 12 que *“los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”* y en su artículo 14, 2b) que los Estados asegurarán la eliminación de la discriminación contra la mujer rural, a través medidas que aseguren que la mujer rural tenga *“acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.”* Finalmente, el Protocolo de San Salvador estipula en su artículo 10: *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”* El Protocolo de San Salvador (PSS) por su parte, contiene un reconocimiento de los Estados firmantes de la salud como *“bien público”* y la obligación asumida de garantizar su disponibilidad para todas las personas sujetas a la jurisdicción de cada Estado.

A nivel nacional en el año 2002 se sancionó la Ley Nº 25.673 de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que se propone trabajar en tres grandes ejes:

provisión de información y métodos anticonceptivos de forma gratuita a toda la población; capacitación a efectores en el tema para que a su vez puedan garantizar el acceso a la salud libre de violencias y con evidencia científica; y campañas de difusión del Programa aunando el trabajo de las carteras ministeriales de Salud, Educación y Desarrollo Social.

Por **derechos sexuales (DDSS)** se entiende aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos.

Por **derechos reproductivos (DDRR)** se entiende la posibilidad de decidir en forma responsable y sin discriminación, si tener o no tener hijos, el número de éstos y el espaciamiento entre sus nacimientos, disponiendo para todo ello de información suficiente y los medios adecuados.

La **Interrupción Legal del Embarazo (ILE)** es una práctica médica lícita de cobertura integral y gratuita desde 1921, las mujeres podían acceder a ella bajo un sistema de causales o permisos: “causal salud” y “causal violación”.

Desde enero de 2021, después de décadas de lucha de los feminismos, la **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)** se encuentra disponible en la agenda sanitaria como una opción legal bajo la Ley 27.610, la cual dispone que cualquier mujer y persona con capacidad biológica de gestar tiene el derecho de acceder a un aborto en todo el territorio nacional hasta las 14 semanas de gestación inclusive, en cualquier servicio público de salud, privado y de obra social.

Tucumán tiene una fuerte presencia de conservadurismos religiosos y neconservadurismos políticos que se articulan especialmente en torno a temas vinculados a la soberanía reproductiva. No solamente es la única provincia de Argentina que no ha adherido formalmente a la Ley 25.673 que asegura la anticoncepción gratuita para toda la población, sino que es cuna del legrado sin anestesia y la violación de secreto profesional en el caso “María Magdalena”¹ en 2012, del caso “Belén”² de 2014, presa 29 meses por abortar, del caso “Nely”³, obligada a parir un feto anencefálico en 2017; del caso “Lucía”⁴, obligada a parir en 2019 y de varios casos donde el Ministerio Público Fiscal local ha iniciado acciones penales a propósito de emergencias obstétricas.

En algunos casos de criminalización la figura penal ha sido el “aborto”, incluso cuando el mismo no es penado⁵ como delito; y en otros, usando la figura penal de “homicidio agravado por el vínculo” para lograr un castigo más grave. Recientemente, en Septiembre de 2022, denunciarnos penalmente por instigación a la comisión del delito de violación de secreto al

¹ “Dos médicas con objeción de Hipócrates”. Nota periodística del 13/8/2012 publicada en el Diario Página 12. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-200919-2012-08-13.html>

² “Absuelta una joven argentina que estuvo dos años presa por un aborto”. Nota periodística publicada en el Diario El País el 27/3/2017. Disponible en https://elpais.com/internacional/2017/03/27/argentina/1490648400_185209.html

³ “Médicos indagados por no hacer un aborto”. Nota periodística publicada el 21/11/2017 en el Diario Página 12. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/77281-medicos-indagados-por-no-realizar-un-aborto>

⁴ “Denuncian al Gobernador Manzur por impedir un aborto legal”. Nota periodística publicada el 6/3/2019 en el Diario Clarín. Disponible en https://www.clarin.com/sociedad/denuncian-gobernador-manzur-funcionarios-salud-justicia-impedir-aborto-legal_0_pQFEF51cv.html

⁵ Jaque a la Reina. Autonomía, salud y libertad reproductiva en Tucumán. (2014) Ed. Cienflores. Bs. As.

Fiscal Carlos Sale⁶ por requerir las Historias Clínicas de todas las mujeres abortantes del Sistema Público de Salud y antes de eso, en 2020 forzamos la renuncia de la Fiscal Adriana Gianoni⁷ cuando pedimos su juicio político a propósito de la persecución penal en casos de “aborto”.

Tucumán también es la única provincia que ha adherido 2 veces a la Ley 26.150 de ESI⁸. La primera vez que el gobierno provincial incorporó los contenidos de educación sexual integral al currículo obligatorio tuvo lugar cuando se reformó la ley 8.391 de Educación Provincial; y la segunda adhesión, en 2022, fue una transacción con los sectores conservadores locales que les permitió incorporar un artículo mediante el cual los contenidos de la ESI “deberán ser acordados” con los progenitores y las Iglesias.

Durante la discusión legislativa de 2018 referentes más altos del Poder Ejecutivo local marcharon públicamente en contra de la Legalización de la IVE en 2018 y la Legislatura local se declaró “pro vida” en el mismo año⁹.



Respecto del acceso a la ILE, Tucumán fue noticia nacional en varios casos de obstaculización que subsisten, en la actualidad, como contraste de los números oficiales de abortos del Ministerio de Salud de la Nación que nos colocan como 4 provincia de Argentina (luego de la Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Santa Fe) en números oficiales de IVE/ILE con cerca de 5000 prestaciones en 2022.

⁶ “Un Fiscal en Tucumán quiere investigar a todas las mujeres que abortaron el 30 y 31 de Agosto en Tucumán”. Nota periodística publicada el 1/9/2022 en el Diario Clarín. Disponible en https://www.clarin.com/sociedad/fiscal-tucuman-quiere-investigar-todas-mujeres-abortaron-30-31-agosto_0_9QUnCMd9zO.html

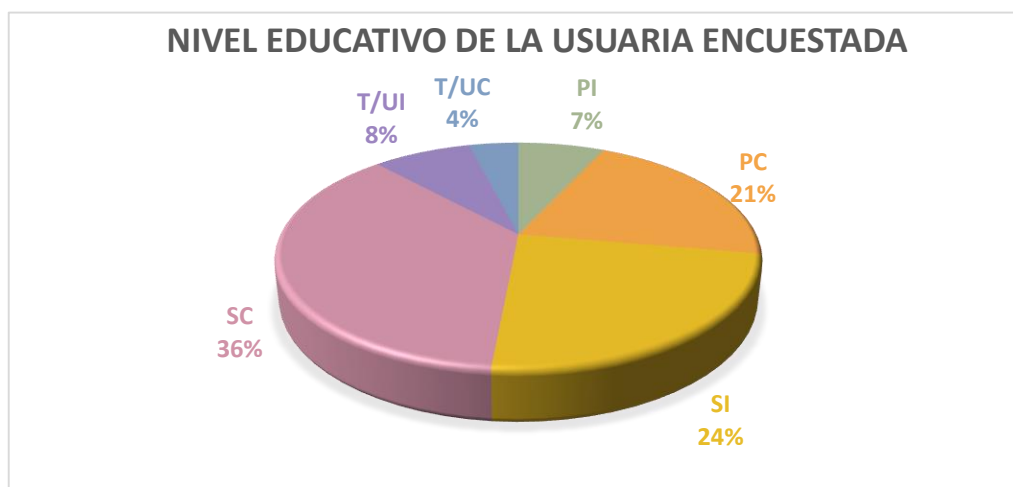
⁷ “Renunció la Fiscal que judicializó un caso de aborto legal”. Nota periodística del 24/1/2020 publicada por el Diario El Comercio y Justicia. Disponible en <https://comercioyjusticia.info/justicia/renuncio-la-fiscal-que-judicializo-un-caso-de-aborto-legal/>

⁸ “No toquen la ESI”. Nota publicada el 25/3/2022 en la pagina web de la Fundación MxM. Disponible en <https://mujeresxmujeres.org.ar/no-toquen-la-esi/>

⁹ “Provincia Pro Vida”. Nota periodística del 3/8/2018 publicada en el Diario Página 12. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/132659-provincia-provida>

5. Las usuarias tucumanas

Las usuarias encuestadas tienen las siguientes características:



Referencias de gráfico de estudios alcanzados: primario incompleto (PI), primario completo (PC), secundario incompleto (SI), secundario completo (SC), terciario o universitario incompleto (UI), terciario o universitario completo (T/UC), y no contesta (NC)

Todas las usuarias encuestadas son mujeres con un rango de edad entre los 15 a 69 años, con edad promedio de 30 años. Predomina el rango etario entre 20 y 25 años.

El 51.48% de las mujeres encuestadas no completó su educación formal obligatoria. Solo el 48% de las usuarias encuestadas tiene educación obligatoria completa (primaria y secundaria).

7 de cada 10 encuestadas no completó la primaria, el 20.79% completó sus estudios primarios y sólo el 21,2% finalizó la secundaria.

Empleo y programas sociales:

8 de cada 10 encuestadas no tiene un empleo remunerado.

La mitad de las encuestadas recibe respuesta del estado a través de un programa social. Siendo el 46,55% la Asignación Universal por Hijo (AUH), PROGRESAR y Potenciar Trabajo.

Familia y vínculos sociales:

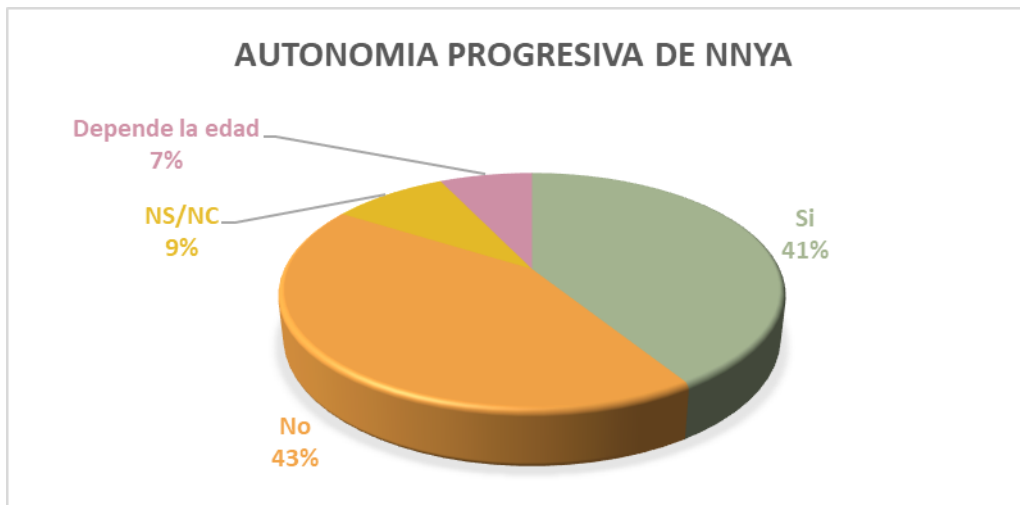
6 de cada 10 de las encuestadas tiene sus hijos o familiares a su cargo. El número de familiares a cargo más alto es 7.

El 61.17% cuenta con pareja estable con la cual convive.

Frente a la pregunta **¿Consideras que los adolescentes pueden asistir solos a una consulta?**

5 de cada 10 de las usuarias encuestadas acuerda con que los adolescentes tienen derecho de recibir información y provisión de un MAC sin la autorización de una persona adulta. Mientras que un 11% comprende que no se permite, y el 30% desconoce si se permite o no.

4 de cada 10 de las usuarias encuestadas entiende que les NNyA pueden ir soles a una consulta sobre salud sexual y reproductiva. Mientras que el 43% de las usuarias indica que NNyA no pueden ir a una consulta de anticoncepción o aborto sin la compañía de un adulto.



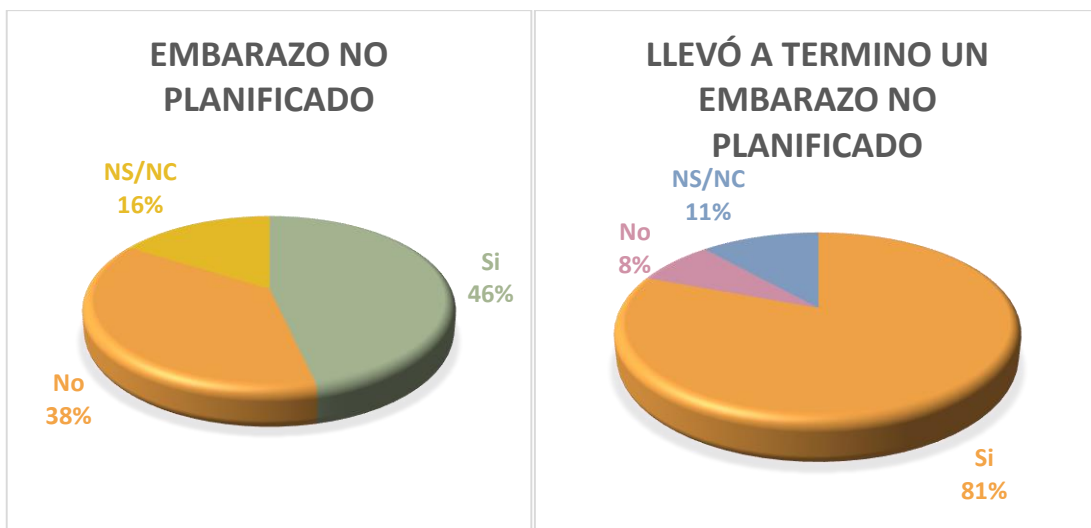
Se destacan **los siguientes comentarios en favor de la autonomía progresiva:** *“Si, porque hay que darle sus propias responsabilidades”* (usuaria de 33 años); *“Si porque se sienten incómodos con sus madres o padres”* (usuaria de 40 años); *“Si porque tienen derecho a saber y sentirse libres”* (usuaria de 20 años); *“Si, para sentirse cómodos o contar libremente opiniones o decisiones”*(usuaria de 45 años).

Se destacan **los siguientes comentarios en contra de la autonomía progresiva:** *“Porque en mi caso yo no iría sola, por miedo e inseguridad de estar sola con el doctor.”* (usuaria de 18 años); *“No porque no entenderían qué les dice el doctor”* (usuaria de 48 años); *“No, no pueden ir solos. Porque los padres deben tener conocimiento sobre lo que ellos quieren hacer”* (usuaria de 36 años); *“No porque no están bien informados sobre sexualidad”* (usuaria de 28 años); *“No, para que el mayor acompañe y aconseje”*(usuaria de 59 años); *“Adolescentes si, niños no porque son pequeños y no saben las consecuencias”* (usuaria de 25 años).

9 de cada 10 encuestadas indicaron que les NNyA **deben recibir ESI en las escuelas.** Información que comparamos con el Monitoreo Social sobre anticoncepción e interrupción legal del embarazo en Tucumán (2017) donde las usuarias encuestadas indicaron en un 92% que les NNyA deben recibir ESI en las escuelas.

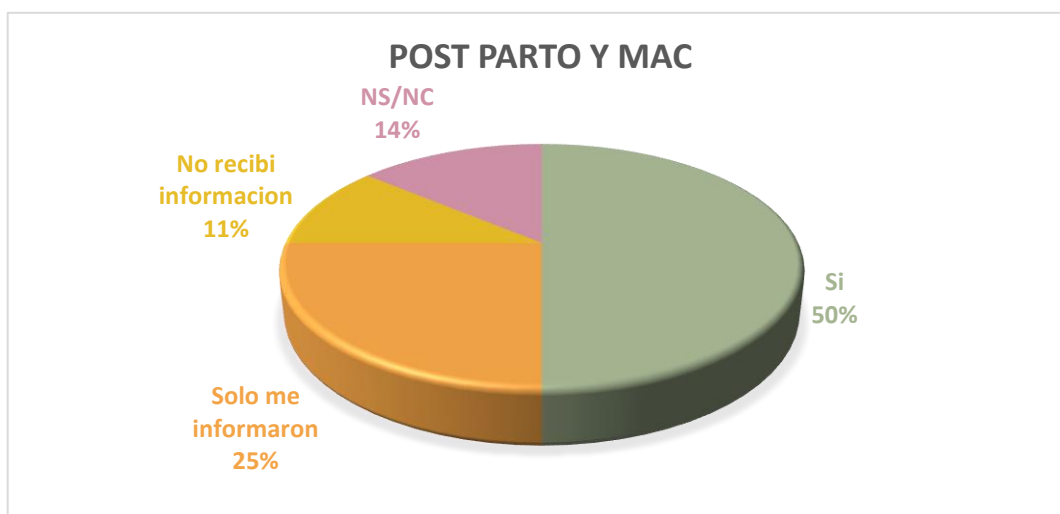
Sobre la posibilidad de un embarazo no intencional en la vida de las usuarias, **5 de cada 10 de las encuestadas reconocieron que han atravesado un embarazo no planificado o “no buscado”.** El 80% de quienes reconocieron haber cursado un embarazo no intencional dijo haberlo llevado a término y el resto indicó que interrumpió su embarazo.

Pese a que más del 90% de las usuarias a quienes encuestamos dicen saber que tienen derecho a obtener un método anticonceptivo de forma gratuita de parte del Estado, **sólo 4 de cada 10 usaron uno antes de su primer embarazo,** siendo 30 años la edad promedio de las usuarias encuestadas. **Posiblemente el 6% que “no contesta” tampoco lo haya usado,** con lo cual es factible afirmar que la mitad de las encuestadas no dispusieron de su primera gestación.



El 50% de las encuestadas indicaron que, después de parir y antes de irse de alta del Hospital, recibieron información sanitaria sobre MAC y un método anticonceptivo. **2 de cada 10 usuarias** sólo recibieron información sobre anticoncepción en su post parto, pero ningún método ya que les indicaron volver a una consulta posterior; y el 11% ni siquiera recibió información sobre anticoncepción luego de su parto.

Es decir que 4 de cada 10 parturientas encuestadas, salieron del Sistema Público de Salud sin información y sin un MAC que le permita planificar un embarazo después de parir.



El enfoque de interseccionalidad que informa el enfoque de género aplicado a la salud impone tomar en consideración todos los determinantes sociales que inciden la vida de “la usuaria” y sus características específicas que siempre estarán connotadas por su comunidad y cultura. Destacamos el comentario sobre las mujeres indígenas extraído de una Entrevista en profundidad: “Las comuneras siempre abortaron. En todos los tiempos las mujeres indígenas abortaron. Hay un mito o leyenda que dice que aquellos niños que fueron abortados en la comunidad son duendes, por ello las mujeres tiran un poco de leche materna a la tierra, para alimentar a esos duendes” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

Con una mirada feminista interseccional observamos que ni siquiera dentro de una misma comunidad y cultura, las subjetividades frente al aborto resultan monolíticas. *“Para mi los duendes en el relato de los ancestros son niños que nacieron antes de tiempo , y no fueron purificados con la bendición , cada uno lleva un duende adentro como una criatura traviesa, pero nunca se dijo que hayan sido producto de aborto”.*(Comunera, CIAV, 2021) (...) Pero en oposición a esto, otra comunera que dijo estar en contra del aborto públicamente afirmo: *“Para este tema es la mezcla de las dos cosas vos te podés confesar, y la vez como nos enseñaron acá podés tirar tu leche al piso para que los duendes se vayan, yo creo que debe ser difícil estar en esa situación de abortar, yo no lo haría, pero entiendo”* (Comunera CIAV, junio 2020)¹⁰

Algo similar ocurre con las niñas y adolescentes institucionalizadas. En el esquema legal de protección de las infancias una niña o una adolescente puede estar institucionalizada -esto es al cuidado del Estado en Instituciones creadas para ello- por dos motivos: problemas de cuidados parentales donde intervienen los Jueces de Familia y conflictos con la ley penal, donde intervienen los Jueces de Menores. En ambos casos y hasta los 16 años, se alojan temporalmente hasta que su situación obtenga una definición judicial (Ley 26.061) las mujeres y los varones separados por sexo.

Estas Instituciones que albergan niñeces y adolescencias si bien difieren en su estructura de las de los establecimientos penitenciarios, conservan en gran medida elementos propios de los sistemas de encierro donde la salud integral de les niñas y adolescentes no está en el eje de la agenda política, mucho menos la salud sexual. Y cuando finalmente la salud sexual ingresa en la agenda política -a consecuencia de niñas embarazadas producto de abuso sexual infantil- las resistencias conservadoras son muy notorias y las respuestas no siempre las adecuadas¹¹.

Queda transparentada y a la vista la necesidad de políticas públicas interseccionales diseñadas integralmente con agentes estratégicos de cada comunidad.

La noción de ciudadanía -entendida como “el derecho a tener derechos”¹²- permite analizar en qué condiciones llega una usuaria al servicio de salud e implica, especialmente para quienes tienen la capacidad biológica de gestar, el respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Decidir tener hijos, no tenerlos, cuántos y con qué intervalo entre cada nacimiento requiere, además de una decisión autónoma, de acciones concretas del Estado - información y provisión de métodos anticonceptivos (MAC) - para asegurar una vida sexual libre de discriminación y violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la planificación familiar como *“La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos (...) La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr*

¹⁰ Peralta, Marcos (2021). Discursos “decibles” e “indecibles” sobre aborto en la Comunidad indígena de Amaicha del Valle – Tucumán Argentina en el año 2020. Seminario: Acceso a la justicia en Derechos Sexuales y Reproductivos PRIGEPP. Docente: Isabel Fulda. Coordinadora: Cecilia Gebruers

¹¹ “Anticonceptivos en el Instituto Goretti”. Nota disponible en: <https://www.lagaceta.com.ar/nota/939111/actualidad/anticonceptivos-instituto-goretti-chip-persona-si-impuesto-mucho-peor.html>

¹² Arendt, Hannah (1998) “La condición humana”. Barcelona. Ed. Paidós

el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades."¹³

Al crear el **Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable**, la ley 25.673 reconoció de forma expresa que *“estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos”*.

Si bien no existe una ley que así lo disponga, la población que accede a la salud en el Servicio Público pertenece principalmente a sectores de escasos recursos económicos y simbólicos que signan su ciudadanía sexual desde la infancia temprana.

Luego del monitoreo confirmamos que, tanto en el imaginario social de la usuaria de Servicios Públicos, como en el imaginario sanitario preponderante en equipos de salud, la atención ginecobstétrica se inscribe más en la atención de la salud reproductiva, que no reproductiva.



¹³ Determinantes Sociales en salud. Nota Descriptiva de 2017 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

6. Métodos anticonceptivos (MAC)

a. ¿Qué saben las usuarias sobre MAC?

En la encuesta se les proporcionó a las usuarias una lista de MAC con la finalidad de indagar cuales eran conocidos:

- Preservativo
- Pastillas anticonceptivas
- Anticoncepción de emergencia
- Ligadura de trompas
- Inyección
- Implante subdérmico
- DIU
- Vasectomía
- Pastillas para la lactancia
- Preservativo Femenino
- Parches anticonceptivos
- Anillo vaginal
- SIU

A pesar de que **5 de cada 10** encuestadas respondió no saber “**qué son los derechos sexuales y reproductivos**”, el **90%** dijo conocer que tiene derecho a acceder a un MAC de forma gratuita.

8 de cada 10 de las usuarias reconoció haber utilizado alguna vez un MAC. Sin embargo, sólo el 42% dice haberlo usado antes de su primer embarazo.

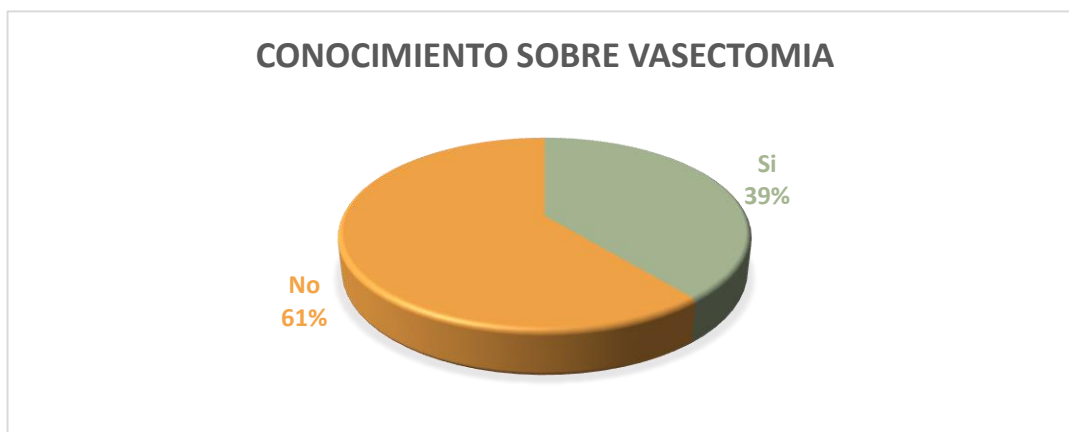
Los MAC más utilizados por las usuarias encuestadas son: pastillas anticonceptivas (75%), implante subdérmico (23,21%) e inyecciones mensuales o trimestrales (19,64%).

Por otro lado, indagamos si la fuente del conocimiento que tienen las usuarias sobre MAC para establecer qué grado de calidad tiene su elección y destacamos los siguientes hallazgos: las pastillas anticonceptivas son conocidas por el **7 de cada 10** de las usuarias, pero la información que manejan sobre su uso solo proviene del personal de salud en un 10%. El SIU – Sistema de Liberación Intrauterina – y el anillo vaginal son conocidos por menos del 10% de las encuestadas.

Vasectomía

Solo **4 de cada 10** encuestadas conocen la vasectomía.

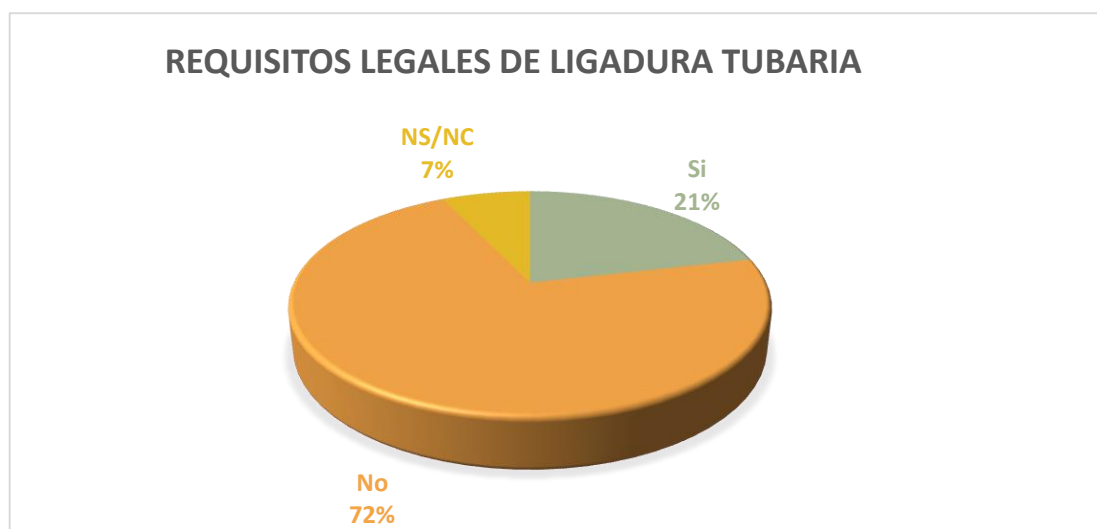
Al momento del Monitoreo realizado en el 2017¹⁴, el 89% de las usuarias encuestadas no conocía la vasectomía. Esta realidad no parece haberse modificado luego de 5 años.



6 de cada 10 de las encuestadas que ningún profesional le explicó en una consulta de salud que su pareja podía hacerse una vasectomía y que dicho MAC evitaría tener más hijos y el 39,29% afirmó que conocía tal información por otros medios (amigas, familiares o redes sociales)

Ligadura tubaria

7 de cada 10 encuestadas conocen la Ligadura Tubaria como MAC, pero el 72% de las encuestadas reconoció que desconoce sobre sus **requisitos legales**.



La **ley N° 26.130** tiene como únicos requisitos: 1) mayoría de edad; 2) consentimiento informado. Al preguntar acerca de la información recibida sobre MAC cuando asistió a una

¹⁴ Monitoreo Social sobre anticoncepción e interrupción legal del embarazo en Tucumán (2017). Disponible en: <https://mujeresxmujeres.org.ar/recursos/monitoreo-social-sobre-acceso-ile/>

consulta sobre planificación familiar, una usuaria comento “Sobre la ligadura de trompas, que era muy efectiva”.

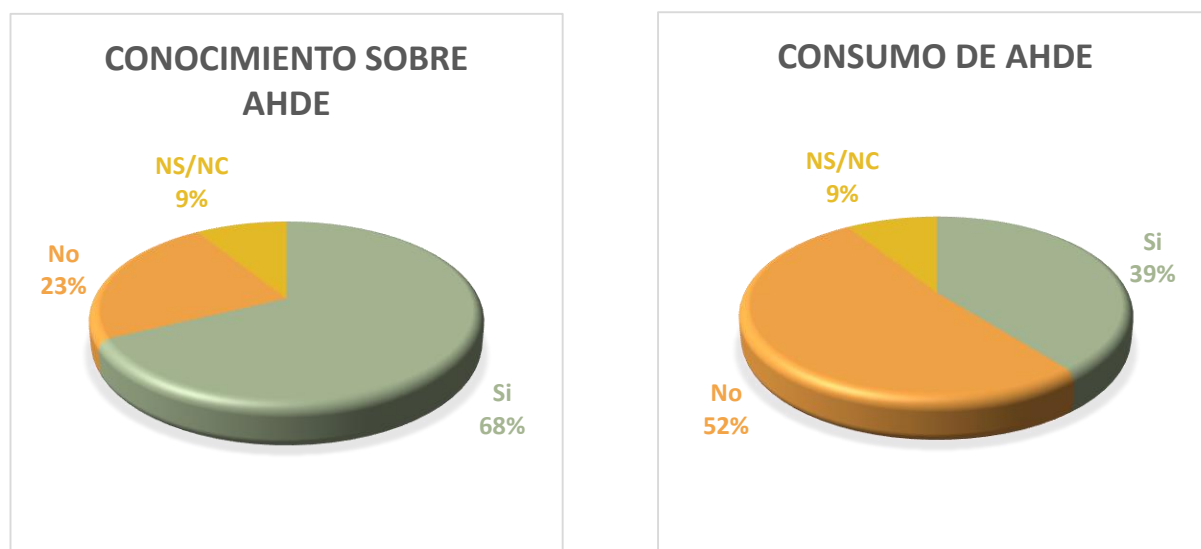
En **entrevistas en profundidad** a los profesionales, destacamos los siguientes comentarios:

- “La ligadura tubaria ya no se hace en el Hospital de Concepción, hubo una complicación con una paciente. Solamente la hacen post parto o post cesárea, si otra paciente llega y consulta por una ligadura tubaria no le van a hacer, la única solución que dieron es armar un formulario para que las pacientes recurran al Kirchner.” (**Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción**).

- “Este método está siendo solicitado por jóvenes, algo que antes no pasaba. Chicas jóvenes que son mayores de edad, conocen su derecho y ya decidieron que la maternidad no es su proyecto. Me tocaron varias consultas. No sé qué pasará en otros lados porque hay resistencias con métodos irreversibles sobre todo cuando no han tenidos hijos” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla**)

Anticoncepción hormonal de emergencia

7 de cada 10 de las usuarias encuestadas saben que es la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHDE) y la reconocen como “*pastilla del día después*”. El 39,29% indicó haberla utilizado en algún momento de su vida, pero solamente el **3 de cada 10** indicó haber recibido información sobre su uso por parte del personal de la salud.



La preocupación sobre la ciudadanía sexual que trae la usuaria que ingresa al Servicio de Salud Pública, sus conocimientos sobre anticoncepción y en general la capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre su vida sexual en relación con la ESI y su incidencia efectiva en la salud sexual y reproductiva de la población de la provincia, ha sido evidenciada por el personal de salud. Se destacan algunas reflexiones que surgieron en las **Entrevistas en profundidad** con personal de salud:

- “Es escasa la información que manejan, no conocen sobre ACO y cuáles son los métodos que mejor les aplican. En la Escuela deberían dejar una mejor base sobre educación sexual”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**
- “Desde mi punto de vista, a pesar de que antes no trabajaba en el consultorio de IVE, iba a los comedores, escuelas porque yo veía que hacía falta y sigue haciendo falta en todo el Sur de la Provincia, falta mucho la ESI en los colegios, escuelas. Respecto a la llegada a los MAC adolescente imaginar que desde que te abren la puerta del Hospital te miran mal con que ganas van ir a pedir un anticonceptivo. Lo que hicimos es que nuestro consultorio sea amigable, llegas y te damos un MAC, brindamos información sobre enfermedades de transmisión sexual. Y después desde afuera sigo dando las charlas gratuitamente a quien me solicita. El año pasado di una y este año tengo un montón de Escuelas, los profes mismos me van llamando. Tengo pacientes que van desde Monteros, Las estancias, Lamadrid, La cocha. En el 2021 realice un trabajo, quería saber cuál era el motivo por el cual iban a abortar y el recorrido de las mujeres, y llegue a la conclusión que la mayoría era mayor de 25, de Chicligasta y la tenía más de una gesta, manifestaron que fue por falta de acceso a MAC, indicaron que para acceder tenían que solicitar turno esperar desde la madrugada, o cada vez les dicen que no hay o solicitan un PAP antes del MAC”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**
- “La situación es lamentable, la Provincia no adhirió a la ley 25.673 (Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable). En muchos sectores la anticoncepción si se garantiza, pero en ESI hay una falla muy importante; es decir se da de, pero de una forma muy solapada, están enmascaradas en imágenes bíblicas o religiosas. Desde el Poder Ejecutivo y lo demás poderes de decisión comulgan con estas prerrogativas (pasear vírgenes por los pasillos de un Hospital u oficiar misas en las entradas de los mismos). Con la ESI y la salud sexual falta mucho, pero mucho. La provincia no tiene un presupuesto específico para insumos de salud sexual, no hay capacitaciones ni insumos de ACO para garantizar interrupciones (misoprostol/ambulatorio y mifepristona). Hoy si recibimos insumos es por parte del Programa Nacional, y si el sistema subsiste es por el compromiso de muchos sectores”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**
- “No es la ideal. Desde lo jurídico hay un muy buen respaldo, pero en la práctica no hay predisposición en la ejecución, es deficitaria. En el sector salud, los profesionales realizan imposiciones hegemónicas basadas en sus conceptualizaciones personales, por ej. en tema de anticoncepción”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**
- “Para mí la ESI no se implementa bien, eso lo sacó de la cantidad en aumento que tenemos de enfermedades de transmisión sexual. Tenemos el servicio de infectología acá, y se ven muchos casos de HIV, gonorrea, sífilis, HPV es lo de menos. Enfermedades de transmisión sexual que ya casi se consideran extintas, sobre todo en adolescentes, que empiezan su vida sexual prematuramente, o al menos para lo que yo considero prematuro. Muchas chicas vienen creyendo que con el chip ya está, y no saben que no están protegidas de ITS, muchas no saben que solo el preservativo les protege” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner).**

Es necesario destacar que la provincia de Tucumán, en el mes de agosto de 2022, adhirió “nuevamente” a la Ley Nacional de Educación Sexual Integral vigente desde el año 2006. Pero, no confundamos Tucumán ya tenía ESI. El art. 9 inc. 13 de la Ley Provincial 8.391, obliga a *“incorporar a la propuesta educativa institucional la ESI, articulando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Cada comunidad educativa en la elaboración de su proyecto institucional, adaptará las propuestas a su realidad sociocultural, respetando el ideario institucional y las convicciones de sus miembros conforme lo establecido en la Ley de Educación Sexual Integral”*. La estrategia constante de los conservadurismos tucumanos es re-debatir las discusiones saldadas para que nunca estemos tranquilos con los Derechos que ya deben ser garantizados¹⁵

b. Información sanitaria y elegibilidad de MAC

Ese proceso de elección y uso efectivo de un MAC está fuertemente incidido por la información profesional que reciba la mujer y personas con capacidad biológica de gestar.

Al igual que cualquier prestación sanitaria la atención de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva se encuentra enmarcada en la relación médico-paciente regulada por la **ley N° 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”** que asegura a todes les usuaries: el respeto por la autonomía, la intimidad y la confidencialidad; provisión de un trato digno y respetuoso; e información sanitaria veraz, clara, completa y basada en la evidencia científica.

La legislación, en orden al carácter asimétrico del vínculo sanitario, prevé expresamente -y como interdependientes- dos obligaciones sanitarias centrales para la salud sexual y reproductiva: la de **respetar la autonomía y la de brindar información**.

Por **autonomía de la voluntad** debe entenderse “el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa”¹⁶. La **información sanitaria** brindada por le profesional de salud resulta clave para la toma de decisiones libres y debe entenderse como “aquella que, de manera **clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente**, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos”¹⁷.

Frente a la pregunta **“Cuando hiciste una consulta para poder planificar tus embarazos (buscarlos, espaciarlos o evitarlos) ¿les profesionales te explicaron los distintos métodos, procedimientos y/o tratamientos disponibles, las ventajas y desventajas de cada uno?”** las respuestas indican que el 52% recibió información eficaz para la elegibilidad de su MAC, el 20% de las usuarias encuestadas no recibió ningún tipo de información que favorezca la elección y

¹⁵ Te invitamos a leer la nota completa <https://mujeresxmujeres.org.ar/la-esi-ya-es-ley-saquen-sus-rosarios-de-nuestra-educacion/>

¹⁶ Art. 2 inc. e) de la ley N° 26.529.

¹⁷ Art. 3 de la ley 26.529

el 20% parece haber recibido información no satisfactoria en tanto contesta “si, algo” y el 2% recibió un MAC pero señala: “no me explicaron mucho”(usuaria de 38 años) , “no me animé a preguntar porque no entendí” (usuaria de 32 años), “no entendí” (usuaria de 28 años) y referencias similares.

De las encuestas realizadas se destacan los siguientes comentarios: “Me explicaron sobre preservativo, inyectable, pastilla, chip y el DIU, aparte de eso nada más” (usuaria de 28 años) y “Siempre tuve embarazos de riesgo, así que me explicaron sobre todos los cuidados y precauciones” (usuaria de 33 años).

En la **Observaciones participantes y no participantes** notamos lo siguiente: Hay cartelera disponible (carteles redondos con QR). Al escanear el QR con el dispositivo celular es posible acceder a toda la información disponible, pero la disponibilidad es relativa y condicionada ya que, si la usuaria no cuenta con un dispositivo móvil o datos para el acceso a internet en ese mismo momento, no obtendrá la información (**CAPS de Capital**). No se encuentra visible ninguna cartelera sobre salud sexual, pese a que la Institución está identificada como “Maternidad” para el Área Operativa Este de la provincia. Para ingresar al Consultorio de Salud Sexual se debe atravesar una puerta a la que sólo se accede con autorización del personal de Admisión y el consultorio

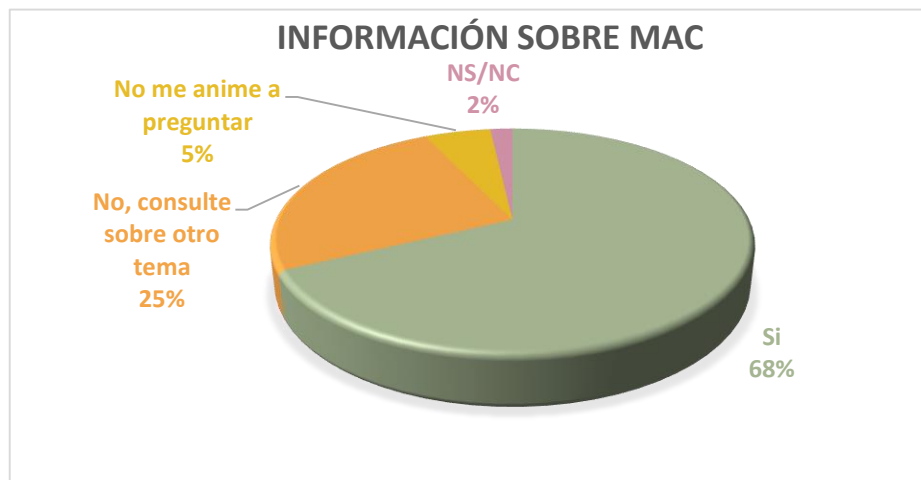


tiene sólo información sobre violencia de género (**Hospital Eva Perón**). No tiene cartelera, ni folletera sobre salud sexual o reproductiva (**Hospital de Monteros**). Para acceder a folletera gratuita es necesario acercarse a mesa de admisión en la Maternidad. Se realizaron dos observaciones no participantes en diferentes semanas. En una ocasión había folletera disponible, la segunda vez que recurrí no había ningún folleto de DDSSyRR en admisión, pero sí un stand de “Taller para embarazadas” (**Maternidad de Tucumán**) Es preciso acceder al Servicio de Ginecología para observar cartelera y folletera sobre el tema, no existe información sobre el tema en la Recepción, ni en otros lugares de la Institución donde transitan pacientes (**Hospital Padilla**). No encontramos cartelera, ni folletera sobre salud sexual” (**Hospital Néstor Kirchner**) Hay un cartel con un 0800, pero dice “Salud escucha”. Nada específico sobre salud sexual o reproductiva. Tampoco MACs” (**Caps del Interior**). Encontramos un cartel que decía “¿Que anticonceptivo debo elegir? Los cambios en la pubertad y la curiosidad de los adolescentes

pueden abrir la conversación para hablar de métodos anticonceptivos. Estamos para escucharte y brindarte información. Podes informarte”. Pero no había indicaciones sobre dónde poder obtener información y nada de folletería. La impresión es que ese cartel quedó allí después de algún Taller porque en la parte inferior dice “Escuela Técnica” (**Hospital de la Cocha**)

Para conocer más sobre la posibilidad de elegibilidad de las usuarias respecto de los MAC preguntamos si alguna vez solicitaron anticonceptivos en un Servicio de Salud. **5 de cada 10 mujeres solicitó anticonceptivos y el 10% respondió que les fue negada la provisión de MAC.**

Frente a la pregunta “Durante la última consulta ginecológica ¿te informaron sobre métodos anticonceptivos?” **7 de cada 10 usuarias encuestadas** respondió afirmativamente.



Es importante destacar el cambio de paradigma a raíz de la fuerte presencia de los movimientos feministas, ya que en contraste con los datos obtenidos en el Monitoreo Social sobre anticoncepción e interrupción legal del embarazo en nuestra provincia (2017) las solo 4 de cada 10 usuarias encuestadas se animaron a consultar sobre MAC.

Si bien el 87% de las mujeres encuestadas identifican su derecho a elegir libremente el MAC para sí, **el 30% reconoce** en otros pasajes de la encuesta **que su MAC fue finalmente elegido por el personal de salud.** Incluso el 6% señala que fue elegido por un familiar.

2 de cada 10 de las mujeres encuestadas sintieron que el profesional de la salud no les dio la oportunidad de hacer preguntas en su consulta sobre salud sexual, mucho menos tuvieron la posibilidad de brindar su opinión o pedir aclaraciones con respecto a los tratamientos o MAC propuestos.

Continuamos indagando sobre las consultas sobre salud sexual, y **6 de cada 10** de las mujeres encuestadas indico que el profesional no le pregunto si quería entrar a la consulta acompañada. Y el 14.29% de las mujeres encuestadas señalaron que el profesional en la consulta respondió solo algunas de sus preguntas.

A pesar de que nuestro Ministerio de Salud de la provincia, todos los años inicia Campañas públicas de difusión acerca de los cuidados ante el **dengue** – los cuales afectan en

mayor medida a las personas con capacidad biológica de gestar y a la vida uterina —el 68% de las usuarias indicó que jamás recibió información sanitaria en una consulta ginecobstétrica sobre qué es el ZIKA o las consecuencias que esta enfermedad puede provocar en una gestación.

c. Principales barreras u obstáculos para el acceso a MAC

Desabastecimiento en Instituciones Públicas

El desabastecimiento de MAC en instituciones públicas es corroborado en **entrevistas en profundidad** realizadas a profesionales del área sanitaria, quienes frente a la pregunta *¿Cuál es su opinión sobre la situación de salud sexual y reproductiva en la provincia?* respondieron:

- “La provincia no tiene un presupuesto específico para insumos de salud sexual, no hay capacitaciones ni insumos de ACO para garantizar interrupciones (misoprostol/ambulatorio y mifepristona). Hoy si recibimos insumos es por parte del Programa Nacional, y si el sistema subsiste es por el compromiso de muchos sectores” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla**).

- “Sobre anticonceptivos brindamos la mayoría de la canasta, pero actualmente no se puede acceder al inyectable, es el único faltante, por el resto si hay”. (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad**).

- “En el servicio sí se les brinda las ACO pero depende mucho de las medicinas que dejen los visitadores médicos” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla**).

- “Nosotros tenemos el programa REMEDIAR, que ahora si está bien” (**Integrante del equipo de salud del CAPS de capital**).

Si bien la disponibilidad de anticonceptivos no debería estar sujeta a programas nacionales, ni mucho menos a la buena voluntad de visitadores mediques, **en la provincia se observa un cambio favorable en la disponibilidad de MAC en Servicios Públicos**, en comparación con el Monitoreo Social de Tucumán (2017). Destacamos una entrevista realizada a profesional del área sanitaria, quien nos explica:

• “El acceso en el Hospital, donde trabajo -a pesar de trabajar en lo privado-, ha cambiado bastante. Hace mucho tiempo que ha cambiado, por políticas y métodos disponibles, y por facilidad en la consulta y turnos que hay hoy en día. Si lo comparo en años anteriores, ha cambiado mucho. Antes el consultorio se llamaba Planificación Familiar (en 2003), la única forma que accedan a una pastilla era cuando el visitador médico nos dejaba las muestras. Con el DIU fuimos aprendiendo a colocar, por ejemplo. **Con el tiempo, esto ha cambiado, antes con pastilla y ligadura, ahora hay muchos otros métodos y eso ha cambiado mucho.** Con la ESI, hay mayor apertura para hablar sobre ciertos temas, pacientes que tienen conocimiento por la escuela y redes, pero también hay déficit en la información, hay mucha gente que desconoce la existencia de la IVE. En el Consultorio de adolescencia llegan niñas y adolescentes de 10 a 19 años consultando y pidiendo información, y en la Consejería de Opciones llegan las mujeres

adultas, algunas derivadas de todos los niveles y no solo del primer nivel” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad**).

En **Observación no participante y participante** destacamos: Se encuentra una caja de métodos anticonceptivos en la sala de espera, y en la ventanilla de administración para disponer de forma gratuita el acceso a tales. En conjunto se observa folletería sobre MAC, que se puede solicitar por ventanilla, manteniendo la privacidad de les usuaries. (**CAPS de Capital**). Se observa en mesa de entradas en el servicio de ginecología un dispenser de preservativos masculinos. Recurrí al servicio solicitando otro tipo de MAC (pastillas, DIU, SIU, implante subdérmico, entre otros) a lo cual me indicaron que debía sacar un turno con una ginecóloga (**Instituto de la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes**). Se encuentra una caja de preservativos disponibles en el consultorio de salud sexual, para otro método anticonceptivo me indican que se debe solicitar turno en consultorio, a su vez explican que tienen todos los métodos anticonceptivo menos anillo (**Hospital de Concepción**)

Si bien se valora positivamente la mayor disponibilidad y visibilidad de la salud sexual dentro de las Instituciones y especialmente los aportes de profesionales que articulan para la efectividad del acceso a la salud sexual de sus pacientes en sus entornos de trabajo, insistimos en que es necesario la asignación y disponibilidad de un Presupuesto provincial para este tipo de tratamiento.

Información gráfica sobre derechos sexuales y reproductivos

De conformidad con el artículo 8 de la ley 25.673 y su Decreto Reglamentario N° 1282/2003, “los Ministerios de SALUD, de EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa”. En el marco de la atención sanitaria que regula **ley 26.529** se expresa que rige también para los centros de salud públicos y privados de atención, la obligación legal de “*adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los pacientes en materia de información sanitaria*”¹⁸.

La Ley N° 25.673, en su exposición de motivos legislativos, señala que esta normativa importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros¹⁹. Sin embargo, este tipo de campañas de difusión no existen, como así tampoco la información gráfica que dé cuenta de estos derechos.

5 de cada 10 de las usuarias encuestadas indico que no encontró en el Servicio de Salud donde se atendía una cartelera sobre salud sexual o sobre procreación responsable.

¹⁸ Art. 3 del Decreto N° 1089/12

¹⁹ Art. 8 del Decreto N° 1082/2003. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley.php>

En **Observación Participante** se detectó el déficit de información gráfica: Se observa cartelera bastante pequeña respecto de los Derechos Sexuales y Reproductivos, para ser más específica varios carteles redondos de 10 centímetros aproximadamente, todos con imágenes, uno detalla el número de la línea de salud sexual de la nación y otro el número de la Línea 102) si bien cuentan con un código QR para escanear por medio de un dispositivo donde arroja más información, es inaccesible para aquellos que se presentan y no tienen internet o directamente no tienen un dispositivo electrónico. **(CAPS de Capital)**. Cuenta con cartelera visible sobre embarazo, calendario de vacunas y accidentes en moto, solo eso. Es un Hospital que garantiza el aborto, pero no cuenta con cartelera indicativa sobre la realización de la práctica, tampoco cartelera sobre MAC. No hay folletos ni preservativos masculinos a disposición de los pacientes **(Hospital Néstor Kirchner)**. No observamos ningún cartel sobre métodos anticonceptivos, ni zika, dengue, DDSSyRR en general, mucho menos sobre aborto **(Centro de Salud Zenón Santillán)**. Se observa cartelera indicando el número de salud escucha bajo la leyenda *“Decidir sobre tu cuerpo: Información, atención y métodos anticonceptivos gratis en Hospitales y Centros de Salud. Línea Salud Sexual 0800 222 3444.”* **(Hospital de La Cocha)**. En el consultorio de servicios sociales encontramos carteles que hacen alusión a la violencia de Género. Además, indican derechos de las infancias. **(Hospital Avellaneda)**. Los consultorios de salud sexual se encuentran cruzando una puerta y a la derecha de un pasillo que no son de fácil acceso. La usuaria no puede verlos, ni conocer información si no ha sido autorizada por Admisión para pasar allí. La cartelera no tiene ninguna referencia a la salud sexual, pese a que muestra imágenes del NiUnaMenos. **(Hospital del Este Eva Perón)**



7. Abortos permitidos por la ley

Desde 1921 existen dos formas de abortar legalmente en nuestro país, legislados a través de nuestro Código Penal a través del artículo 86 se habilitaba un sistema de permisos para casos en que abortar era una elección válida para todas las mujeres. Esta prestación se conoce como ILE (Interrupción legal del embarazo).

En el año 2020 se puso nuevamente en debate la demanda de **“aborto legal, seguro y gratuito”** que desde hace décadas exigen los feminismos argentinos, y desde hace más de 15 años impulsa la Campaña Nacional por el Derecho a Decidir.

El 30 de diciembre del 2020 el Senado de la Nación aprobó el proyecto de ley – con muy pocas modificaciones – y abortar es posible con la simple voluntad de la persona con capacidad biológica de gestar, siendo una práctica médica lícita disponible en todos los niveles de atención y servicios de salud privados, públicos y de obra social. Finalmente, la Ley 27.610 que legaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) fue promulgada el 14 de enero de 2021, publicada el 15 de enero del mismo año mediante el B.O N° 24.562.

El 28 de mayo de 2021 mediante la Resolución N° 1531/2021 el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad presentaron el Protocolo para la atención integral de las personas con Derecho a la IVE/ILE destinada a los equipos y centros de salud como herramienta práctica para facilitar el trabajo y favorecer el acceso a la ILE, IVE y a la atención post aborto.

Posteriormente, el 13 de agosto de 2021 se publicó el Decreto N° 516/2021 reglamentario de la Ley 27.610.

a. Causal salud (ILE)

Bajo la denominación “Causal Salud” se comprende toda gestación que ponga en riesgo o afecte la salud de una mujer. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁰ y a su vez, el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (Resolución 952/2022 del Ministerio de Salud de la Nación), indica que “Es posible identificar una serie de situaciones relacionadas con factores de vulnerabilidad social que pueden hacer que un embarazo ponga en riesgo la salud de la persona gestante. Una interpretación adecuada de la causal salud supone entender, además, su vinculación con los conceptos de bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. (...) Una mención especial requiere la situación de niñas/es/os y adolescentes (NNNA), cuyos riesgos por la continuación de un embarazo son mayores a los de las mujeres o personas de mayor edad. El embarazo implica en sí mismo un riesgo aumentado para su salud tanto física como mental y para su vida.”²¹

Sobre el concepto de “salud mental” la ley N° 26.657 indica que es “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3º). Tal como lo ha recomendado la OMS (2022), el aborto seguro debe estar disponible cuando llevar un embarazo a término pueda causar dolor psíquico o sufrimiento a la mujer, adolescente o persona gestante.

A su vez el Protocolo también establece pautas sobre la ILE “se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto que, en general, son más altas que las de la población adulta. El Comité de los Derechos del Niño alerta sobre el mayor riesgo que tienen las adolescentes embarazadas y puérperas de experimentar síntomas depresivos y desarrollar pensamientos suicidas en comparación con las mujeres adultas en el mismo estado (MSAL, 2021). Por lo tanto, en las situaciones de embarazo de NNNA, especialmente menores de 15 años, debe considerarse siempre la posibilidad de acceso a ILE por riesgo para la salud o la vida”

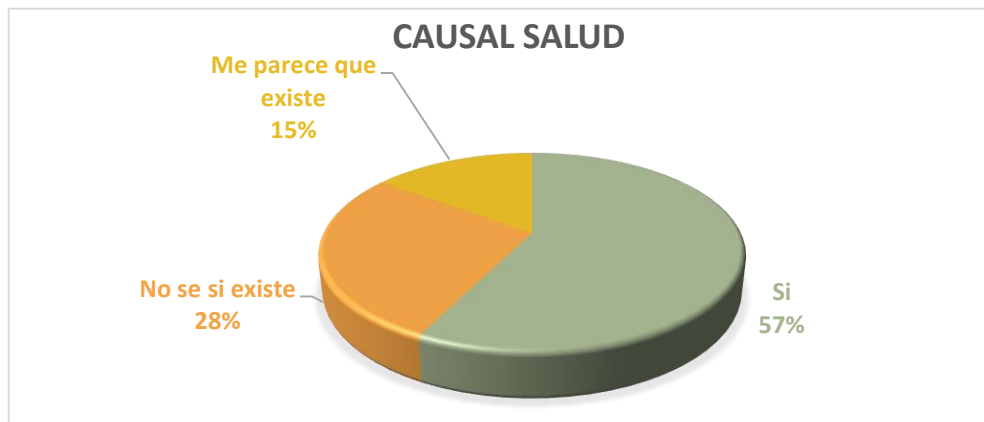
Son varios los factores que acotan la soberanía reproductiva de las mujeres, el grado de información acerca de este tema es central a la hora de valorar las posibilidades de autogobierno de cada persona.

²⁰ OMS (2014)

²¹ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022). Sonia Ariza Navarrete ... [et al.] ; coordinación general de Valeria Isla. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022.

¿Qué saben las tucumanas sobre aborto legal para la causal salud?

Solo **6 de cada 10** mujeres encuestadas conoce la denominada “causal salud” como alternativa terapéutica lícita para poner fin a un embarazo riesgoso.



En razón a los datos conocidos en el año 2017 los cambios han sido notables. Anteriormente solo 2 de 10 mujeres conocía sobre la causal salud para acceder a una ILE, hoy el número se ha triplicado. Sin embargo, a 100 años de la posibilidad de poder acceder a una ILE por causal salud no todas las tucumanas conocen esta causal.

6 de 10 de las mujeres encuestadas indicaron que frente a una gestación de un feto con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina o formaciones graves podía ser interrumpido por decisión de la mujer.

Frente a la pregunta: **¿Cuándo consideras que un embarazo pone en riesgo la salud de la mujer?** Se extraen los siguientes comentarios entre las usuarias encuestadas: *“Cuando tiene un embarazo ectópico”* (usuaria de 19 años); *“Cuando hay antecedentes de otras enfermedades”* (usuaria de 22 años); *“Cuando es violada, cuando es mayor de edad (50/60 años) o cuando se está en la infancia”* (usuaria de 39 años); *“Cuando fumas, cuando tomas alcohol, o cuando no tiene plata para poder mantenerlo”* (usuaria de 26 años); *“Si tiene malformaciones”* (usuaria de 21 años).

La mayoría de los comentarios obtenidos de las encuestas realizadas indicarían que las personas con capacidad biológica de gestar solo pueden acceder a una ILE con causal salud cuando tengan una patología de base biológica o cuando la vida fetal es incompatible con la vida extrauterina. Queda por fuera del imaginario de las encuestadas la salud integral.

El artículo 86 – sustituido por el art. 16 de la Ley 27.610 – entiende que las personas con capacidad biológica de gestar podrán acceder a un aborto no punible cuando estuviera en riesgo la vida o la salud **integral** de la persona gestante.

La realidad es que el Decreto 14/21 - PNE observa la palabra integral de la Ley 27.610, esto no quiere decir que el concepto salud deja de ser integral con respecto a las interrupciones del embarazo, si no que **la salud siempre es integral en cualquier ámbito y en todas las practicas**, teniendo en cuenta la definición establecida por la OMS en 2014.

b. Causal violación (ILE)

Bajo la denominación “Causal Violación” se encuadra la interrupción legal de un embarazo que es producto de una violación o un abuso sexual. En cualquier caso, una relación sexual no consentida. El fallo F.A.L despejó toda duda acerca de si la mujer con derecho a abortar era solo la que tenía una restricción en la capacidad o competencia y desde 2.012 esa duda quedó saldada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación cuando sostuvo que sería discriminatorio autorizar el aborto solo del embarazo forzado de la mujer “idiota o demente”.

El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022) entiende que violación es *“cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas del derecho de la persona de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de engaño, amenazas, coerción, uso de la fuerza, intimidación o aprovechamiento de su estado de vulnerabilidad. Se incluye la violencia sexual dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, en los términos del artículo 5.3 de la Ley 26.485.”*

¿Qué saben las tucumanas sobre aborto legal para la causal violación?

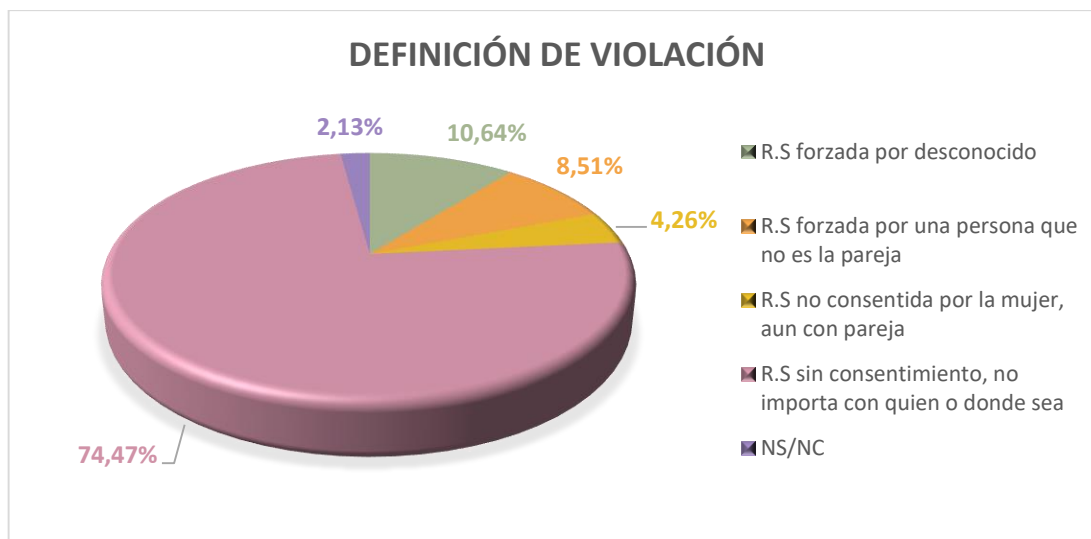
4 de cada 10 de las encuestadas no sabe o cree que no existe la posibilidad legal de interrumpir un embarazo producto de una relación sexual forzada.



Indagamos sobre lo que las encuestadas entienden como “Violación” y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

7 de cada 10 mujeres identificaron a la violación como una relación sexual sin consentimiento, no importa con quién o dónde sea.

El 10,64% cree que una violación es una relación sexual forzada por un desconocido, un 8,51% de las mujeres encuestadas dice que una violación es una relación sexual forzada por una persona que no es la pareja y otro 4,26% responde que es una relación sexual no consentida por la mujer, aún con la pareja o el marido.



Pese a que el fallo F.A.L. descartó la exigibilidad de denuncia policial o judicial como requisito para el acceso a la prestación médica de aborto legal en casos de violación y que la Ley 27.610 recogió ese criterio, **6 de cada 10 de las mujeres encuestadas considera que es correcto que personal de la salud les exija una denuncia judicial o policial en caso de solicitar una ILE.**

Sobre el mismo tema de la exigencia de denuncia policial o judicial para el acceso al aborto legal indagamos en **Entrevistas a Profesionales**, destacamos los siguientes:

- “No, absolutamente no. No la solicitamos porque no es necesaria, no nos compete”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**
- “No solicitamos denuncia jamás. Nunca nos ha tocado un caso de violación, pero si es un caso de violación a una menor si hay un circuito a seguir: comunicación a la Fiscalía” **(Integrante del equipo de salud de Centro de Salud Villa Urquiza).**
- “No, de ninguna manera. Sólo la declaración jurada y el consentimiento informado de la paciente o su referente afectivo si es menor” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**
- “No, ha cambiado mucho eso. No, en caso de violación. Solo el consentimiento informado”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**

Celebramos nuevamente el cambio de paradigma, debido a que en el Monitoreo realizado en el año 2017 en algunos Centros de Atención – Maternidad, Hospital de Concepción, Hospital Padilla – solicitaban la denuncia de la víctima para que pueda acceder a la ILE, incluso no daban curso o realizaban interconsultas con el área de salud mental y se comunicaba a la Fiscalía sobre los hechos.

c. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La IVE garantiza a todas las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar el derecho a interrumpir su embarazo hasta las 14 semanas de gestación inclusive, en cualquier servicio de salud público, privado y de obra social. A su vez, bajo este sistema de plazos, quienes solicitan abortar no deben expresar cual es el motivo que las llevo a tomar esa decisión.

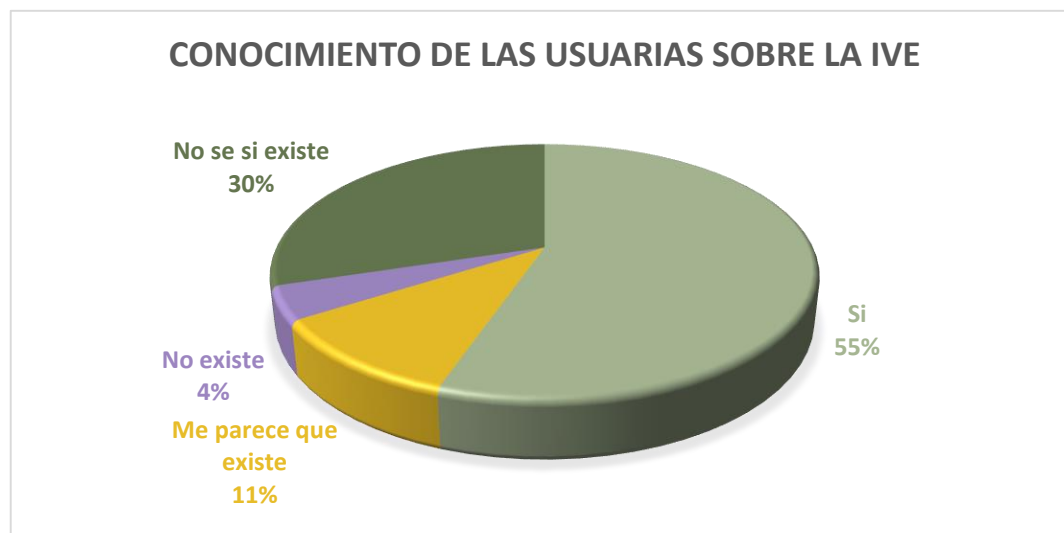
Desde el momento en que le paciente solicita la practica en cualquier servicio social la interrupción del embarazo el profesional que la atendió tiene un plazo de 10 días para brindarle la información y el acceso a la práctica.

Según el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (actualización 2022) indica *“El personal de la salud debe constatar la edad gestacional de manera inmediata por los medios más expeditos disponibles – fecha de última menstruación (FUM), examen bimanual o ecografía según disponibilidad–, de forma que se puedan garantizar oportunamente los derechos contemplados en la ley y el acceso a la práctica solicitada”*.

Después de más de 3 décadas de lucha feminista por el derecho a decidir, y de dos años de aborto voluntario, nos alegramos de poder preguntar:

¿Qué saben las tucumanas sobre ive?

5 de cada 10 usuarias encuestadas conoce la existencia sobre la ley de IVE.



Es necesario destacar que la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo se encuentra vigente desde principios del año de 2021, es decir con solo 2 años de publicidad de la ley y de efectivo cumplimiento en todo el país.

No ocurre lo mismo con la ILE que no obstante es similar en cantidad de personas encuestadas que la conocen, tiene un marco normativo 100 años de vigencia

Consideramos que esto implica reconocer la despenalización social que ha operado desde la lucha de los feminismos por el derecho a decidir, con matices en cada territorio, pero a lo largo y a lo ancho de todo el país. Inclusive en Tucumán.



Respecto de las Campañas estatales de difusión del derecho a abortar: **observamos que en ninguno de los Centros de Salud monitoreados encontramos folletería disponible o cartelera que pueda informarnos sobre qué es la IVE/ILE, dónde recurrir ante la decisión de abortar y mucho menos cómo acceder a un aborto.**

Ante la falta de información pública disponible les usuaries deben acercarse a la ventanilla correspondiente a admisión de pacientes para solicitar la información, o un turno, y en muchas oportunidades no reciben atención de forma inmediata ya que en la mayoría de les mediques que garantizan la práctica atienden solo algunos días de la semana.

Otro hallazgo importante dentro del circuito de acceso es la presencia de personal policial de seguridad privada observada en las Recepciones de Admisión de las Instituciones, quienes presencian el pedido de información de las pacientes. **En el Hospital Centro de Salud Zenón Santillán la monitora debió solicitarle al guardia de seguridad que se retire mientras hacía la Observación Participante.**



d. ¿Dónde se garantiza el aborto en Tucumán?

Esta Fundación promovió una acción de amparo contra el Si.Pro.Sa que tramitó bajo Expte. N° 207/2021 radicado en la Cámara Contencioso Administrativa de nuestra Provincia con la finalidad de conocer cómo se aseguraba la IVE luego de la sanción de la Ley 27.610, teniendo en cuenta que había 3 acciones judiciales en contra de la misma. En ese proceso se obtuvieron datos sobre la cantidad de interrupciones de embarazo realizadas en Tucumán y los lugares donde las prestaciones médicas estaban disponibles. **Según información pública actualizada este año 2023²² mediante Expediente N° 459-410-MXM, los lugares donde se garantizan IVE/ILE son:**

- 1er y 2do Nivel:
 - CAPS Villa 9 de Julio (SMT)
 - CIC San Felipe (SMT)
 - CAPS Barrio Jardín (SMT)
 - Centro de Salud Soldado Maldonado (Monteros)
 - CAPS El Mollar (Tafi del Valle)
 - Policlínica Dr. Adrián Tuma (Amaicha del Valle)
 - Hospital Garmendía (Burruyacu)
 - CAPS Estación Colombres (Cruz Alta)
 - Hospital de Trancas
 - Policlínica Asistencia Pública (Tafi Viejo)
 - Hospital Eliseo Cantón (Lules)
 - CAPS Colalao del Valle.
 - Area Operativa Alta Montaña.
- 3er nivel:
 - Instituto Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes.
 - Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda
 - Hospital Eva Perón
 - Hospital General Lamadrid (Monteros)
 - Hospital Regional (Concepción)
 - Hospital Ángel C. Padilla
 - Hospital de Clínicas Nuestra Señora del Carmen
 - Hospital Presidente Néstor Kirchner

Pudimos comprobar en Observaciones Participantes y No Participantes que aún dentro de las Instituciones indicadas por el propio Ministerio de Salud que el acceso no es pleno. En algunas de ellas porque la atención depende solamente de un profesional y con ello, el acceso a la prestación está limitado a sus horarios. En otros porque sólo garantizan IVE, pero no ILE. Y en otros, porque aun cuando estén indicados como “amigables”, no se encontró ningún profesional que garantizara la prestación en ninguna de las observaciones y en Admisión de la Institución carecían de alguna referencia sobre el tema.

²² Expte N° 459-410-MXM-2023 presentado ante el Si.Pro.Sa de Tucumán.

Según las cifras oficiales del Ministerio de Salud de la Provincia, Tucumán ocupa el segundo lugar en cantidad de abortos legales garantizados a la población en el año 2022. Celebramos 3613 Interrupciones de embarazo informadas hasta septiembre, indico la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Nación.

Teniendo en cuenta la cantidad de interrupciones de embarazos indicada por el Ministerio de Salud local, hasta Diciembre de 2022²³, alcanzaría las 5000 prestaciones podríamos afirmar que en Tucumán cada dos horas una niña, una adolescente o una persona con capacidad biológica de gestar ejerció su derecho a decidir y encuentra una respuesta institucional y estatal.

Si bien los números son indicadores de que la IVE/ILE se garantiza en nuestra provincia, **los obstáculos a la práctica subsisten** de diferentes modos. A modo de ejemplo se reseñan 3 casos a los que accedimos a propósito de profesionales de salud del **Ateneo de Salud del NOA de MxM**:

- ❖ **“Margarita”**: La paciente ingresa al Sistema de Salud Pública por un consultorio externo en el Hospital de Aguilares, aunque el correspondía el Hospital de Concepción por georreferencia. Relató que siempre la atienden muy mal en Concepción, entonces decidió trasladarse a Aguilares y así lo hace cada vez que necesita atención sanitaria. Allí accedió a una IVE, pero tuvo una complicación post aborto y se dirigió de urgencia al Hospital de Concepción donde un ginecólogo cuyo nombre no conoce le gritó que se había practicado un aborto frente de otras personas que se hallaban en admisión por la Guardia del Hospital. Ante esta situación, una de las profesionales de salud del Ateneo, junto a una abogada de MXM asesoraron a la usuaria en sus derechos y elaboraron una presentación escrita se presentó a la Dirección del Hospital poniendo con conocimiento las violencias, solicitando su investigación y las violaciones de derechos que importan este tipo de maltratos sanitarios.
- ❖ **“Fernanda”**: La paciente con una patología previa de hipertensión arterial en 4 de sus embarazos previos y preclamsia en su última gestación ingresa en el Hospital Eva Perón y solicitó una interrupción de éste. A consecuencia de cursar el primer trimestre, se registra en la HC como IVE, en vez de como ILE que es lo que correspondía por la afectación de su salud. El siguiente turno se demoró, el profesional que la atendió inicialmente tomó vacaciones y Fernando sobrepasó las 14 semanas sin acceder a la interrupción de su embarazo. Cuando obtuvo finalmente un turno, se le negó la ILE con el argumento de que su VIDA no estaba en peligro (así consta el registro clínico de la HC). Personal de salud del Ateneo del NOA la contactó con nosotras y luego de una presentación escrita dirigida a la Dirección del Hospital la paciente fue derivada a otra Institución que le aseguró la práctica, pero hasta ese entonces Fernanda ya ingresaba en la semana 23 de gestación y decidió llevar adelante el embarazo.
- ❖ **“Carmen”**: Una paciente solicita una ILE ya que padecía una patología biológica de base, la cual le ocasionaba convulsiones y previamente sufrió un ACV, lo que ponía en riesgo su salud integral, pero su condición preexistente al embarazo no se encontraba

²³ Te invitamos a leer la nota completa <https://mujeresxmujeres.org.ar/en-tucuman-cada-2-horas-se-garantiza-un-aborto-legal/>

registrada en su Historia Clínica, y por lo tanto estaba siendo rechazada sucesivamente en distintos Servicios. Una vez que acompañamos con asesoramiento legal y una presentación escrita a la usuaria, le realizaron los estudios pertinentes y comprobaron el diagnóstico de epilepsia que había provocado un ACV y un tratamiento con medicación anticonvulsivante; y con carácter de urgencia fue derivada a la Maternidad de Tucumán donde finalmente accedió al aborto legal en segundo trimestre. Carmen terminó con una histerectomía.

Durante el año 2022 hemos realizado cerca de 500 asesorías en IVE e ILE desde la Fundación, sólo en el mes de enero de 2023 hicimos 51 asesorías. Dentro este espacio de confianza feminista que son las Oficinas de MxM hemos recolectado datos de distintas usuarias han recibido “malos tratos” -así lo refieren en su mayoría- por parte del personal de Admisión de Hospitales, CAPS y personal de salud de Obras Sociales privadas.

Bajo la noción conceptual de “malos tratos” las consultantes refieren que las juzgan moralmente, les brindan información falsa respecto de la forma en que administrarse la medicación, les niegan la medicación, les hacen escuchar los latidos del feto, la demora de los turnos, la negativa de atención porque su domicilio no pertenece al radio del Nosocomio, la falta de correspondencia de su patología con una “causal salud” al “no poner en riesgo la vida”, la médica de licencia o lisa y llanamente, el inicio de un tratamiento con la consigna de que para el seguimiento no vuelva y pase por una guardia, la falta de recursos humanos dado que “la doctora no está y no hay nadie más que haga eso en el Hospital”.

Sobre las barreras para el acceso a la ILE y la IVE indagamos en las **entrevistas a profesionales**, quienes frente a la pregunta “¿Cómo es la respuesta del sistema de salud local para canalizar o dar respuesta a los casos de aborto permitido por la ley?” manifestaron:

- “Si, sé que se hacen además de acá en el Avellaneda, la Maternidad y el Hospital del Este” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “Creo que es buena. Como comentaba al inicio, a mi servicio llegan pacientes derivadas del 0800 que se encarga de derivar a los 5 centros públicos. A su vez manifiesta que: Hospital Avellaneda, Maternidad, Padilla, del Este y Néstor K garantizan IVE/ILE” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

- “Hacen IVE e ILE la maternidad, el Avellaneda, el Eva Perón, el CAPS 9 de Julio, el Hospital Néstor Kirchner. Tiene que haber uno por área operativa, por área programática. Indica que en su servicio no se realizan IVE/ILE por objeción de conciencia, se realiza la asesoría y se deriva” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de capital).**

- “Bastante buena, acá se hacen interrupciones solo hasta la semana 14 porque es con pastillas, luego se derivan, por ejemplo, a la maternidad. Además, agrega que se realizan en la Maternidad, el Centro de Salud 9 de Julio y el Hospital Padilla”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner).**

- “Si, el consultorio de Adolescencia, el Consultorio de Salud Sexual y Reproductiva, y las Consejerías por opciones, la de post aborto”. **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**

- “El sistema de salud está dando una respuesta visible, por algo bajamos el índice de nacimientos, a nivel provincial, y a nivel Hospital se debería ver de alguna manera es la problemática. nadie se pregunta porque llegan las mujeres a abortar, cual es el problema de los anticonceptivos en su acceso o nadie se interesa por poner a disposición una caja de MAC en la guardia, quizás es una urgencia te quedaste sin preservativos o comprimidos y no contás

con los medios económicos para comprarlos, entonces estaría bueno que los MAC se encuentren a disposición en la guardia del hospital”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción)**

Frente a la pregunta **“¿Está previsto un equipo de profesionales o algún profesional dispuesto a garantizar esta práctica en la Institución?”** se destacan las siguientes respuestas:

- “Si, somos nosotras, 4 personas (dos médicas, 1 enfermera y una 1 administrativa). El otro médico del servicio hace consejería y hace atención ambulatoria.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**

- “En mi servicio contamos con dos médicas, yo atiendo el primer trimestre y otra médica en la guardia para el segundo trimestre. Además, contamos con un equipo interdisciplinario para abordar todos los casos cuando resulte necesario.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda)**.

- “Si, acá en cuanto salió la ley, se hizo una encuesta sobre quienes iban a hacer y quiénes no. Los médicos, ninguno es ginecólogo, la Dra. es oncóloga y el Dr. es urólogo. La directora los llamó para preguntarles si iban a hacer abortos, y ellos confirmaron. Ahora están cumpliendo horarios extras, 6hs de su ocupación principal y 3 hs para hacer interrupciones”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner)**

A la pregunta **“¿Qué sucede cuando la mujer llega a la consulta de un profesional y no hay profesionales que brinden información o le aseguren la ILE o la IVE?”**, destacaron:

- “Si no hay médicos se les reprograma hasta que estemos presentes, suele ser rápido. Respecto a la ILE, no hago interrupciones por encima del 2do trimestre. **(Personal del equipo de salud del Hospital Padilla)**.

- “No pasa en mi Hospital, recibo derivaciones en la mayoría de los casos lo que supone que ya atravesaron la negativa y aquí le garantizamos el acceso”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda)**.

- “Las chicas de la guardia le informan que vamos los martes y jueves. Antes si teníamos un gran problema muchas veces personal del Hospital les indicaba que vayan un día distinto, les daban información cruzada para que no puedan acceder a la consulta” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción)**.

- “Es muy difícil cuando estás en el cerro y las distancias geográficas juegan contra el tiempo. Nosotros tenemos que contactar primero al Programa, que nos saque un turno y de allí llevar a la paciente. Todo eso con dificultades de conectividad tecnológica y geográfica entre el equipo de salud y con la paciente. Después viene otro tema que es el seguimiento del tratamiento farmacológico, también lejos, también desconectados y también con estigma en las comunidades originarias locales. Nos prometieron una antena, ojalá cumplan. Telemedicina no podemos hacer” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

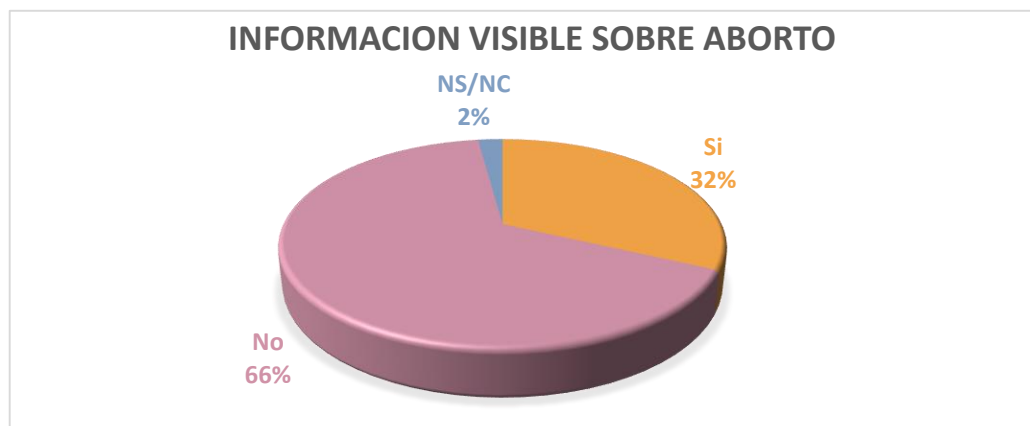
Una de las profesionales indica *“La Dirección del hospital no tiene una posición tomada con respecto al aborto, pero al menos no ha puesto trabas hasta hoy. Acompaña garantizándome insumos y equipos. Pero se necesita más gente, 1 o 2 profesionales no pueden sostener en soledad esta práctica como se merecen las pacientes”*. **Rescatamos especialmente esta reflexión porque coincidimos en que ninguna política pública puede sostenerse seriamente**

con la sobrecarga de un sector de los obligados y la eximición total de obligaciones de quienes declinan cumplir con las mismas obligaciones.

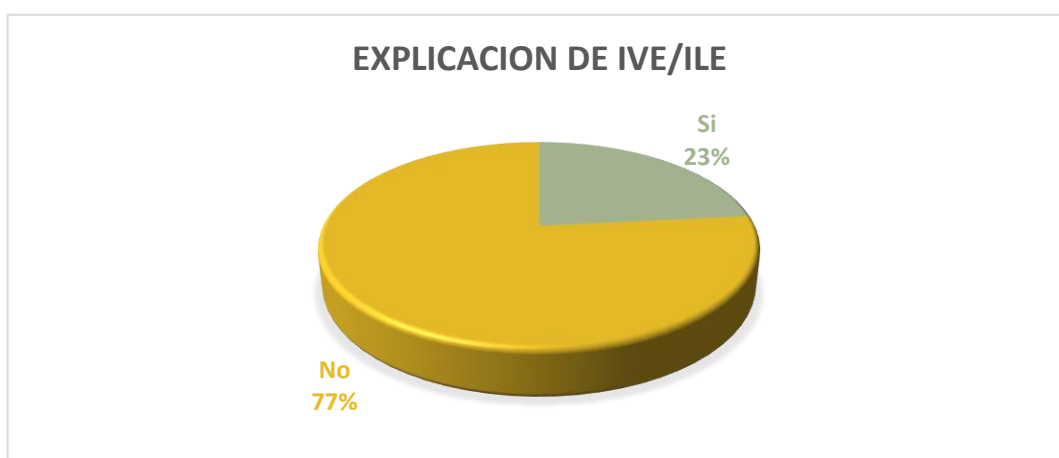
Dicho de otra forma: **esta afecta el principio de igualdad entre trabajadores**

e. Aborto e información sanitaria

7 de cada 10 encuestadas en Servicios Públicos de Salud indicaron que no vieron ninguna información gráfica sobre aborto en los Servicios de Salud.



8 de cada 10 de las encuestadas manifiesta no haber recibido ningún tipo de información sanitaria en un Servicio de Salud sobre aborto no punible, interrupción legal del embarazo (ILE) e interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y los derechos que tienen las personas gestantes al respecto.



Uno de los grandes obstáculos señalados por el personal de salud en las **entrevistas en profundidad** es la falta de información social sobre el aborto legal:

- “Creo que falta difusión en la información, hay pacientes que vienen a pedirlo pero que recién se enteran de que pueden pedirlo. La geográfica también cuando se tratan de pacientes de zonas alejadas que solo acuden al CAPS y a veces ni allí les informan bien.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**

- “Para mí la desinformación, muchas chicas no saben que ya es legal y se puede hacer en un hospital y van y lo hacen en cualquier lado y corren peligro, sobre todo las chicas de menos recursos.” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de capital).**

- “A la sociedad le falta mucha información, los lunes hago guardia en ambulancia y en ese espacio trato de informar todo el tiempo. A raíz de eso cambiaron la mentalidad, les brinde

la información que corresponde y ahora atienden a mujeres post aborto.” **(Integrante del equipo de salud de Concepción)**

No solo los profesionales han mencionado la falta de información como un obstáculo para los pacientes a la hora de acceder al aborto, sino que también señalaron como un tipo de acción que debería tomar en cuenta el Estado provincial:

- “Debería haber más información al público” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Kirchner).**

- “Que haya difusión oficial por parte del gobierno provincial, dejar en claro que el sistema de salud responde con calidad y confiabilidad”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “La cartelería pública, colgada en el Hospital, ayudaría a sacar el estigma sobre el tema en las pacientes y con los colegas. Si la hace el Estado, mejor” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**

En **Observación Participante** se destacó: “Ingrese al Hospital, en el hospital todo se encontraba muy limpio y cuidado, primero consulte a las guardias de seguridad por el consultorio de ginecología, quienes me dijeron que debía acercarme a la mesa de admisión. En admisión había dos empleadas administrativas mujeres y un varón, todas atendiendo a otras personas, primero se desocuparon las mujeres y me acerque les consulte por una IVE, me miraron de forma extraña y no sabían que es lo que era así que les dije un aborto, volvieron a observarme respondieron que no sabían nada, y que su compañero me iba a brindar el número de teléfono. Al brindarme el número me dijo que llame y solicite turno que una doctora me iba a atender, pero más que eso no sabía, solo conocía el número de teléfono” **(Hospital Néstor Kirchner)**



f. ¿Circuitos sanitarios de la ILE y la IVE?

La calidad de atención debe regir en cuanto a los estándares establecidos por la Ley de Derechos del Paciente y por la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

hemos apreciado en **Observaciones Participantes**: “Llegue al Hospital de Concepción y me dirigí a mesa de admisión, donde me indicaron después de mirarme de forma no muy agradable que las Dras. atendían solamente los martes y jueves, pregunte como tenía que hacer para que me den un turno, me dijeron que tenía que ir esos mismos días que no había ningún número de teléfono disponible ni nada. Además, consulte si podía llegarme hasta el consultorio y me prohibieron el acceso directamente” (**Hospital de Concepción**).

No debemos olvidar que la IVE es legal por un sistema de plazos hasta la semana 14 de gestación inclusive, y que la ILE corre por un sistema de causales que no tiene -desde lo legal- límite para la edad gestacional. Para conocer como es la atención en los Centros de Salud a las personas con capacidad biológica de gestar, en Entrevistas en profundidad a profesionales se indagó **¿En qué etapa del embarazo llega a los servicios de salud la mujer que busca un aborto?** destacamos las siguientes respuestas:

- “He visto variadas en este tiempo, pero la mayoría son antes de la 7 semana. Esta semana llegaron embarazos más grandes, había una paciente que tenía 28 semana solicitando una interrupción refiriendo una postura controvertida, decía que la iban a matar si se enteraban del embarazo, pero se le notaba la panza. Nos comentó que un familiar que trabaja en el Hospital le dijo que en la Maternidad le podían hacer un aborto si ella no quería continuar el embarazo, pero bueno, en ese caso el profesional igual le realizó la atención explicándole que la IVE era solo hasta la semana 14.” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad**).

- “Desde las 4 semanas hasta las 12 semanas, luego de ese periodo se las deriva” (**Personal administrativo del Hospital Padilla**).

- “Con mayor frecuencia en el primer trimestre. La mayoría con el test positivo, otras con ecografía porque vienen con derivación de otros servicios de primer o segundo nivel.” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad**).

- “La mayoría llega en el primer trimestre, hemos tenido casos de chicas rozando las 14 semanas, pero son muy pocos. En esos casos si ya no se puede aplicar las pastillas se deriva porque aquí no hacemos AMEU.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner).**

- “Llegan dentro del primer trimestre. El problema es cuando son niñas, sabemos que la detección es tardía, ahí puede ser que lleguen en segundo o tercer trimestre” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**



- “La mayoría llega antes de los 3 meses, solo el 10% llega posterior al primer trimestre. En el servicio hacemos IVE mayoritariamente.” **(Integrante del equipo de salud el Hospital Avellaneda).**

- “A mi servicio lo más avanzado que llegó fueron 15 semanas. En lo personal, a estos casos los derivo a la Maternidad. Pero la mayoría de las veces llegan entre 8,10 y 12 semanas. No tengo pacientes en 2do trimestre.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “Generalmente entre las 8 y 10 semanas, si nos llegaron embarazos más grandes, pero solo atendemos hasta las 14 semanas. También hacemos ILE pero hasta las 14 semanas. Y otro Dr. Del servicio realiza ILE en los embarazos más avanzados. Aunque una vez llegó una mujer cursando las 19 semanas de gestación, e indicó que el embarazo estaba muy avanzado para él, y derivo a la Maternidad.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**

- “Llegan con pocas semanas, en general cuando llegan con embarazos avanzados es porque las derivaron mal o las vió algún objetor antes y las asesoró mal para que pasen los días” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**

- “Con la IVE hay muchas menos resistencias. El problema está cuando aparece una chiquita con un embarazo grande. Ha pasado y es muy triste porque empiezan a tirarse el caso de aquí para allá y hay veces que por como da vueltas dentro del sistema de salud, se revictimiza a la niña. Opina Salud, la DINAIF y un montón de gente que no debiera meterse. Las chiquitas quedan en el medio, no se les explica nada a ella o a su familia y el embarazo sigue como si nada y termina pariendo para darlo” **(Integrante del equipo de salud de CAPS de Capital)**

A las niñas en Tucumán las obligan a parir: en enero de 2022 una niña de 10 y otra de 11 fueron obligadas a convertirse en madres en Tucumán. El embarazo de ambas, producto de un abuso sexual se detectó de manera tardía como ocurre a menudo con los casos de ASI. Uno de los casos tuvo lugar en Concepción, el otro en el Hospital de Este Eva Perón, en ambos falló el Sistema de Protección de las Infancias y en ambos casos, se administró medicación para el desarrollo artificial de la capacidad pulmonar que posibilite un nacimiento con vida. En ambos

casos se registró una ILE, en ambos casos se provocó un nacimiento con vida. En ambos casos se alteró el Certificado de Nacido vivo y se ocultó la filiación²⁴.

Es curioso, porque en casos donde desde la Fundación MxM hemos acompañado desde lo legal a niñas víctimas de abuso sexual con embarazos avanzados enseguida se garantizó la asistolia²⁵ y la interrupción legal del embarazo. Frente a lo cual pensamos la selectividad en el comportamiento estatal de convertir niñas en madres o bien, garantizarles una ILE incluso en el caso de segundo trimestre avanzado, se debe a la comodidad con que pueden violentar a la usuaria cuando no hay abogadas feministas cerca.

Continuamos indagando **¿Cuáles son los recorridos que debe realizar la mujer cuando solicita una interrupción legal del embarazo (ILE)?**

- “Debe sacar turno, es por medio del sistema de turno. Por teléfono a través de Salud Escucha, o por WhatsApp por call center. También puede ser presencial o por ventanilla. Y también a través del Programa Nacional del 0800, a través de los CAPS ya que contamos con turnos protegidos, incluso de manera espontánea. Es decir, por diferentes formas llega la consulta.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**

- “Acá articulamos con el Programa que nos deriva a donde haya personal que garantice y el seguimiento se hace acá en el CAPS. También algo muy importante, es la crecida de ríos en verano, no podemos circular. Imagínate que acá suele quedar toda la comunidad aislada con lluvias de verano cuando se corta el río que atraviesa la entrada, entonces eso se agrega ya a una desventaja propia de las pacientes que es la distancia geográfica y las cosmovisiones que pueden pesar en la cultura de la comunidad sobre el derecho a decidir” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

²⁴ Lee la nota completa: <https://www.pagina12.com.ar/394731-una-nina-de-10-anos-violada-y-llevada-al-parto-en-tucuman>

²⁵ Caso “Mía”. Expediente N° S-001332/2021. Consta en la sentencia de fecha 27/05/2022, condenatoria del caso de abuso sexual agravado, la declaración del personal de salud que testificó sobre la realización de la interrupción del embarazo a través de una asistolia, y como una forma de disminuir los daños derivados del abuso sexual en una niña de 11 años.

• “Idealmente deberían poder consultar en el CAPS más cercano o con su ginecólogo de confianza. En la realidad vienen derivadas por el 0800 salud o por el programa provincial o llegan por una amiga (el famoso “boca en boca”). En mi servicio somos muy poquitas, siempre se las recibe y se las informa (aunque se debería poder capacitar al personal para poder atender a pacientes que llegan con diferentes edades gestacionales para evaluar la prioridad). Cuando llegan por encima de las 10/12 semanas de gestación es porque fracasaron en el proceso, las farmacias les vendieron mal el producto, etc. Particularmente sobre este último caso, hay mucho desconocimiento por parte de los farmacéuticos y personal de farmacia sobre el protocolo porque sencillamente no les interesa, son indolentes. No leen ni googlean el protocolo, pese a que la información es híper accesible, no lo hacen porque no quieren. Lo hacen por maliciosos, indolentes y objetores. No es admisible que un personal de salud desconozca las dosis o el protocolo. **“(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**

• “A mi llegan 24/7 a través del 0800 (Sistema de Salud Sexual y Reproductiva), que depende del Programa de Provincia. Según el domicilio de la paciente se la redirecciona a uno de los cinco centros de atención” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

• “En este centro encuentro grandes complicaciones para que las mujeres lleguen, primero que nada, geográficas, debido a que el estar en alta montaña dificulta mucho más el acceso no solo para los y las pacientes si no para los integrantes del equipo de salud, incluso en algunas ocasiones son horas a caballo para poder atender a algunas pacientes. No me quejo para nada, pero es la realidad. Y por otro lado la conectividad, no tenemos señal para el equipo de salud y tampoco con las pacientes. Tiene que interceder el Programa, si logro tener señal para comunicarme, y después bajar a la paciente a Tucumán o al Hospital de Trancas. Acá aparece una ambulancia y se hace un revuelo en la comunidad así que el traslado también conspira contra la intimidad de la usuaria, no sólo contra su comodidad”. **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña).**

A su vez, la importancia de ONG y movimientos sociales en las luchas de derechos y en su posterior implementación también fueron destacadas en Entrevistas en profundidad con el personal de salud:

• “Cuando vienen desde la Fundación Mujeres x Mujeres o del Programa sabemos que ya están asesoradas y decididas para la IVE, las atienden las médicas y les dan información para que puedan firmar el consentimiento informado y empezar el tratamiento. Después seguimiento y al último se las llama para darle anticoncepción”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

• “El espacio del Ateneo de MxM es fundamental para que no nos sintamos solas y solos garantizando derechos”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**



Ante la pregunta **¿cuáles son los obstáculos que debe atravesar una mujer que decide interrumpir legalmente su embarazo?** les profesionales expresaron:

- “Los primeros obstáculos son los que provienen de las matrices que orientan las decisiones de las mujeres. En la Comunidad (se refiere a las Comunidades Originarias de los Valles Calchaquíes) siempre se ha abortado. Las mujeres han abortado en todas las épocas dentro de su comunidad, pero tienen una fuerte presencia de cristianismo (católico y evangélico). La primera vez que se marcharon políticamente las comunidades de acá fue para manifestarse en contra del derecho al aborto. Desde la sanción de la ley 27.610 aparecieron profesionales que garantizan abortos y aun así, pudiendo llegar a una Institución Oficial, las mujeres indígenas no llegan porque tienen vergüenza, porque quedan en evidencia con sus pares. Entonces el aborto acá en las Comunidades se hace, pero no necesariamente dentro de las Instituciones. Acá hay una sola médica que garantiza abortos y sube una vez a la semana. Acá Socorro Calchaquí es en general a quienes prefieren las mujeres indígenas. No sé, habría que pensar qué pasaría si se conformaran equipos con gente de acá también y se hicieron capacitaciones acá, respetando a las Comunidades y sumándolas como equipos de salud también” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

- Les suelen exigir ecografías para saber la edad gestacional, eso retrasa mucho el acceso”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “Ahora hay menos, pero sí capaz siguen siendo morales. Hay muchas chicas que llegan solitas, sin que la familia sepa. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Kirchner).**

- “Sobre todo, económicos: muchas veces no pueden trasladarse, hay muchas chicas que se vienen caminando desde lejos porque no tienen ni para el colectivo. También suelen tener más hijos y no pueden mantenerlos. La violencia dentro del hogar es otro obstáculo porque las parejas no las dejan en paz o incluso les pegan.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “Uno de los grandes problemas que tenemos es la barrera geográfica, otro la conectividad, pero ambos se vinculan con otro gran inconveniente que es la llegada del personal de salud a la comunidad. Si bien acá la mayoría son de comunidades originarias las costumbres se encuentran muy arraigadas. Por eso insisto en que los agentes socio sanitarios pertenezcan a las comunidades, porque no hay nadie mejor que ellos para comprender sus propias costumbres, y además por una cuestión identitaria. Además, otro problema que identifiqué es el estigma sobre la práctica producto muchas veces de las complicaciones que se producen por la lejanía a los centros urbanos, no necesariamente porque sean complicaciones poco frecuentes o posibles en la atención de aborto. Por ejemplo, el otro día una residente en medicina general tuvo que bajar a una paciente de alta montaña para practicarle una IVE en el Hospital, se hizo farmacológicamente y después el seguimiento se hace acá en el cerro. Cuestión que tuvo complicaciones – hemorragia, normal en la práctica – pero tuvimos que buscarla con la ambulancia, entonces toda la comunidad se enteró que se practicó un aborto, y ahí nace el estigma no solo de la Comunidad con la mujer que aborta sino también con la práctica porque se instala la idea equivocada de que el aborto es peligroso sólo por esa complicación” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

- “El mayor obstáculo que sufren las mujeres es el que cargan por la cultura. También está el obstáculo social y el económico, suelen tener muchos hijos chicos, o estudian, etc. Las percepciones personales influyen en mayor o menor medida. Le siguen los obstáculos burocráticos en lo referente al acceso”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “Son muchos: Condicionamiento social de la familia o pareja. También hay condicionamientos administrativos porque se las hace perder mucho tiempo valioso, el personal no está capacitado en la temática. Los profesionales de la salud no derivan, obstaculizan. Tienen el poder para negar acceso a prácticas lícitas y negar derechos, arruinar vidas”. **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda)**

- “Eso sobre todo con las niñas. Sabemos que en estos casos de abuso sexual infantil es más difícil de detectar porque hay miedo y amenazas sobre la niña que dificultan el develamiento. El embarazo muchas veces permanece oculto también en la Escuela, entonces entra al Sistema de Salud tarde. Ahí hay un problema porque hasta hace poco había solo una profesional que hacía asistolia en segundo trimestre y se tomó licencia por la sobrecarga. No la cuidaron dentro de la Institución. Ahora creo que hay otras, no estoy segura. Acá no se hace segundo trimestre” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**

- “Hoy no hay obstáculos, acá es cuestión de que llegue y se deriva y lo hacen”. **(Integrante del equipo de salud del CAPS de Capital).**

Uno de los obstáculos presentes es la disposición geográfica. Independientemente de los números de abortos oficiales de la provincia según información brindada a la D.E.I.S del Ministerio de Salud de la Nación por el Si.Pro.Sa, en las entrevistas con los profesionales de la salud surgió de manera uniforme la importancia de computar en la política pública las distancias geográficas, los obstáculos que reporta la ruralidad, la barrera que imprime una comunidad originaria o religiosa determinada en términos de cultura; y lo costoso que resulta para los pacientes acceder a una interrupción por fuera del Sistema Público.

La Ley 27.610 a través de su art. 2 inc. b indica *“Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud”* equipara para las interrupciones del embarazo las mismas obligaciones que para tratar cualquier otro tipo de práctica médica lícita, ya sea, un tratamiento oncológico como peritonitis.

Recordemos que el Estado Argentino ha asumido compromisos internacionales con la salud de la población y es garante del acceso a atención sanitaria en los tres subsectores: público, privado y de obras sociales. Y es en todos esos espacios donde se debe tener disponible la IVE.

Continuamos indagando a los profesionales, y frente a la pregunta **“¿El Servicio da intervención al Poder Judicial? Fiscalías, Defensorías, etc.”**, respondieron:

- “No, nosotros como servicio no, además sabemos que no es necesario. Si la paciente es menor de edad, comunicamos la sospecha de abuso, pero no específicamente el caso de la ILE. Otras pacientes que ingresaron por otros Servicios nos cuentan que les solicitan que vayan a hacer la denuncia, por ejemplo, en un caso que llegó acá, a la paciente de 13 años la acompañaron en ambulancia a la Comisaría para denunciar. Hay otras quienes ellas mismas decidieron continuar con el embarazo, por ejemplo, hubo un caso donde era la mamá de la niña que quería que interrumpa, pero la paciente no quería, de hecho, nosotras le ofrecimos el acompañamiento en ese caso. En estos casos, la preclamsia es un riesgo, hubo un caso donde programaron cesárea y una semana antes de la cirugía hizo preclamsia y tuvieron que operarla por Guardia y de urgencia.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**

- “Las asesoramos en cómo funciona la ley respecto de los abusos, las opciones que tienen, pero la denuncia depende de ella, salvo que sea menor de edad y ahí si tenemos

obligación de comunicar a la Dirección del Hospital y ellos a Desarrollo Social, más precisamente a la DINAIF, no a una Fiscalía o Juzgado.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Ángel Padilla)**

- “Ya no se hace, me sorprendió mucho cuando circuló por grupos de whatapp un oficio donde un Fiscal pedía información sobre pacientes abortantes. Eso ya no ocurría. No se si el SI.PRO.SA le habrá dado los datos de la paciente. Desconozco, pero es muy grave porque la información está protegida por el secreto profesional, no se puede entregar. Yo me comuniqué con una abogada apenas me llegó el mensaje para confirmar que no tenía que dar nada” **(Integrante del equipo de salud de un CAPS del interior)**

Las respuestas obtenidas en el Monitoreo Social del 2017 reflejaban una praxis constante de dar participación a los Juzgados o Fiscalías, por lo cual celebramos este cambio de rumbo en la política sanitaria.

Respecto de la pregunta **¿Se solicita que se expidan Comités de Ética y Bioética para avalar el caso?** Profesionales de distintas Instituciones respondieron con los siguientes comentarios:

- “Desde que existe la Ley no, pero antes todavía se hacía. En casos donde era legal, jamás le autorizaba. Ni de la Dirección ni del Hospital, después dejó de aparecer o intervenir, lo que hacían era incorrecto. Sus interpretaciones eran erradas.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**

Si bien esta respuesta es coincidente en todos los Centros Asistenciales de todos los niveles de atención, en un acompañamiento interdisciplinario que realizamos MxM en el mes de julio de 2022 demuestra que a contrario de lo que podríamos pensar a más de 10 años del fallo F.A.L, existen en algunas Instituciones alguna clase “juntas médicas” o “ateneos” encubiertos que, si bien no funcionan bajo la figura de un Comité de Bioética, opera ilegalmente como obstáculo para el acceso a la ILE:

En el caso de **“Fernanda”**²⁶ cuando pidió la ILE por causal salud se nuclearon espontáneamente 2 profesionales de la medicina, 2 profesionales de la salud mental y 1 Trabajador social para interpretar si la causal salud se encontraba justificada y, como si fuera una junta médica o un Comité de Bioética encubierto, realizaron una interpretación incorrecta negándole la práctica, porque “su **vida** no se encontraba en riesgo”. Este caso ocurrió en el **Hospital del Este Eva Perón**, ubicado en la zona Este de nuestra provincia, el cual ha sido referido por distintos profesionales de la salud entrevistados como “tierra de nadie” al momento de evaluar la calidad de atención y acceso a abortos permitidos por la ley. Es el mismo lugar donde “Lucía”²⁷ fue obligada a parir y donde a “Nelly”²⁸ le fue negada una ILE en una gestación de un feto anencefálico, entre otros muchos que acompañamos desde MX.M.

Indagamos a los profesionales **¿Puede la mujer elegir el tratamiento a través del cual se practique el aborto?**

²⁶ El Derecho a decidir en el contexto tucumano, p. 10

²⁷ El Derecho a decidir en el contexto tucumano, Op. cit

²⁸ El Derecho a decidir en el contexto tucumano, Op cit.

- “No tenemos la opción, la que damos es la ambulatoria y farmacología, con mife ahora. Ahora tenemos una capacitación de AMEU, sabemos que va a haber obstáculos, pero al menos podremos contar con la práctica. Vamos a ver cómo se instrumenta en el servicio.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**

- “No es tan fácil para la mujer acceder al procedimiento que quiera, creo que no existe la posibilidad, es un enlatado, sino el Programa Nacional hubiera dispuesto la distribución de Mifepristona a cualquier edad gestacional. En mi Servicio no puedo darles la opción porque no tengo lo insumos ni la cantidad de recursos humanos para atenderlo, somos dos profesionales exclusivamente. Hoy ocurre esto, pero es bastante lo que se logró, es un avance que se debe reconocer. Si tengo pacientes que eligen AMEU.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “Es un poco más complejo. Cuando se hace asesoramiento, ella puede elegir si se realiza la práctica o no, recepcionamos las vías protocolizadas para la IVE (que son acotadas, se reduce mayormente al misoprostol). Si la paciente no está de acuerdo con ellas nos lo dice e intentamos evaluar, dependiendo la etapa gestacional que encuentre transitando, cuales otros procedimientos son aptos y accesibles. Pero en un principio no, no pueden elegir.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

- “Acá esa medicación directamente no llega.” **(Integrante del equipo de salud del CAPS del interior).**

- “Si pueden elegir. Tenemos el combi-pack (un compuesto de misoprostol y mifepristona) y misoprostol. Nosotras las asesoramos, aunque el combi-pack no es para todas, sobre todo es para por ejemplo para una mujer que se realizó una cesárea hace muy poco. AMEU directamente no hacemos, no sabemos hacerla y no hay donde realizar la práctica. El tiempo tampoco nos da, tenemos 20 pacientes diarios. Estamos desde las 13 horas y no tenemos horario de salida, porque vemos todas las que llegan.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción)**

A su vez, una de las integrantes del equipo de salud del Hospital Padilla manifiesta que la Mifepristona – uno de los métodos recomendados para interrumpir embarazos por la OMS²⁹ – no está contemplada dentro del presupuesto para realizar abortos. Indica que la Mifepristona debe ser usada en ciertos casos no en todos, esto indica la falta de disponibilidad del medicamento y además vuelve limitado el acceso de este método para abortar a las usuarias.

Una persona con capacidad biológica de gestar tiene derecho a elegir el método para interrumpir su embarazo, de no hacerlo, vulnera sus derechos consagrados en la Ley 27.610, en su art. 4 inc. d): *“Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad”* y inc. *“e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada. Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica.*

²⁹ Organización Mundial de la Salud (2022) Directrices sobre la atención para el aborto.

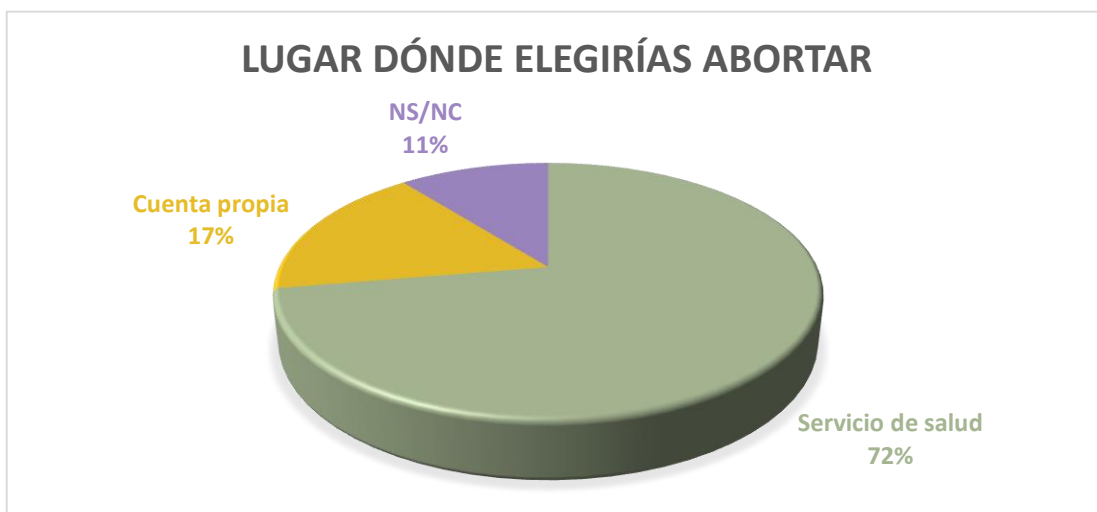
Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles. El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita.”

Indagamos qué grado de empoderamiento tienen las mujeres a la hora de solicitar una ILE/IVE. Para ello, en las encuestas les preguntamos si conocían o tenían información acerca de estándares normativos o leyes que les aseguren calidad de atención en el caso de solicitar en el Hospital abortos permitidos por la ley.

El **5 de cada 10** de las mujeres encuestadas dijeron no conocer ninguna ley que les asegure un determinado estándar de calidad en la atención de ILE/IVE.

Este dato evidencia la falta de difusión de la Ley 27.610 – recordemos la falta de folletería y cartelería disponible en los Centros de Salud – y de la Ley N° 26.529 de los “Derechos del Paciente” que garantiza a todas las usuarias: **asistencia sanitaria, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía e información sanitaria**. Si bien el derecho a abortar por fuera de las causales se conoce, la calidad de atención es desconocida por las usuarias.

7 de cada 10 mujeres encuestadas reconocen que frente a un embarazo no intencional acudirían al Servicio de Salud Pública. Sólo el 17,02% de las usuarias encuestadas respondió que preferiría hacerse un aborto por cuenta propia.



Se destacan los siguientes comentarios: “A un servicio de salud, para tener información segura” (usuaria de 18 años), “Por mi cuenta, por vergüenza” (usuaria de 29 años), “Los haría por mi cuenta, con amigas porque me siento más cómoda” (usuaria de 19 años) , “Iría a un servicio de salud porque el aborto es legal, puedes ir directamente” (usuaria de 27 años), “Consultaría en un servicio de salud porque si lo hago sola corro más riesgo de muerte” (usuaria de 39 años), “Vendría al Hospital porque es legal y me tienen que atender bien” (usuaria de 35 años) , “Consultaría a un Servicio de salud, porque no tengo los medios para hacerlo por mi cuenta y lo "casero" no es seguro” (usuaria de 42 años),

La mayoría de las usuarias encuestadas considera que si una persona gestante recurre a una ILE – por causal salud o relación sexual forzada – los servicios que debe ofrecer el Hospital son integrales. Se destacan los siguientes comentarios: “Un grupo de contención para ella, para que la ayuden a que tome la decisión correcta” (usuaria de 45 años), “Creo que deberían informarla bien, explicarle su situación y esperar a que ella decida si quiere seguir con el procedimiento” (usuaria de 30 años), - “Primeramente atención psicológica, y luego realizarle un aborto. Y deberían tratarla como a cualquier paciente normal” (usuaria de 39 años), “Deberían atenderla con mucho cuidado por los riesgos que puede sufrir ella. Brindarle servicio psicológico para poder decidir bien” (usuaria de 48 años), “En primer lugar informar bien sobre el procedimiento a través de un buen trato” (usuaria de 35 años), “Atención médica, psicológica, psiquiátrica si necesita. Normal como cualquier persona, sin juzgar” (usuaria de 28 años), “Si es por violación se debería garantizar el aborto, y los profesionales deben hacerlo a tiempo” (usuaria de 25 años)

En la misma línea, la **Corte Suprema de Justicia de la Nación** en el fallo F.A.L ha establecido una serie de estándares para la atención de abortos permitidos por la ley: la necesidad de no judicializar estos casos, la obligación de los profesionales de brindar asistencia sanitaria cuando enfrentan una consulta de este tipo, la violencia institucional que supone la intervención de Comités de Ética o Bioética o de cualquier **barrera médico-burocrática predisuelta desde el Sistema de Salud que genere dilaciones innecesarias o impida la práctica de aborto**. A la par, aclaró la obligación del Estado, como garante del acceso a la salud pública, de garantizar este tipo de prestaciones médicas que son lícitas o legales “*en tanto que despenalizadas*” en todas las Instituciones (considerando 25).

Eses mismo fallo indica que los abortos permitidos por la ley deben estar disponibles en todo momento en los Servicios de Salud, y **surgió de manera reiterada la atención intermitente -en horarios y en días - de este tipo de consultas**. Destacamos el siguiente comentario “Somos un servicio que garantiza el aborto desde antes de la aplicación de la ley de IVE. Luego de ésta la demanda aumentó sustancialmente y sin embargo el equipo sigue estando conformado por 2 profesionales con un solo día de atención. Lo que ha provocado el desgaste del equipo con una sobrecarga de trabajo y responsabilidad que les afectó subjetivamente” (**Integrante del equipo de salud de un CAPS del interior**)

Y en cuanto a aquellas personas que deciden interrumpir voluntariamente el embarazo, se destacan los siguientes comentarios: “Que sea respetuosa de la decisión, que no juzguen” (usuaria de 18 años), “También consulta en psicología si pide la paciente” (usuaria de 27 años), “Que sean atendidas, contenidas por profesionales. Normal como a toda persona. No ser discriminado por lo que ella va a hacer” (usuaria de 22 años), “Con psicólogo, atención postaborto. Brindarle la mejor atención, hacerla sentir acompañada” (usuaria de 31 años), “No deberían atenderla” (usuaria de 28 años), “Que no se hagan abortos en Hospitales” (usuaria de 24 años).

A grandes rasgos podemos identificar dos polos opuestos que reflejan las cosmovisiones antagónicas que se han visto en el debate. Quienes consideran que las personas que deciden interrumpir voluntariamente tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso, en todos los Servicios de Salud, con una atención de calidad y estándares afines a los que siguen el resto de las consultas sanitarias; y aquellos que consideran que no deberían atenderla o bien, que el Estado no debe poner al servicio de las mujeres este tipo de prestación.

Afortunadamente las Leyes 27.610 y 26.529 establecen criterios de calidad, derechos y garantías para aquellos que desean acceder a una IVE o a una ILE.

La Ley 27.610, en su art. 5 indica que el personal de salud debe garantizar condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto.

- **Trato digno:** respetar las condiciones personales y morales de la paciente, erradicando prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con capacidad biológica de gestar.
- **Privacidad:** todo lo que ocurre en la consulta con el profesional de la salud es privado. Ningún integrante del equipo de salud puede brindar datos, ni mucho menos la Historia Clínica de la paciente. Al asegurar la privacidad respeta la intimidad, dignidad humana, autonomía de la voluntad, y, sobre todo la confidencialidad.
- **Confidencialidad:** el personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Además, debe informar en la consulta que la confidencialidad está garantizada y esta alcanzada por el secreto médico. Todo el equipo de profesionales que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o tenga acceso a ella, debe respetar la confidencialidad.
- **Autonomía de la voluntad:** deben respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus Derechos Reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios de valor concernientes a consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud.
- **Acceso a la información:** deben mantener escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud, este derecho incluye el de NO recibir información inadecuada en relación con la que solicita la paciente. Además, se debe informar sobre los distintos métodos para interrumpir el embarazo, sus alcances y sus consecuencias. Esta información debe ser **actualizada, comprensible, veraz, brindada en lenguaje y con formatos accesibles**. Tanto el personal de la salud como las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre todos los derechos comprendidos en la Ley de IVE.
- **Calidad:** el personal de la salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición establecida por la OMS. La atención de IVE debe ser brindada siguiendo estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

g. ¿Qué sabe el personal de salud sobre la consulta de aborto?

A la fragilidad de la ciudadanía de las usuarias debido a la escasez de recursos simbólicos y a la falta de difusión de información sanitaria sobre el tema, debe adicionarse el desconocimiento de los profesionales de la salud acerca del marco de derecho que rodea la consulta de ILE/IVE, puesto que ambos -profesionales y usuarias- son actores estratégicos de la relación médique-paciente, aun cuando los efectores son “*sujetos supuestos de saber*” y ocupan un lugar de poder dentro de un espacio asimétrico como es el que genera el vínculo sanitario.

Se indagó en **Entrevistas en profundidad** sobre la información que recibieron los profesionales sobre el tema de atención de abortos y atención post aborto -en su instancia de formación universitaria y se destaca que casi la totalidad respondió negativamente. Frente a la pregunta “**En su opinión ¿la Universidad aborda correctamente estos temas en su currícula de grado a la hora de la formación de grado? ¿En qué materias?**” indicaron:

- “Además de Lic. en Enfermería, soy Lic. en Obstetricia, es decir con un post título en Obstetricia, durante mi cursado que se amplió la carrera, y vi otros contenidos. Allí tuvimos la formación en salud sexual, no en aborto cuando yo curse no estaba legalizado, estudiamos sobre semanas gestacionales, tipos de abortos, el tratamiento y las complicaciones. Pero puntualmente no vimos el marco del aborto legal.” **(Profesional de la Enfermería)**
- “Sobre la formación de grado desconozco actualmente si se dan estos contenidos. En la formación de posgrado Toco ginecología y Obstetricia, tienen en la residencia acá en la Maternidad la formación de derechos sexuales y reproductiva, este año no hubo rotación por nuestro servicio, ni hacen práctica sobre las prácticas que hacemos nosotras. En mi propia carrera, no tuve nada, para nada nada. Hubo un vacío total, ni siquiera en posgrado. Yo hice un sistema de concurrencias de 4 años de formación y uno de Jefatura donde no se hablaba de aborto y DSSySS, si de parto humanizado, a partir de ahí hubo un quiebre sobre el tema. Con el tiempo cuando fui jefe de Guardia, aprendimos a ver a las pacientes de otra forma, con el departamento de salud mental hace 10 años y para acá, ellas nos hicieron que veamos a las pacientes de otras formas, no una ni dos psico sino todas, esa mirada en sala de parto y en hospital, eran promotoras de cambio. como persona y profesional, siempre estaban muy al pendiente de los casos.” **(Profesional de la medicina)**
- “No, por lo menos en la currícula de medicina no se da en ninguna materia. Esto lo digo, primero como egresada (pese a ser del plan viejo) de medicina, menos que menos se da en ginecología porque quienes manejan esa currícula son manifiestamente anti-derechos, y hasta encabezaron públicamente las marchas en contra de la legalización. En la currícula médica NUNCA se habla del tema, salvo un docente de bioética de la Nacional que se que lo da, el resto lo ignoran. Debiera darse en Gineco, en salud pública, en medicina legal, en antropología. Sé de otras carreras que lo tocan, pero desconozco la profundidad con lo que lo hacen.” **(Profesional de la medicina)**

- “No, definitivamente no se aborda. Pero hay cambios, con el nuevo plan de estudios 2023 se contempla la curricula de formación en género y diversidad para los primeros años; es una oportunidad de introducción a la medicina. Particularmente soy docente de la Facultad de Medicina UNT y a mis estudiantes de los rotatorios este contenido se los brindo de forma obligatoria porque es fundamental que egresen del grado con estos temas aprendidos **“(Profesional de la medicina)**.”
- “La capacitación que yo tuve si me preparó, pero igual nosotros cada año tenemos 2 o 3 capacitaciones de distintos temas. Cuando yo estudie se tocaba aborto muy por arriba. Tanto espontáneo como provocado. Yo estoy en la zona de Chivero, por lo que me han tocado casos muy difíciles, que hemos tenido que trabajar con la psicóloga y la ginecóloga. Desde el área tenemos esa bajada, de trabajar en grupo.” **(Profesional de la Enfermería)**.
- “Desde la Universidad sí, yo creo que, si me prepararon, quizá no suficiente en aborto, pero si en salud sexual en general. Recibimos capacitaciones virtuales durante la pandemia, pero pocas.” **(Profesional de la Enfermería)**.
- “Jamás me dieron formación de ILE ni siquiera, me recibí hace 14/15 años, nos fuimos formando en medida de las capacitaciones dentro del sistema. Hice capacitaciones sobre aborto, el año pasado, la hice con el PRISS, también hice de ASI, donde vimos IVE/ILE. El PRISS me llamo porque sabía que estaba en el consultorio de IVE.” **(Lic. en Obstetricia)**

Entre 2019 y 2022 realizamos pedido de información pública a las Unidades Académicas de la Universidad Nacional de Tucumán que consideramos forman parte del equipo de salud y sumamos a la Facultad de Derecho en tanto, todas las Instituciones asistenciales cuentan con profesionales de la abogacía para cuestiones legales. En todos los casos preguntamos si los temas inherentes al aborto como derecho y los estándares de calidad de atención se encontraban comprendidos en algún trayecto de la formación de grado. Las Facultades de Psicología³⁰, Trabajo Social³¹, Enfermería³² y Derecho³³ de la UNT (Universidad Nacional de Tucumán) respondieron afirmativamente.

Es bastante significativo que la Facultad de Medicina³⁴ de la UNT no haya emitido respuesta, pese a que se hicieron 4 pedidos de pronto despacho de la información, y que las Facultades de Medicina Privadas (Universidad San Pablo T y Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino) también hayan negado información.

La necesidad de capacitación en el marco legal que regula las interrupciones de embarazo y en los distintos procedimientos para realizar una IVE y una ILE han sido emergentes en todas las entrevistas en profundidad dado que estos temas no se abordan en la formación de grado

³⁰ Expte N° 78532.

³¹ Expte sin número, con respuesta el 28/10/2022.

³² Expte 22082.

³³ Expte N° 7151.

³⁴ Expte N° 81490/19 y Ref. 1 con pedido de pronto despacho el 19/05/2021. Pronto despacho en 12/02/2020, 30/03/2020 y 26/05/2022.

y poco se han incluido en su carrera sanitaria dentro del Estado. Frente a la pregunta “¿Recibió capacitación como agente de salud en lo que respecta a la normativa vigente tanto para ILE como para IVE? manifestaron:

- “Si, sé por mis compañeras que el año pasado sobre normativa, y ahora sobre AMEU.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**
- “Necesitamos capacitación de nuestro personal de la Comunidad y que se haga acá en la Comunidad. La oferta de capacitación del Estado implica trasladarnos abajo al centro y eso dificulta que estos temas dejen de ser un tabú acá en la Comunidad. Por eso insisto, necesitamos capacitaciones acá y agentes sociosanitarios de acá que se sumen a los equipos y reciban también capacitación. Es fundamental para fortalecer los equipos locales que trabajan en los cerros y los vínculos con la gente que también vive en los cerros.” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**
- “Si, tuvimos todo el personal capacitaciones por zoom, pero ninguna presencial. Para mi falta mucho por capacitar, porque solo tuvimos 2 el año pasado y nunca más.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner).**
- “No, al personal de mi Servicio los tuve que capacitar yo (nunca se enmarcó institucionalmente).” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**
- “En el servicio somos 4 personas y recibimos una capacitación sobre el tema, , el resto del personal del hospital desconozco si la recibió. Pero a la mayor parte de la capacitación sobre aborto y objeción de conciencia para mi equipo la hago. El Hospital no gestiona capacitaciones a ningún servicio, el Ministerio de Salud solo brindó capacitaciones por COVID y Ley Micaela.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**
- “Se pidió varias veces capacitación sobre cuestiones legales como secreto profesional y documentación clínica. Acá tuvimos problemas con esos temas. También sobre cuestiones médicas puntuales como segundo trimestre. Por una cosa u otra no se hacen” **(Integrante del equipo de salud de la La Maternidad)**
- “Si se capacitó a todo el personal. En realidad, deberían volver a capacitar, solo fue una vez y debería ser al menos una vez al año.” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de capital).**

Frente a la pregunta ¿Cuáles son las normativas vigentes sobre el aborto/aborto no punible que conoce a nivel local y nacional (código penal, fallo “FAL” de la Corte Suprema, protocolos de atención a nivel nacional y local y Ley 27.610)? les profesionales en entrevistas en profundidad, respondieron:

- “Yo al menos ahora, por mis compañeras, estoy formándome más con la nueva Ley y los protocolos. Pero es por iniciativa mía” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**
- “La verdad es que tengo muy poco conocimiento sobre la normativa, sé que existe la ley de aborto legal pero no en profundidad.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**
- “En la institución muchos de los profesionales todavía desconocen el marco legal vigente y otros directamente son objetores” **(Integrante del equipo de salud de CAPS del interior)**

- “Si conocía la ley, pero no sabía que había diferencia entre ILE e IVE. No conozco más que la ley.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**
- “No conozco ese fallo.” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de capital)**
- “Desconozco ese fallo, si conozco la ley, pero no en profundidad.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Kirchner).**
- “La ley es de aplicación efectiva, al menos aquí el cumplimiento es efectivo.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner).**
- “Desconozco la aplicación.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

Si bien algunos de los profesionales indican que conocen la normativa, otros que desconocen la jurisprudencia vigente, y algunos no conocen en profundidad la Ley 27.610. Este es un comentario de una entrevista que queremos destacar por su honestidad y valentía:

“Ahora tenemos ley, la 27.610. También está el protocolo de la Ley no solo para el aborto voluntario sino también para la interrupción legal del embarazo. En su momento el fallo FAL nos había habilitado hacer algunas cosas, pero eran todas muy cuidadas porque el resto del personal era muy hostil y la Dirección no acompañaba. También trabajamos mucho la Ley 25.673 para la provisión de anticonceptivos en las consultas post aborto. Pero creo que sobre el manejo normativo en sí mismo es un poco pobre, es decir, el personal si bien informa y deriva no es porque saben que hay una ley que reglamenta todo eso, sino porque la directiva es informar y derivar sin saber muy bien cómo funciona la ley o los protocolos, es un poco ignorancia y un poco también una elección” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**

Les mismos profesionales sugieren frente a la pregunta **¿Qué tipo de acciones deberían llevarse a cabo para garantizar los abortos permitidos por la ley en la provincia?**

- “Los programas de salud sexual del estado se deben un replanteo de las estrategias implantadas desde local, es necesario contar con espacios de reflexión análisis e investigación que permitan a los profesionales y usuarias estar contenidos y acompañados en el marco de una política pública tan resistida por la sociedad” **(Integrante del equipo de salud de la Policlínica de Tafí Viejo)**
- “Se deberían realizar las prácticas en todos lados y en todos los niveles. Las prestaciones de IVE hasta la semana 14 se recomiendan farmacológicas, debieran hacerse en los CAPS y no hacer que las pacientes estén dando vueltas para acceder.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**
- “Que los profesionales de capital vayan hasta los Hospitales del interior para difundir la práctica.” **(Personal administrativo del servicio de ginecología del Hospital Padilla).**
- “Sacar un nro. de teléfono propio para el Programa de salud sexual local. Que haya difusión oficial por parte del gobierno provincial, dejar en claro que el sistema de salud responde con calidad y confiabilidad; capacitar trimestralmente a los efectores de salud para evitar la estigmatización (ya que se el personal se va renovando); insistir con capacitar de forma constante al personal administrativo (planificar 1 capacitación por trimestre en cada área sobre el tema); juntar a los servicios para que intercambien opiniones profesionales con el resto de efectores.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**

- “Depende mucho de la individualidad de cada profesional, se necesita concientizar sobre las consecuencias de la obstaculización y la objeción, para visibilizar que nadie cuestiona su derecho a objetar pero que están obligados a redireccionar.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

- “Yo creo que, en este CAPS deberían hacerse las interrupciones, cuando no es deseado.” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de capital).**

- “Debería haber más información al público y debería ser un tema de la formación en la carrera también” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner).**

- “Necesitamos tener equipos en todo el territorio para que la gente no tenga que trasladarse. Fortalecer los equipos de la comunidad, en su comunidad es lo que fortalece el acceso. Por eso trato de que los agentes sociosanitarios sean todos originarios de la Comunidad” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

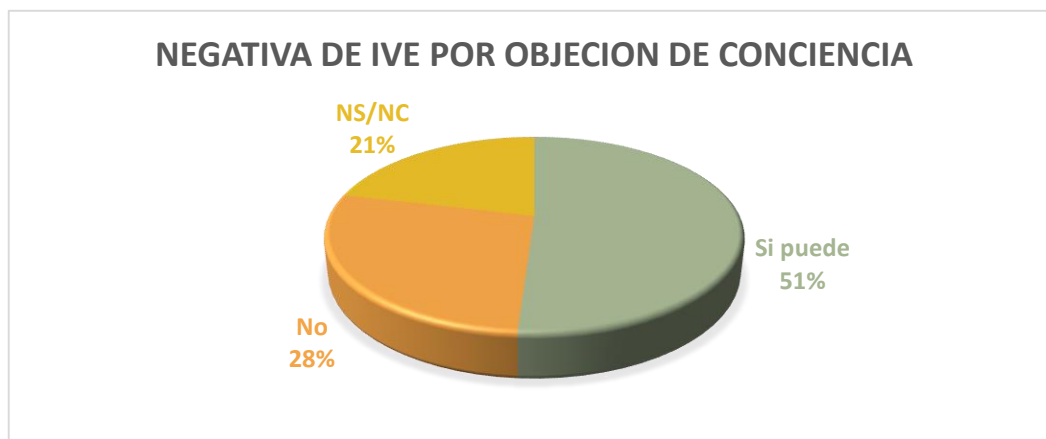
- “En mi servicio si se está garantizando las interrupciones, el tema son los otros hospitales que tienen objetores de conciencia atendiendo a las pacientes que necesitan un aborto, ahí es donde deben intervenir las autoridades para no recargar al personal y para no perjudicar a las pacientes.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**



Facultad de Medicina - UNT

h. Objeción de conciencia y aborto

5 de cada 10 mujeres indica que cree que le pueden negar una IVE/ILE por razones personales, religiosas, éticas o morales a garantizarle un aborto permitido por ley.



Se destacan las siguientes respuestas de las usuarias encuestadas: “Cada uno tiene sus creencias y también hay que respetar a que quienes consideran que el feto tiene vida” (usuaria de 33 años), “Si algunos sí. Porque algunas personas no están de acuerdo con la ley” (usuaria de 55 años), “Si porque es vida y aunque haya ley es matar” (usuaria de 30 años), “Si por cuestiones religiosas” (usuaria de 22 años), “No puede, porque su trabajo es brindar el servicio sin importar lo que piense” (usuaria de 24 años), “No porque le tiene que importar la paciente” (usuaria de 35 años), “No se puede negar porque es su trabajo” (usuaria de 40 años)

La “objeción de conciencia” se encuentra presente en la Ley 27.610 como un derecho, pero con ciertas limitaciones y condiciones (art. 10):

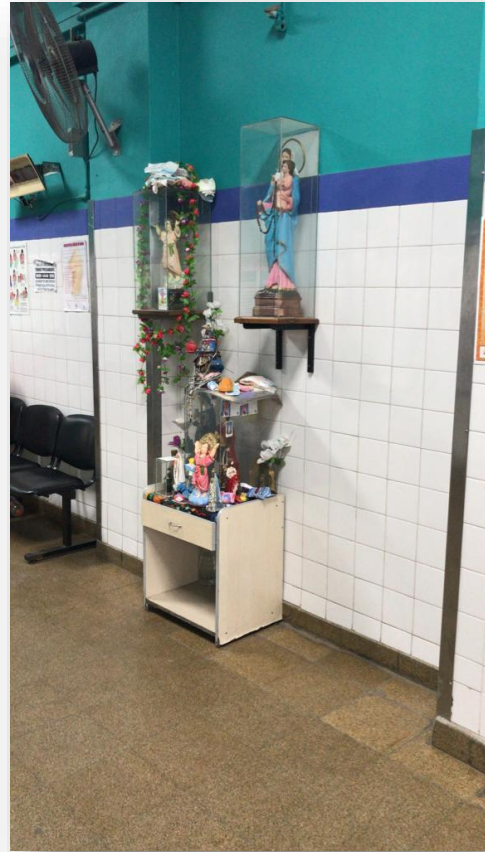
- ❖ Solo está prevista para quienes deban intervenir **directamente** en una IVE/ILE,
- ❖ Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o seguridad social.
- ❖ Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones.
- ❖ Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.
- ❖ No podrá ejercerse en casos de urgencia.
- ❖ No aplica a la atención post aborto.
- ❖ La Ley 27.610 prevé sanciones, ya sean disciplinarias, administrativas, penales o civiles para aquellos profesionales que incumplan estas condiciones y limitaciones del ejercicio de la objeción de conciencia.

La **objeción de conciencia institucional** está descartada por ley. El art. 11 de la Ley de IVE, prevé que en el caso de que a nivel institucional no cuenten con un profesional que asegure la práctica debe derivar de manera temporánea, oportuna y sin dilaciones a otra institución que

cuenta con personal para interrumpir un embarazo. Y si existieran costos para realizar la derivación, serán a cargo del efector que deriva y jamás del paciente.

El personal de salud entrevistado en profundidad ha restado importancia a la objeción de conciencia, pero es importante destacar que la mayoría son integrantes de equipos de salud que garantizan IVE e ILES y que han naturalizado la sobrecarga que proviene del mal uso y abuso de la objeción de conciencia.

La sensación generalizada es que en la actualidad y con posterioridad a la sanción de la Ley 27.610 “se trabaja con tranquilidad”, pero ello no obsta a que quienes articulamos continuamente con ellos a propósito de casos más o menos graves y urgentes advirtamos la injusticia que reporta el sostenimiento exclusivo en sus espaldas de una política pública que no resulta para nada simpática dentro de Instituciones asistenciales del NOA.



En general, dentro de los Centros Asistenciales que el Ministerio de Salud identifica como aquellos que garantizan la prestación sanitaria de ILE e IVE hay 1 profesional por cada uno haciendo abortos. Solamente en los Centros de 3° nivel es posible identificar un equipo de salud no objetor. Ello ha generado y genera mucho desgaste en este personal de salud al punto tal de decidir renunciar o tomar licencia como consecuencia de la sobre exigencia emocional y profesional de saberse la única puerta de acceso a salud y justicia reproductiva de las usuarias más desvalidas.

Viene al caso destacar la afirmación de un Trabajador Social que indica “El principal obstáculo acá y en todas las Instituciones es el fuerte activismo del personal de salud que está dentro, formando parte de los equipos de la salud. Hay muchos militantes y activistas religiosos ocupando lugares de poder dentro y fuera de las Instituciones de Salud. Eso interfiere con la efectividad de las políticas públicas de interrupción de embarazo.” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

Las imágenes religiosas y la simbología cristiana continúan presente en los Hospitales y Centros de Atención Primaria de Tucumán. Casi todos los Centros de Atención de 3° nivel cuentan con su capilla afín a la religión católica en la infraestructura edilicia. Y es frecuente ver en La Maternidad la presencia de activistas afines al cristianismo que “captan” usuarias para disuadir las de interrumpir el embarazo al ofrecerle acompañar su embarazo hasta concretar una adopción.

Este tipo de activismo no sería posible si el personal de salud que trabaja dentro de las Instituciones y seguramente es objetor de conciencia no revelara los datos de las pacientes y las “marcara” para que las aborden estos grupos religiosos.

Tanto en el 2017 como en el 2022, se observan imágenes religiosas en todas las Instituciones Asistenciales de todos los niveles de atención.

Frente a la pregunta **¿Se toman medidas ante el maltrato y/o obstaculización del acceso a la práctica que ejerzan los profesionales de los servicios de salud? ¿Qué tipo de medidas se toman?**

- “No, bah, no que yo sepa” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**
- “No tengo conocimiento. No hacen nada en realidad, la comunidad médica se abroquela y se respaldan entre colegas.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla)**
- “No lo sé porque en la institución no hubo complicaciones, sé que en la Maternidad si pasó pero realmente no creo que hayan tomado medidas.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda).**

Solo uno de los profesionales pudo contar un ejemplo de una medida sancionatoria ante los malos tratos de la efector frente a la paciente.

Si bien la Ley 27.610 establece la posibilidad de que alguna persona que integre el equipo de salud puede declararse objetor de conciencia, esto no quiere decir que les pacientes recibirán malos tratos o una derivación nula. El personal de salud sea objetor de conciencia **debe** derivar de forma correcta a la usuaria para que dentro del plazo legal de 10 de la solicitud de IVE pueda acceder a un aborto seguro con una consulta con otro profesional.

Frente a la pregunta **¿Los colegas estigmatizan a quienes garantizan el aborto permitido por la ley o muestran agradecimiento a quienes están dispuestos a afrontar aquel trabajo que otros niegan?** se destacan las siguientes respuestas:

- “Si, eso existía antes, y aún ahora. Objetores sigue habiendo y no hay exigencias sobre ellos, ni cuestionamientos” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad).**
- “En general el estigma profesional sigue existiendo, dejas de tener ingreso a otro círculo como es de la Academia que incluye al círculo médico, sociedades científicas. Esto está encubierto y quizás no lo reconocerían abiertamente, pero existe. Es fácil darte cuenta de que los posicionamientos de las sociedades científicas no son eclécticos cuando ves quiénes dan las charlas de objeción de conciencia que organizan. Somos pocos y nos conocemos mucho. Tucumán es chico” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**
- “Pocos muestran agradecimiento. Después los demás, tengo los apodosos que te imagines: la hija de Hitler, la abortera, y otros. Incluso cuando comenzamos con el consultorio de IVE, el cual llamamos “Consultorio de Salud Sexual con Derecho a Decidir” teníamos que atender en un depósito porque era el único lugar disponible para realizar la práctica. No tenemos Secretaria ni Enfermeras porque nos dicen que no van a trabajar con nosotros. Los

carteles también, varias veces ponemos carteles en la puerta del consultorio y nos los sacan.”
(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción)

- “Muchísimo estigma sobre el personal que garantiza y muchísimo personal de salud que es públicamente activista religioso en contra de la ley. Acá en la Comunidad al ser chica nos conocemos” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

i. Violencia institucional en la atención de aborto

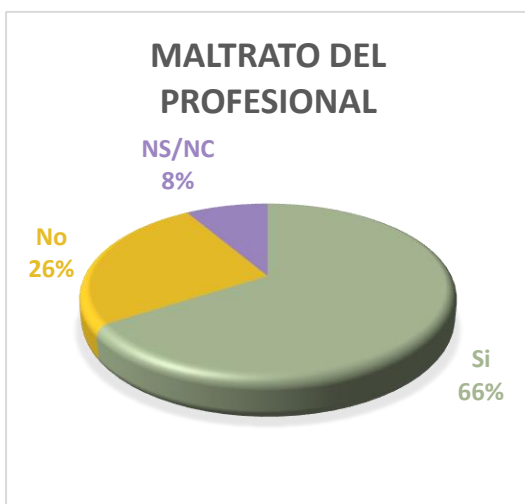
La ley 26.485 de protección integral contra la violencia regula en su art. 6 inc. d y e las violencias **contra la libertad reproductiva y obstétrica**. Ambas comprenden la atención sanitaria vinculada con el acceso al aborto y a la salud sexual y cuando son perpetradas por agentes del Estado habrá **violencia institucional**.

Ley 26485, Art.6 inc. d) “Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.” Dcto. 1011/10 Inciso d). Configura violencia contra la libertad reproductiva toda acción u omisión proveniente del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud, o de cualquier particular como cónyuges, concubinos, convivientes, padres, otros parientes o empleadores/as, entre otros, que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos. Específicamente incurrir en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que **se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva**”

Ley 26485. art. 6 inc. e) “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales de conformidad con la Ley 25.929”. Según el Dcto. 1011/10 “Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, **así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no**”.

Ley 26485, art. 6 inc. b) “Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil”.

7 de cada 10 mujeres encuestadas manifiestan conocer que pueden ser víctimas de violencia de género o maltrato profesional cuando solicitan una IVE/ILE; y solo 3 de cada 10 mujeres respondió que sabe o cree que existen sanciones para quienes niegan un aborto permitido por la ley.



La violencia institucional en la atención clínica de emergencias obstétricas y situaciones post aborto no resultan aisladas en nuestra provincia.

Por el contrario, existen casos paradigmáticos locales que van desde la acusación penal de aborto denunciada penalmente por agentes estatales en 2012, hasta la cárcel de “Belén” en 2016 y aún en 2018, 2019, 2021 y 2022 hemos defendido mujeres criminalizadas luego de emergencias obstétricas

“**María Magdalena**”³⁵ ingreso a la Maternidad de Tucumán la madrugada del 14 de enero del 2012 en compañía de su mamá y su esposo. Desconocía su embarazo y ya tenía 3 hijos. Después de revisarla las medicas Claudia Callejas y Alejandra Berenguer la acusaron de haberse provocado un aborto y la sometieron a un interrogatorio cargado de maltrato en la Sala de Partos comunitaria, antes de practicarle un legrado sin anestesia. Hicieron entrar a su pareja para mostrarle al feto y al personal policial para tomarle declaración indagatoria en su lecho de convalecencia. Las Psicólogas de la Maternidad detuvieron las violencias y las denunciaron en la Dirección, pero la abogada de la Institución Daniela De Francesco dictaminó que el accionar de denuncia era correcto. María Magdalena denunció en Mayo de 2012 al personal de la Maternidad por la violación del secreto profesional y por violencia obstétrica, psicológica e institucional. El 27 de Febrero de 2020 la Corte Suprema de Justicia de la Nación ordenó desarchivar la denuncia e investigar las violencias de la atención post aborto de María Magdalena. El 11 de noviembre de 2021 nuestra Corte Suprema de Justicia local recogió las directrices de la Corte Suprema de la Nación y le ordenó al Ministerio Público reabrir la investigación penal³⁶. El pasado 24 de agosto de 2022 la Fiscalía de Delitos Complejos Conclusional, después de 10 años de paralización de la investigación penal por violencias institucionales en la atención clínica post aborto y violación de secreto profesional, imputó a las 2 médicas ginecólogas denunciadas.

³⁵ El Derecho a decidir en el contexto tucumano, Op cit.

³⁶ El Derecho a decidir en el contexto tucumano, Op cit.

“Belén”³⁷ ingresó el 21 de marzo del 2014 a la Guardia del Hospital Avellaneda con dolores abdominales y fue medicada por un “abdomen agudo”. Luego de 2 horas de internada tuvo una hemorragia y se le diagnosticó un “aborto espontáneo incompleto sin complicaciones”. Ella no sabía que estaba embarazada, estaba acompañada de su madre y su angustia fue muy fuerte cuando entró al quirófano para un legrado. Cuando despertó varios policías revisaban su cuerpo y fue acusada de aborto primero, y homicidio agravado por el vínculo después. Pasó 29 meses presa hasta que consiguió su libertad y 6 meses más hasta que logró su absolución.



“Clarita” tuvo un aborto domiciliario. Con 14 años fue imputada de “homicidio agravado por el vínculo y alevosía” junto a sus padres: “Hugo y Teresa” quienes pasaron cerca de 30 días privados de la libertad. MxM tomó la defensa técnica de toda la familia y el caso llegó hasta la Corte de Justicia local que archivó en 2022 la causa por considerar que no había evidencia de ningún delito³⁸. La investigación se inició, al igual que la de “María Magdalena” y “Belén” con la violación del secreto profesional y las violencias institucionales.

“Ana”³⁹ otra adolescente de 14 años que había tenido un aborto domiciliario fue imputada de homicidio agravado por el vínculo en Agosto de 2021 por el Fiscal de Homicidios Carlos Sale. Recién cuando desde la Fundación MxM, en representación de la niña y su madre, denunciemos la violencia institucional y la violación del secreto que expresaba la investigación fiscal, esa causa fue archivada.

El 1 de septiembre de 2022 denunciemos penalmente al Fiscal Titular de Homicidios, Dr. Carlos Sale, por instigación a la comisión del delito de violación al secreto profesional y violencia

³⁷ El Derecho a decidir en el contexto tucumano, Op cit.

³⁸ Expte N° 64581/2019, tramitado ante la Fiscalía de Homicidios N° 2 del Centro Judicial Capital de Tucumán.

³⁹ Expte N° 2346/21 tramitado en el Centro Judicial Tucumán

institucional de género por solicitar ilegalmente información privada de mujeres que posiblemente se practicaron un aborto. Carlos Sale mediante oficio al Si,Pro.Sa solicito *“informe de ingreso en guardia de personas de sexo femenino, con signos compatibles de aborto o parto reciente, en fechas 30/08/2022 y 31/08/2022”* todo ello, en el marco de una investigación de homicidio que radica en su Fiscalía⁴⁰.

Tanto la privacidad como la intimidad de les usuaries de los servicios públicos y privados de salud se encuentra garantizada por la legislación local: Ley de Derechos del Paciente – art. 2- , Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo – art. 5 – Ley de Arte de Curar – art. 11 -, Ley de Protección de Datos Personales – art. 8 – y por normativa internacional: art. 11 de la CADH, como el art. 17 del PIDCP.

Es por ello, que no solamente denunciamos, sino que solicitamos además el rol de querellantes en la causa debido al gran interés que tenemos en este proceso, tratando de resguardar la intimidad y privacidad de las personas con capacidad biológica de gestar deciden realizarse un aborto, y sostenemos que la obligación sanitaria de guardar secreto no cede ante la orden de Fiscales ni Jueces. La confidencialidad sanitaria es un derecho.

En el marco de nuestras asesorías sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos tomamos contacto con numerosas mujeres que ven obstaculizado su derecho a decidir, sea por desconocimiento o por temor frente a los malos tratos. Destacamos algunos casos de este último año 2022:

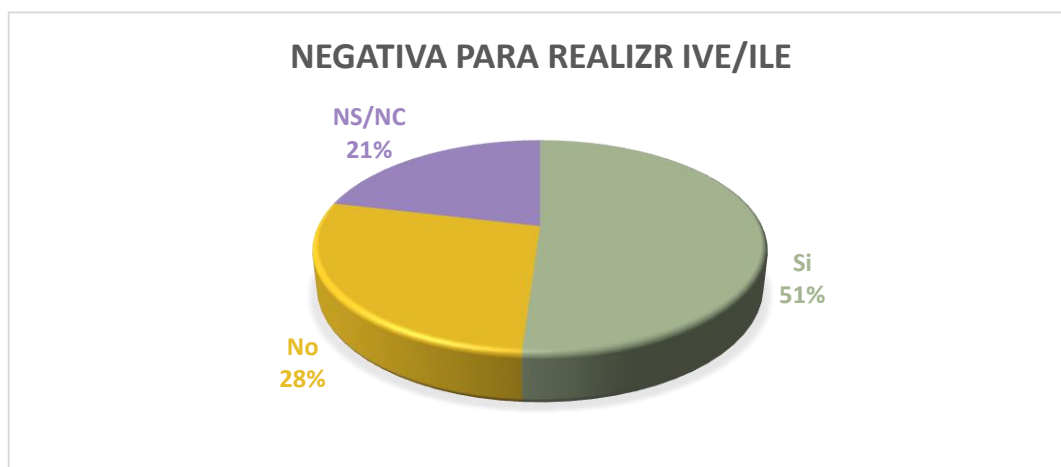
“Paola” asistió a una consulta de IVE en la Maternidad, cursando 5 semanas de gestación. Fue muy bien atendida, pero cuando regresó de la Farmacia de la Institución con la medicación correspondiente al tratamiento, el personal de salud que la asistía le retuvo parte del tratamiento. A consecuencia de la insuficiencia de la dosis, Ivana consultó muy angustiada y la derivamos desde la Oficina hacia otro Hospital donde efectivamente pudo interrumpir su embarazo.

Algo similar le ocurrió a **“Karina”**, quien acompañando a su madre en un post operatorio dentro de un Hospital, confirma un embarazo de 10 semanas. Consulta con una enfermera quien le provee 4 pastillas como tratamiento. Obviamente la dosis incorrecta impidió su IVE y fue derivada desde las Oficinas a otra Institución Pública donde efectivamente pudo acceder a la salud.

“Carla” asistió al Hospital Kirchner para pedir una IVE. Si bien le entregaron la medicación, el personal de salud que la atendió le dijo no conocer el modo en que debía administrarse el tratamiento, le dijo que no registraría el caso en HC y que no podía volver por el Hospital para controlar el seguimiento, que se dirigiera a la Guardia de la Maternidad.

⁴⁰ Tucumán: una agrupación denunció que un fiscal realiza una "caza de brujas" en causas de aborto *Tiempo Judicial*. Disponible en: <https://tiempojudicial.com/2022/09/14/tucuman-una-agrupacion-denuncio-que-un-fiscal-realiza-una-caza-de-brujas-con-medicos-y-mujeres/>

El **51% de las mujeres** encuestadas considera que un médico puede negarse a realizar un aborto permitido por la ley.



Se destaca la siguiente **Observación no participante**: Se encuentran carteles y folletería solamente sobre salud sexual y reproductiva, podes solicitarlos en la mesita de información de consultorios de atención de salud sexual y reproductiva, son brindados de forma gratuita a quienes se acercan específicamente a solicitarlos. Se observa cartelera en los consultorios de atención, donde sacas turno y algunos pasillos del centro de salud. (**Instituto de la Maternidad**).⁴¹

5 de cada 10 de les usuaries encuestadas conoce a una persona que accedió a una interrupción del embarazo, 2 de 10 piensan que esa persona debería estar privada de su libertad por el aborto que se hizo.

Ante la pregunta: “¿Si estas teniendo un aborto que te practicaste vos o en el que te ayudó alguien que no pertenece al sistema de salud y no te sentís bien, irías al hospital?”. El 82.98% de las personas encuestadas indica que acudirían a un hospital. El 6.38% respondió que no acudirían – un 10.64% no sabe no contesta.

Destacamos las respuestas de las usuarias frente a la pregunta “¿Por qué?” no irían o no irían al Hospital en situación post aborto:

“No te van a atender como corresponde” (usuaria de 30 años), “Porque me daría miedo morir” (usuaria de 18 años), “Porque es más seguro para la salud, pero yo creo que alguien podría llamar a la policía” (usuaria de 23 años), “Si iría, aunque con miedo porque la gente no estaría de acuerdo y me sentiría juzgada” (usuaria de 15 años), “Iría por miedo a morir, pero también dudaría por miedo a que juzguen o denuncien” (usuaria de 34 años), “Si no tengo otra opción puede ser, pero me juzgarían y retarían” (usuaria de 25 años), “Para no morir desangrada o infeccionada iría, pero con miedo a que me traten mal” (usuaria de 22 años), “Porque estaría en riesgo mi vida iría” (usuaria de 55 años), “Por miedo a infecciones de un aborto mal hecho puede ser que iría” (usuaria de 21 años)

⁴¹ Solo una de las dos veces que recorrimos la Maternidad encontramos folletería disponible.

La atención post aborto se encuentra expresamente contemplada en el art. 2 inc. c, art. 5 y 6 de la Ley 27.610 que indica en primera instancia la obligación sanitaria de dar seguimiento a la interrupción del embarazo luego de iniciar un tratamiento, atender si el aborto se realizó de forma correcta y, por otro lado, brindar una asesoría sobre MAC para que las personas con capacidad biológica de gestar puedan elegir cual método se adapta a sus necesidades y estilo de vida. Pero la atención postaborto también implica la atención sanitaria de eventos obstétricos iniciados por fuera del Sistema de Salud o bajo la atención de algún otro profesional distinto de quien encuentra a una usuaria que solicita este tipo de atención. En cualquiera de estos dos casos el aborto ya se produjo y el dilema ético o religioso que podría justificar que el personal de salud se exima de atender a esta paciente invocando la objeción de conciencia ya no es posible. De hecho, el art. 10 de la Ley así lo prevé de manera expresa.

La atención de situaciones post aborto usualmente ingresan por las Guardias de las Instituciones y se expresan en atenciones de urgencia que pueden o no incluir situaciones graves como una sepsis; y conservan siempre el riesgo de criminalización para las usuarias.

Sobre las condiciones de este tipo de atención clínica post aborto las respuestas en las **entrevistas a profesionales** fueron diversas. Se destacan las siguientes:

- “Si, después de la consulta de interrupción, se les da un turno para control post y se les brinda un método de larga duración.” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad**).
- “No como Servicio, quizás cabe la posibilidad en algún hospital más grande para que la brinde en el mismo equipo. En mi servicio la brindo yo. La consejería es una práctica con entidad propia, debería ser comunitaria. Brindar una consulta sobre ACO no es consejería, sin embargo, siento que no es necesario en mi Servicio. La consejería es una figura muy yankee.” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla**).
- “Se garantiza en el momento de la consulta y controles post interrupción.” (**Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda**).
- “El seguimiento se hace acá por personal de la salud que está acá en la Comunidad y también por quienes son Residentes. Actualmente se sumó a nuestro equipo una profesional de la Obstetricia, así que creemos que eso impactará bien en la atención. Pero es difícil acá si se presenta una complicación en una ILE o IVE y esa complicación requiere internación, porque estamos lejos y no es fácil la conectividad en ningún sentido. Consejería en MAC hacemos, tenemos métodos” (**Integrante del equipo de salud de Alta Montaña**).
- “Acá si se brinda consultoría post aborto, las hacen las ginecólogas.” (**Integrante del equipo de salud del CAPS del interior**).
- “Luego de indicar el tratamiento se le otorga un turno para control post, ya sea para revisar que hay expulsado todo o haya quedado algún resto, o para indicar un método anticonceptivo de larga durabilidad.” (**Integrante del equipo de salud de la Maternidad**).

4 de cada 10 mujeres indicaron estar en contra de la IVE y la misma proporción de usuarias dijeron estar a favor. Sin embargo **7 de cada 10** encuestadas reconocieron que, frente a un embarazo no intencional y una vez tomada la decisión de abortar, lo harían en un Servicio de Salud: por miedo a las consecuencias negativa de un aborto inseguro, sobre todo.

El **51%** de las mujeres encuestadas aseguró conocer a alguien que se ha practicado voluntariamente un aborto (amiga, familiar, conocida, vecina, etc.) y **7 de cada 10** de las encuestadas consideraron que esas mujeres no debieran estar presas esas mujeres.

Sin embargo, frente a la pregunta “¿Crees que una mujer que se hace un aborto puede ser sancionada, perseguida o ir presa?” El 57% respondió de diferentes maneras que cree que puede ser castigada, con lo cual la difusión de la Ley 27.610 tampoco puede considerarse adecuada entre la población en edad reproductiva, y en especial, entre quienes pueden resultar perseguidas penalmente.



A partir de este dato, en las **entrevistas en profundidad** a profesionales preguntamos: “Cambió algo con la sanción de la Ley 27.610 que autoriza la interrupción voluntaria del embarazo?”

- “Hay apertura y diálogo para que las cosas se hagan y se hagan como corresponde. Antes la cosa era muy distinta, no aplicaban nada de la ley o lo que indicaba el protocolo. Ahora la misma institución atiende y se hace cargo de la paciente. Hay una conciencia de informar y derivar como última opción. Y eso lo permitió la Ley y el apoyo de la Dirección.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**

- “La ley está facilitando el acceso de las mujeres indígenas en la atención institucional, pero la presencia de activistas religiosos anti-derechos genera mucho estigma y muchos obstáculos todavía para las Comunidades” **(Integrante del equipo de salud de Alta Montaña)**

- “Muchísimo. Desde la disponibilidad de la medicación y el material para dar respuesta a las pacientes. La transparencia de las historias clínicas, porque las interrupciones se hicieron siempre pero se disfrazaban las historias clínicas y pedidos médicos por la ilicitud de la práctica.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Avellaneda)**

- “Si, cambió. Todo cambió. Se dejó de clandestinizar una prestación que se hacía y se le ponía otro nombre, ahora lo podemos escribir, plasmar en la HC. Antes de la 27610 poníamos “causal salud”, usamos mucho la salud integral para justificar una ILE, no digo que un embarazo no intencional y la obligación de llevarlo adelante no afecte la salud integral, pero hacer esa referencia era la única forma de garantizar la práctica. Tampoco escribíamos todo en la HC,

dábamos la medicación e indicábamos en que farmacias la podían conseguir.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

- “Si, pero un gran desafío es conformar equipos y redes que aborden la salud sexual integral para poder garantizar el derecho a la salud de calidad” **(Integrante del equipo de salud de CAPS del interior)**

- “Yo estoy hace poco, pero sí se nota que cambio algo en el personal y todo el Hospital en general. Todos al menos cuando les hacen una consulta derivan a los consultorios que corresponden.” **(Integrante del equipo de salud de la Maternidad)**

- “Sí, ha cambiado todo. Muchísimo. Desde lo que puedo ver acá, ya el poder acceder libremente. Llamas al 0800 y que te den un turno inmediatamente, con contención de todos los profesionales necesarios. Si sé, de oído, que la situación en el Hospital del Este no es buena. Pero después, en el resto de los Servicios sé que funciona muy bien. Ya hoy nadie va a lugares clandestinos a hacerse un legrado.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Néstor Kirchner).**

- “Si cambió con la ley, veo que hay menos chicas, sobre todo de chivero que hacen cosas. De que ahora tienen más conocimiento, seguro. Ahora vienen y piden exactamente lo que quieren, pero depende también la mentalidad de cada persona, hay mucha gente que ni la primaria ha terminado.” **(Integrante del equipo de salud del CAPS de Capital)**

- “Sí, mucho. Desde lo personal, yo antes trabajaba en la sala de partos de Maternidad. No te podés imaginar la sensación de impotencia cada vez que una mujer se te moría en las manos, yo ya no o vi más a eso, en el tiempo que se sanciona la ley no lo vi más. Es horrible la sensación de decir no pude hacer nada, o preguntarse en que fallamos, en que fallo el sistema para que esta mujer llegue a esto. Las pacientes llegan temerosas igual, pero una vez que entran cambian, ellas manifiestan que pensaban que iba a ser diferente, que las iba a retar y les doy un trato digno como se lo merecen, pero sí sé que cuando van a otro consultorio post aborto a la guardia van temerosas de nuevo.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital de Concepción).**

8. ¿Qué pasó en el sector privado después de la ley 27.610?

La práctica del aborto no solo tiene que garantizarse de forma integral en los servicios de salud pública, si no también privados y de obra social o prepaga. Se encuentra dentro del PMO (Programa Médico Obligatorio) según lo dispuesto por el art. 12 de la Ley de IVE⁴².

El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (Actualización 2022) establece *“tanto los efectores públicos, las obras sociales, como las empresas y entidades de medicina prepaga deben instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de la Ley 27.610. Las prestaciones establecidas en dicha ley se incluyen en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Programa Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo (art. 12).”*

En este sentido, la Fundación MxM realizó un **pedido de información pública** a la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación sobre cuál y como es la cobertura de las O.S sobre IVE, bajo N° de **Expte. N° EX-2022-52439903- -APN-GG#SSS**.

Respecto de la disponibilidad de la IVE y la ILE en las Obras Sociales de todo el país la Superintendencia de Salud del MSAL informó que *“ninguna obra social ha manifestado no garantizar IVE/ILE, sujetándose a la Resolución N° 1535/2021 del 27/5/201 que contempla el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y a la Resolución N° 4172/2021 que contempla la Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el post aborto”*.

Sobre la cobertura de los medicamentos para un aborto farmacológico, la Superintendencia informó que *“los medicamentos tienen cobertura del 100% a cargo de la Obra Social o entidad de medicina prepaga”*. Esta afirmación descarta la posibilidad de coberturas menores discrecionales decididas por fuera de la normativa vigente en perjuicio de las beneficiarias.

También informó la Superintendencia de Salud que las prestaciones de IVE e ILE **“están garantizadas a través de los códigos ya existentes del PMO”** (Plan Médico Obligatorio).

⁴² Art. 12.- Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Es más, frente a la indagación más específica acerca de si *“Existe una Obra Social o de Medicina Prepaga cuya totalidad de prestadores haya manifestado no garantizará ILE o IVE”*, la respuesta volvió a ser **“NO”**.

Pese a la información oficial, la situación en la provincia es muy diferente y las resistencias privadas para brindar la cobertura de IVE e ILE impulsan a que las pacientes migren al Sistema Público para evitar dilaciones innecesarias y violencias obstétricas.

La obra social conocida como “Subsidio de Salud” brinda cobertura social de toda la planta de empleados públicos de la provincia y ha tercerizado la atención clínica de IVE e ILE con un solo consultorio médico privado y ello, además de impedir/dificultar la facturación de esta prestación a médicas y médicos que efectivamente la hacen en sus consultorios, afectan la autonomía de las usuarias en tanto las obliga a una consulta dirigida con un profesional determinado.

La obra social “Sancor” ofrece cobertura en campañas de redes sociales (*Whatsapp*). Frente a la consulta de cobertura de IVE, la respuesta fue “la cobertura es total y los médicos que garantizan es práctica están en la Clínica Mayo”. Sin embargo, una vez que acudimos a la Clínica, comprobamos que la información comercial brindada era falsa.

Observación Participante: Al ingresar por consultorios externos, me atendieron de mesa de informes y solicité, como afiliada de la O.S. Sancor, algún medique que realice IVE. Quién me atendió no conocía qué era una IVE y por ello comuniqué que necesitaba un aborto. La recepcionista tampoco conocía si algún médico de la Clínica garantizaba la práctica y luego de indicarme que me cubra la boca con el barbijo para acercarme al área de ginecología, me indicó dirigirme allí. La secretaria del Servicio de Ginecología tampoco conocía a la práctica de IVE por su nombre, tuve que repetirla 3 veces en un mostrador con pacientes con otras situaciones esperando su turno, luego me miró y me dijo que ahí no había ningún médico que realizara abortos, sino consultar con nadie antes de denegarme la atención. **(Clínica Mayo)**

En las **entrevistas en profundidad** a integrantes del equipo de salud, destacamos las siguientes respuestas:

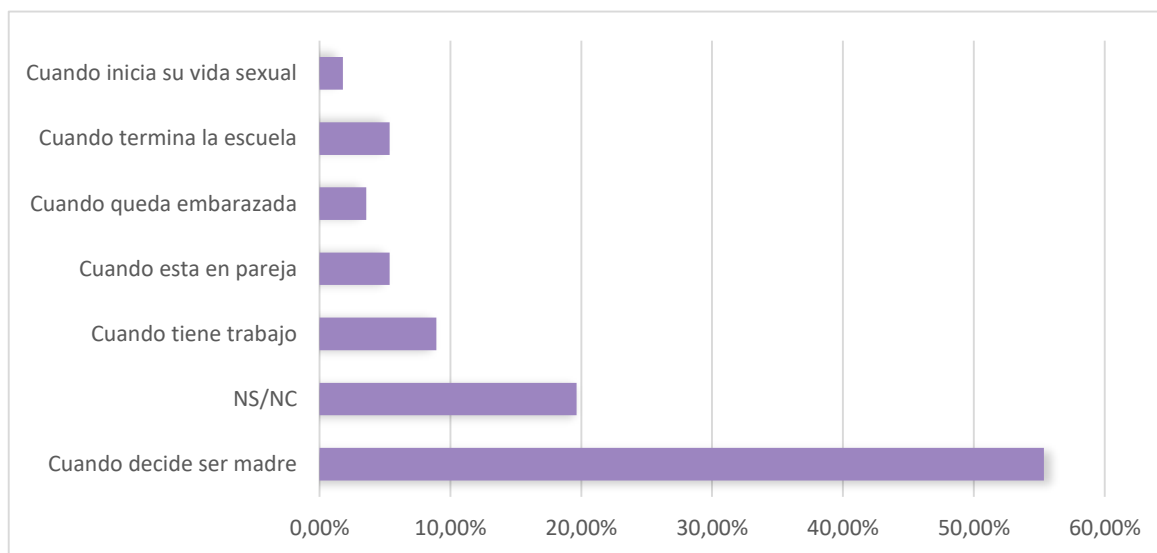
- “Hay pacientes con obra social que eligen ir al hospital porque no quieren que quede registro de la practica en la historia clínica, no quieren que quede registro alguno en realidad; y porque el sistema público de salud es el que garantiza el acceso a la medicación gratuita y a la confidencialidad. Más del 40% de las pacientes que vienen al servicio cuentan con obra social pero no la usan porque el trámite exige muchas veces hacer el pedido por la web para poder derivar. Si hay un porcentaje que debe hacerlo por obra social, pero es un numero al cual no tenemos ni tendremos acceso nunca porque no se debe registrar.” **(Integrante del equipo de salud del Hospital Padilla).**

Dicho sea de paso, ante la pregunta sobre números de interrupciones en el pedido de información pública, la Salud respondió *“Esta Gerencia de Control Prestacional no lleva registro de las prácticas realizadas por Obras Sociales y entidades de medicina prepaga.”*

En nuestra asesoría de la Fundación recibimos a diario consultas a propósito de obstáculos para el acceso al aborto. **Destacamos en esta ocasión el caso de Valeria de 16 años quien acudió con su mamá y su papá luego de la siguiente situación** en un Sanatorio Privado local: Una adolescente de 16 años con síntomas de embarazo ingresa al Sanatorio 9 de Julio con un cuadro gastrointestinal y es internada frente a la posibilidad de deshidratación. Como parte del tratamiento indican una ecografía y análisis de sangre, a propósito de lo cual le detectan -48 hs. después de su ingreso- un **embarazo con edad gestacional de 6 semanas**. La paciente solicitó una IVE y la médica que la atendió les comunicó a Valeria y sus padres que en el Sanatorio todo el personal de salud era objetor y que sería imposible le aseguren el aborto. Inmediatamente le dio el alta médica. Jamás le hicieron la derivación que indica el art. 11 de la Ley 27.610 y le dieron como único tratamiento el número de teléfono 0800 de Salud Sexual.

9. Ciudadanía sexual y reproductiva

Tomando en cuenta que el 46% de las usuarias dijo haber cursado al menos un embarazo no intencional y que solo 5 de cada 10 usuarias encuestadas dijo conocer el derecho a abortar reconocido en la Ley 27.610 nos pareció muy importante, como feministas, profundizar sobre la autonomía real de las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes de nuestra provincia, preguntando entre las usuarias del Sistema Público de Salud de todas las edades **¿Cuándo una mujer está en condiciones de ser madre?**



6 de cada 10 encuestadas respondieron **“Cuando decide ser madre”**.

En el monitoreo social que realizamos en 2017 sólo 4 de cada 10 encuestadas reconoció la decisión propia como aquello que sostiene el proyecto de maternidad.

La autonomía -entendida como la posibilidad cierta que tiene cada persona de tomar decisiones libres y auto-gobernadas en relación a la propia vida- no es del todo practicable sin contar con educación, información y atención sanitaria basada en el respeto de los derechos. Con los datos obtenidos dejamos abiertos los siguientes interrogantes:

★**¿Hasta qué punto una niña, adolescente, mujer o persona gestante decide libremente ser madre si no conoce que tiene derecho a no serlo mediante el control de la natalidad?** Allí la importancia central de la ESI y una atención respetuosa de la autonomía progresiva en los Servicios de Salud.

★**¿Cómo una usuaria de cualquier edad que acude a un Servicio de Salud conocerá cuáles son sus derechos si el personal de salud le retacea información sanitaria?** Allí la importancia de la adecuada capacitación y evaluación del personal de salud en un enfoque basado en derechos y respetuoso de las obligaciones que rigen para el ejercicio de las profesiones de la salud.

★¿Con qué herramientas podrá superar una mujer el déficit en su educación sexual si no existe información gráfica sobre MAC o ILE en Servicios de Salud y los profesionales que la atienden no le brindan información sanitaria clara, veraz, completa, basada en la evidencia científica y acorde a sus competencias? Allí la importancia de las Campañas gráficas que el Estado adeuda y la importancia de la difusión oficial de todos los derechos en todas las Instituciones Asistenciales de todos los niveles de atención.

★Si no se difunde desde el Estado la Ley 27.610 y con ello la legalidad del aborto (IVE/ILE) ¿Cómo sabrá una mujer que es una opción terapéutica válida? ¿Cómo exigirá una mujer una ILE/IVE si no conoce que tiene derecho a ella? ¿Cómo podrá ejercitarse el derecho a tener una vida sexual placentera, libre de discriminación y violencia si la población es incapaz de disociar sexualidad de reproducción? ¿Cuán ciudadana es una niña, adolescente, mujer o persona con capacidad biológica de gestar que desconoce qué derechos tiene? Dejamos abiertas estas preguntas que reafirman la necesidad de incorporar un enfoque de género e interseccional en la atención sanitaria y con ello, la obligación de erradicar cualquier tipo de discurso que se refiera al mismo peyorativamente.

10. Recomendaciones

1) **Realizar** capacitaciones obligatorias para efectores de salud sobre la Ley 27.610 en todos los territorios de la provincia y con agentes locales.

2) **Organizar** todos los Servicios de Salud de forma que cuenten de forma permanente y continua con un Equipo de Salud preparado para garantizar el acceso a ILE/IVE en todos los Hospitales públicos de la provincia y en todos los niveles de atención.

3) **Visibilizar** los obstáculos para acceder a MAC y a la ILE/IVE como violencia obstétrica y contra la libertad reproductiva de género de conformidad con los arts. 6 inc b, d y e de la ley 26485 y su Decreto Reglamentario N° 1011/10.

4) **Garantizar** una atención sanitaria laica, libre de la presión de creencias personales de los profesionales objetores de conciencia.

5) **Erradicar** el estigma y la sobrecarga laboral de los profesionales que garantizan la IVE/ILE en una planta de agentes donde representan un número significativamente menor.

6) **Fomentar** el incremento de la planta de profesionales a que realizan IVE/ILE con el pago de un adicional, con descansos compensatorios por las horas extras, con libre disponibilidad y/o cualquier otra compensación por la realización de una tarea que la mayoría de los agentes estatales no está dispuesta a garantizar.

7) **Articular** con las Universidades Públicas y Privadas para incorporar la enseñanza de la Ley 27.610 dentro de la currícula de formación obligatoria de grado de los profesionales de la salud.

8) **Desarticular** los obstáculos médico-burocrático que superponen vulnerabilidad en virtud de las barreras geográficas.

9) **Impulsar** el funcionamiento de la potestad sancionatoria de la Administración para responsabilizar a los efectores que violen los derechos de las usuarias y ejerzan violencia en la atención gineco - obstétrica.

10) **Organizar** capacitaciones interinstitucionales con los 3 poderes del Estado para asegurar la vigencia de una atención clínica de calidad para las emergencias obstétricas, libre de criminalización y violencias de género.

11) **Revisar** las disposiciones administrativas y las prácticas derivadas de la presencia de Personal Policial y/o de Seguridad Privada en la atención sanitaria de las usuarias.

12) **Habilitar** una línea de denuncia provincial para la denuncia de obstáculos para el acceso a la IVE/ILE que canalice de manera local la denegatoria o la dilación de estas prestaciones médicas lícitas.

11. Palabras de la Federación Argentina de Medicina General

Desde la Federación Argentina de Medicina General (FAMG) queremos saludar a la Fundación Mujeres x Mujeres (MxM) por el trabajo sostenido velando por el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

Si bien el ejercicio libre y pleno de una salud sexual y reproductiva constituye un derecho humano y por lo tanto una obligación para el Estado, reconocemos la importancia de una ciudadanía activa y organizada que interpele las políticas públicas que garantizan su efectiva implementación con equidad y justicia para las mujeres y otras identidades de género en capacidad de gestar en todo el territorio argentino.

Por eso, destacamos la tarea de MxM en el impulso y monitoreo de estos derechos, consagrados por ley desde 2002 cuando se sanciona la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable que garantiza la provisión de información e insumos anticonceptivos en todo el país, así como la recientemente conquistada ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, reafirmando el derecho a decidir de las mujeres y personas gestantes sobre nuestra sexualidad y nuestra salud.

Desde entonces, los servicios de salud que garantizan un acompañamiento oportuno y de calidad en torno a las decisiones sobre la sexualidad y las capacidades reproductivas han crecido y se han fortalecido, sobre todo en el primer nivel de atención donde médico/as generalistas y el equipo interdisciplinario de salud han cumplido un rol estratégico en brindar accesibilidad a estos derechos. Sin embargo, este proceso de implementación ha sido dispar en las distintas regiones de la Argentina y se mantiene vigente la necesidad de observar su cumplimiento real.

La FAMG ha sido un actor histórico en este camino y continuará trabajando para que los equipos de salud se capaciten y fortalezcan sus condiciones para acompañar decisiones autónomas y libres en todo el país. Celebramos este informe de MxM y manifestamos públicamente nuestro afán genuino de que todas las mujeres y personas gestantes puedan gozar de sus derechos con igualdad y sin discriminación.

Dra. Pilar Galende
Presidenta de FAMG



